



No. 00088-2019

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, ordena: “Art. 32.- *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.*”;
- Que,** la citada Constitución de la República, en el artículo 360, dispone: “(...) *La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.*”;
- Que,** el artículo 361 de la Norma Suprema establece que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 2, preceptúa que todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de dicha Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional;
- Que,** el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud prevé que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha ley y las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias;
- Que,** la Ley Ibídem, en el artículo 6, establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: “(...) 34. *Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud (...).*”;
- Que,** el artículo 182 de la citada Ley Orgánica de Salud prescribe que: “*La autoridad sanitaria nacional regulará y aprobará las tarifas de los servicios de salud (...).*”;
- Que,** el Código Orgánico Administrativo, en el artículo 130, respecto a la competencia normativa de carácter administrativo preceptúa: “*Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley.*”;
- Que,** el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva, en el artículo 99 determina: “*MODALIDADES. - Los actos normativos podrán ser derogados o reformados por el órgano competente para hacerlo cuando así se lo considere conveniente. Se entenderá reformado tácitamente un acto normativo en la medida en que uno expedido con posterioridad contenga disposiciones contradictorias o diferentes al anterior, (...).*”;



00088-2019

- Que,** mediante Decreto Ejecutivo No. 901 expedido el 18 de octubre de 2019 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 88 de 26 de noviembre de 2019, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador designó a la magíster Catalina de Lourdes Andramuño Zeballos como Ministra de Salud Pública;
- Que,** con Acuerdo Ministerial No. 00004928 de 26 de julio de 2013, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 235 de 24 de diciembre del 2014, se aprobó el “*Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*”, actualizado al año 2014 y todas sus reformas expedidas mediante los Acuerdos Ministeriales No. 00005228 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 435 de 10 de febrero de 2015; No. 00005251 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 495 de 7 de mayo de 2015; y, No. 0046 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 995 de 2 de mayo de 2017;
- Que,** a través de Acuerdo Ministerial No. 0286-2018 expedido el 30 de octubre de 2018, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 751 de 4 febrero de 2019, se expidió el “*Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*”, actualizado al año 2018, instrumento que fue reformado con Acuerdos Ministeriales No. 00368-2019, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 977 de 25 de junio de 2019 y No. 00024-2019 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 38 del 12 de septiembre de 2019;
- Que,** con Acuerdo Ministerial No. 00044-2019 expedido el 20 de septiembre de 2019, se derogó el Acuerdo Ministerial 0286-2018 emitido el 30 de octubre de 2018, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 751 de 4 febrero de 2019 con el que se aprobó el “*Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*” y sus reformas;
- Que,** el “*Informe técnico – Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud 2020*”, de 25 de noviembre de 2019 elaborado por la Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, concluye que es necesario incorporar en el nuevo Tarifario las definiciones de los porcentajes de reconocimiento del gasto administrativo por medicamentos y dispositivos médicos; la inclusión de nuevos procedimientos que se encuentran en el Anexo 4, así como la nueva sección de imagen, honorarios profesionales y de anestesia; y, recomienda la pertinencia de emitir el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, versión 2020;
- Que,** conforme se desprende del antes referido Informe Técnico de 25 de noviembre de 2019, “Las reuniones de la Subcomisión del Tarifario finalizaron el 17 de octubre de 2019, en la que todos los delegados de los Subsistemasd de la RPIS, firmaron el acta de aprobación del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud 2020 (...); y,
- Que,** con memorando No. MSP-VGVS-2019-1523-M de 29 de noviembre de 2019, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud remitió el respectivo informe técnico y solicitó la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación del “*Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*”, actualizado al año 2020, elaborado por las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud – RPIS.

Art. 2.- Disponer que el “*Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*”, actualizado al año 2020, sea aplicado a nivel nacional, como una normativa de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud y para el Servicio Público para el Pago de Accidentes de Tránsito – SPPAT.

Art. 3.- Publicar el “*Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*”, actualizado al año 2020, a través de la página web del Ministerio de Salud Pública.



00088-2019

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Hasta el 29 de febrero del año 2020, tanto las instituciones del Sistema Nacional de Salud – SNS, como el Servicio Público para el Pago de Accidentes de Tránsito – SPPAT, deberán parametrizar obligatoriamente sus sistemas informáticos para la aplicación del “*Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*”, actualizado al año 2020.

SEGUNDA.- Hasta que se actualicen los Factores de Conversión Monetaria del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, actualizado al año 2020, se mantendrán vigentes los Factores de Conversión expedidos con Acuerdo Ministerial No. 0005187 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 405 de 29 de diciembre de 2014.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Una vez que entre en vigencia el presente Acuerdo Ministerial, deróguense todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan al mismo, de manera expresa el Acuerdo Ministerial No. 00004928 de 26 de julio de 2013, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 235 de 24 de diciembre del 2014, a través del cual se aprobó el “*Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*”, actualizado al año 2014 y todas sus reformas expedidas mediante los Acuerdos Ministeriales No. 00005228 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 435 de 10 de febrero de 2015; No. 00005251 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 495 de 7 de mayo de 2015; y, No. 0046 publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 995 de 2 de mayo de 2017.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia el 01 de marzo de 2020 y de su ejecución encárguese la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, y de la Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, 10 DIC. 2019

Catalina Andramuño Zeballos

Mgs. Catalina Andramuño Zeballos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Dr. Anghelo Andrade Castro	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	<i>[Signature]</i>
	Md. José Masaquiza Moreira	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretario	<i>[Signature]</i>
	Abg. Angelita Suárez Pacheco	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora	<i>[Signature]</i>
	Abg. Mary Cruz Carvajal	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora	<i>[Signature]</i>
	Mgs. Diana Molina Yépez	Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud,	Directora Encargada	<i>[Signature]</i>
Elaborado	Eco. Andrea Tapia		Especialista de Financiamiento 1	<i>[Signature]</i>
	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Coordinadora de Gestión Interna	<i>[Signature]</i>





RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD

TARIFARIO DE PRESTACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2020

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE
DEFENSA
NACIONAL

MINISTERIO DEL
INTERIOR



EL
GOBIERNO
DE TODOS

Ministerio de Salud Pública.

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud.

Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud

Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social Sur, Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan

Quito - Ecuador

Teléfono: 593 – 2 381 – 4400

www.msp.gob.ec

Edición General:

Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud

Publicación: 2019

Autoridades:

Dra. Catalina Andramuño Zeballos

Ministra de Salud Pública

Dr. Anghelo Andrade Castro

Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Dr. Julio Javier López Marín

Viceministro de Atención Integral de Salud Pública

Md. Jose Patricio Masaquiza Moreira

Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud

Md. Félix Antonio Chong Marín

Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, Encargado

Mgs. Luis Enrique Regalado Morales

Subsecretario de Provisión de Servicios de Salud

Arq. Helman Salcedo Jiménez

Subsecretario Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Mgs. Diana Inés Molina Yépez

Directora Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, Encargada

Como citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública, Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, MSP. 4ta Edición, Quito. Ecuador, 2019, Disponible en: <http://salud.gob.ec>.

Edición General:

Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud

Equipo de Redacción:

Dra. Diana Molina Yépez, Directora Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, Encargada, MSP

Dra. Patricia Paredes, Directora Nacional de Normatización, MSP

Dr. Edison Chimbo Nicolalde, Especialista, Dirección Nacional de Políticas, MSP

Ing. Mónica Moncayo Robles, Especialista, Dirección Nacional de Políticas, MSP

Eco. Andrea Tapia Oñate, Especialista, Dirección Nacional de Políticas, MSP

Equipo Técnico de colaboradores:

Dr. Rubén Chiriboga

Dra Sonia Díaz

Dra. Paulina Aguirre

Dra. María Alexandra Montalvo

Dr. Christian López

Dr. Miguel Ángel Aguilar

Dr. Milton Núñez Ortiz

Dr. Manuel Patricio Hidalgo

MSc. Santiago Aguirre

Dra. Paulina Armas Freire

Dra. Johana Brito Zambrano

Dra. Verónica Chamba Herrera

Dr. Pablo Velepucha Fernández

Dr. Juan Carlos Guerra

Dra. Karina Gangotena

Dr. Mauro Yerovi

Dr. Fernando Yerovi

Dra. Mara Zuleta

Mgs. Marco Maldonado

Dra. María Augusta Charvet

Dr. Edwin Cevallos

Dr. Darío Sarasti

Dr. Luis de los Reyes

Dr. Nelson Segovia

Mgs. Maryori Ronquillo

Dr. Juan Barzallo

Dr. Danny Quisaguano

Dr. Juan Carlos Garcés

Equipo de validación:

MSP: Ing. Alexandra Endara, Ing. Freddy Oviedo, Dra. Diana Molina.

OPS: Dra. Nilda Villacrés.

IESS: Eco. Alexandra Flores, Dra. Patricia Flores, Dra. Olga Quimbita, Dra. Lucía Carrión, Dra. Gabriela Miño, Dra. Gabriela Herrera, Dra. Leyda Merchán, Dra. Elizabeth Pullupaxi, Eco. Karen Fuentes.

DIGSFA: Mgs. Mery Rosas, Dra. Mary Ortega.

ISSFA: Dra. Elizabeth Vinueza, Dra. Miriam Viteri.

ISSPOL/DNSPN: Dra. Jenny Escobar, Dra. Diana Vaca, Tlgo. Luis Gualotuña, Dr. Patricio Ojeda, Dr. Wladimir Perez Mujica.

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública con el objetivo de fortalecer el Sistema Nacional de Salud, tal como lo establece el Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida 2017 - 2021, el cual, en su eje 1: Derecho para Todos durante toda una vida; Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, establece: ...”*En los últimos años Ecuador ha avanzado en el desarrollo de la infraestructura sanitaria y en la concepción del Sistema Nacional de Salud, sin embargo, es necesario continuar hacia la consolidación del Sistema, como el mecanismo más efectivo para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural en todos los niveles, con equidad social y territorial*”; en tal virtud, esta Cartera de Estado ha gestionado la actualización del instrumento normativo que regula la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, para garantizar los principios de continuidad, integralidad y complementariedad de la atención a la salud, apoyando en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano.

En suma, El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, se ha realizado bajo el actual contexto nacional; con la participación de todas las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud, el aporte de la Red Privada Complementaria y al igual que en versiones anteriores, satisface el requerimiento de una actualización constante, que permita su adaptación al dinámico entorno del Sector Salud.

Mgs. Catalina Andramuño Zeballos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

AGRADECIMIENTOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud
Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Dirección General de Sanidad de las Fuerzas Armadas (DIGSFA)
Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
Dirección General del ISSFA

MINISTERIO DEL INTERIOR

Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional (DNS)
Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL)
Dirección General del ISSPOL

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar (DSGSIF)
Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Pichincha (CPPSSP)
Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín (HECAM)
Dirección General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

COMISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

SUBCOMISIÓN TÉCNICA DE REVISIÓN DEL TARIFARIO NACIONAL DE PRESTACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
POSGRADO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA DE LABORATORIO**

RED PRIVADA COMPLEMENTARIA

Contenido

SECCIÓN PRIMERA	11
DISPOSICIONES NORMATIVAS	11
1. Ámbito de aplicación.....	11
2. Administración y control	11
3. Responsabilidades.....	11
4. Criterios de aplicación de los factores de conversión.....	12
5. Organización del Tarifario	13
SECCIÓN SEGUNDA	15
NORMAS GENERALES.....	15
CAPÍTULO I.....	15
1. CLASIFICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR NIVELES DE ATENCIÓN	15
CAPÍTULO II	16
ESTRUCTURACIÓN DE TARIFAS	16
1. Código Current Procedural Terminology - CPT	16
2. Unidades de valor relativo	16
3. Factor de conversión monetario.....	16
3.1 Criterios para la aplicación de los factores de conversión.....	17
3.1.1 <i>Tarifa de cada procedimiento</i>	17
3.1.2 <i>Vigencia y modificaciones del tarifario</i>	17
3.1.3 <i>Responsable de pago</i>	18
4. Medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos.....	18
4.1 <i>Medicamentos</i>	18
4.2 <i>Dispositivos médicos</i>	18
4.3 <i>Odontología</i>	20

4.4 Aspectos comunes de medicamentos y dispositivos	20
5. Modificadores generales.....	21
5.1 Modificador por variación geográfica.....	21
5.2 Modificador por calidad	21
5.3 Modificador por emergencia.....	22
5.4 Modificador por procedimientos de alto nivel de complejidad.....	22
6. Modificadores específicos.....	23
6.1 Anestesia	23
6.1.1 Modificador específico de anestesia por condición física	23
6.1.2 Modificador específico de anestesia por circunstancias especiales.....	23
7. Horarios especiales	24
8. Procedimientos no incluidos.....	24
SECCIÓN TERCERA.....	26
NORMAS Y CONTENIDOS ESPECÍFICOS	26
CAPÍTULO I.....	26
SERVICIOS INSTITUCIONALES	26
1. Servicios de hotelería y otros.....	27
1.1 Servicio de habitación	27
1.2 Cuidado y manejo diario	28
1.3 Dieta Hospitalaria.....	28
1.4 Derecho de uso de salas, según tipo de procedimientos identificables	29
1.4.1 Sala (hospitalaria) de trasplante.....	29
1.4.2 Sala (cubículo) de cuidados intensivos	30
1.4.3 Sala (cubículo) de cuidados intermedios	31
1.4.4 Sala (hospitalaria) de quemados.....	32

1.4.5 Sala (cubículo) de urgencias y emergencias	32
1.4.6 Sala (cubículo) de observación en urgencias y emergencias.....	33
1.4.7 Derechos de sala de cirugía - Uso de quirófano	33
1.5 Otros derechos de salas/procedimientos	36
1.5.1 Salas para procedimientos de mediana complejidad.....	36
1.5.2 Salas para procedimientos de alta complejidad	37
1.5.3 Sala de recuperación	38
1.5.4 Sala de labor de parto y parto (incluye monitoreo fetal)	38
1.5.5 Sala de recién nacido.....	39
1.5.5.1 Sala recién nacido - alojamiento conjunto	39
1.5.6 Sala de yesos, suturas, curaciones y otros procedimientos.....	39
1.5.7 Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día).....	39
1.5.8 Hemodiálisis o diálisis.....	40
1.5.9 Diálisis peritoneal	40
1.6 Procedimientos exclusivos de monitoreo a usuarios/pacientes, por parte de prestadores de la Red Pública Integral de Salud	41
1.7 Derecho de uso de equipos especiales en áreas de cuidados intensivos, sala de cirugía u otras salas.....	41
1.8 Materiales de procedimientos de cirugía – Materiales de uso menor (fungibles)	44
2. Servicio de transporte y asistencia sanitaria.....	46
2.1 Transporte sanitario	46
2.1.1 Transporte sanitario primario o atención pre hospitalaria	46
2.1.2 Transporte sanitario secundario entre establecimientos de salud	48
2.1.3 Transporte primario y secundario aéreo/ambulancia aérea (AaA) y acuático/ambulancia acuática (AcA)	49
2.1.3.1. Transporte Sanitario Aéreo/Ambulancia Aérea (AaA)	49

2.1.3.2 Transporte sanitario acuático/ambulancia acuática (AcA).....	50
3. Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	50
3.1 Componentes de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico - Laboratorio.....	51
3.2 Componentes de servicios de apoyo diagnóstico - Imagen.....	81
3.3 Procedimientos Especiales.....	120
4. Soporte vital extracorpóreo (ECLS) con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO)	126
SECCIÓN CUARTA	129
NORMAS Y CONTENIDOS ESPECÍFICOS	129
CAPÍTULO I.....	129
1. SERVICIOS PROFESIONALES.....	129
1.1 Servicios Odontológicos	129
1.2 Servicios de Profesionales de la Salud	131
1.2.1 Estructura del componente de servicios profesionales.....	131
1.2.2 Reglas de utilización	131
1.2.2.1 Honorarios médicos.....	131
1.2.2.2 Factor de conversión monetaria (FCM).....	132
1.2.2.3 Aplicación de las unidades de valor relativo (UVR) en el componente de servicios profesionales	132
1.2.2.4 Evaluación y manejo.....	132
1.2.2.4.1 Contenido de Evaluación y Manejo	135
1.2.2.4.2 Honorarios por procedimientos quirúrgicos.....	150
1.2.2.4.3 Procedimientos diagnósticos.....	151
1.2.2.4.4 Procedimientos quirúrgicos adicionales.....	151
1.2.2.4.5 Período global	151
1.2.2.4.6 Visitas médicas post quirúrgicas	152

1.2.2.4.7 Procedimientos por separado	152
1.2.2.4.8 Modificadores para las prestaciones de servicios de salud.....	153
1.2.2.4.9 Ayudantías quirúrgicas.....	158
1.2.2.4.10 Visitas médicas post quirúrgicas	158
1.2.2.4.11 Honorarios en cuidados intensivos, de adultos, niños y neonatos.....	158
1.2.2.4.12 Honorarios a criterio médico (Cm)	158
1.2.2.4.13 Honorarios de anestesiología.....	159
SECCIÓN QUINTA	457
1. PRESTACIONES INTEGRALES DE TARIFA ÚNICA	457
1.1 Procedimientos integrales de especialidad.....	457
1.1.1 Acciones de promoción de la salud a la familia	457
1.1.2 Atención extramural a la familia - Visita domiciliaria	458
1.1.3 Atención ambulatoria y/o hospitalaria que comprende manejo del dolor	459
1.1.4 Medicina física y rehabilitación.....	460
1.1.5 Atención preventiva por ciclo de vida a tarifa integral	462
1.1.6 Control prenatal	463
1.1.7 Diálisis peritoneal y hemodiálisis para enfermos crónicos.....	468
2. Atenciones ambulatorias y/o hospitalarias clínicas o quirúrgicas por tarifa integral	468
2.1 Reconocimiento económico de paquetes de procedimientos quirúrgicos	469
2.2 Reconocimiento económico de procedimientos de banco de tejidos.....	470
2.3 Reconocimiento económico al proceso de procuración de órganos y tejidos	471
2.4 Reconocimiento económico del proceso de pretrasplante hepático adulto y pediátrico ..	472
2.5 Reconocimiento económico del paquete de prestación integral a tarifa única de post-trasplante hepático adulto y pediátrico	473
2.6 Reconocimiento económico de procedimientos diagnóstico terapéuticos	473

2.7 Reconocimiento económico de procedimientos clínicos	474
SECCIÓN SEXTA	476
1. REGLAS DE FACTURACIÓN.....	476
1.1 Procedimientos de Compensación Económica	476
1.2 Reglas Generales de Facturación	476
1.3 Facturación por Paquetes de Prestaciones	477
SECCIÓN SÉPTIMA.....	479
1. DISPOSICIONES NORMATIVAS PARA ACTUALIZACIÓN DEL TARIFARIO	479
1.1 Actualización de Tarifario.....	479
1.2 Evaluación del Tarifario.....	479
GLOSARIO DE TÉRMINOS	481
ANEXOS	486
Anexo N° 1.....	486
Anexo N° 2.....	497
Anexo N° 3.....	503
Anexo N° 4.....	504
ANEXO N° 5	506
BIBLIOGRAFÍA.....	507



RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD

SECCIÓN PRIMERA

DISPOSICIONES NORMATIVAS

SECCIÓN PRIMERA

DISPOSICIONES NORMATIVAS

El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de las prestaciones de salud brindadas por las instituciones públicas, entre éstas y con las instituciones privadas en el marco del relacionamiento con la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC). Los valores expresados en el presente documento registran el techo máximo para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores/aseguradores.

La aplicación de este instrumento normativo contribuye al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud brindados a usuarios/pacientes y a la optimización del gasto en salud.

1. Ámbito de aplicación

La presente normativa es de aplicación obligatoria para todas las instituciones financiadoras/aseguradoras y prestadoras de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y Red Privada Complementaria (RPC), para el Servicio Público para el Pago de Accidentes de Tránsito - SPPAT y convenios, u otros instrumentos jurídicos que regulen el reconocimiento económico de servicios de salud del sector público, en su relacionamiento entre sí.

2. Administración y control

La revisión de la presente normativa será realizada por el Comité de Gestión de Red, con base en el 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 (TPSNS), es responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional. Se realizará, a través del Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud, el mismo que 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 Técnica de Revisión del Tarifario.

El (TPSNS) debe ser aplicado para las prestaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos en todos los establecimientos de salud, pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y a la Red Privada Complementaria (RPC) en su relacionamiento con la Red Pública Integral de Salud (RPIS), de conformidad con la

normativa vigente.

4. Criterios de aplicación de los factores de conversión

El (TPSNS) opera con dos factores de conversión: Unidades de valor relativo y Factor de conversión monetario; mismos que se aplicarán, de acuerdo al nivel de atención de los servicios de salud.

- El Factor de Conversión Monetario (FCM), es un valor numérico que resulta de una fórmula de cálculo y define el factor diferenciado para las prestaciones de salud de los servicios institucionales y los servicios profesionales médicos; que se clasifican por áreas de especialidad. Este factor es expresado en dólares americanos.
- Las Unidades de Valor Relativo (UVR), son valores numéricos ponderados que permiten aplicar valores diferenciados por niveles de atención para:

Servicios Institucionales como: hotelería hospitalaria y servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio e imagen), procedimientos por especialidad, servicio de transporte y asistencia sanitaria.

Servicios Profesionales Médicos diferenciados por criterios de: complejidad, tiempo, habilidad, severidad de la enfermedad, riesgo para el usuario/paciente y riesgo para el médico de odontología y medicina.

- El valor final expresado en dólares americanos que se reconocerá por cada procedimiento detallado en el presente tarifario, será el producto de multiplicar las unidades de valor relativo (UVR), por el factor de conversión monetaria (FCM) correspondiente. Este valor registrará el techo máximo para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores/ aseguradores.

Los financiadores /aseguradores que conforman la Red Pública Integral de Salud, aplicarán los factores de conversión, tomando en cuenta, que los precios expresados en este Tarifario, inclusive los paquetes de prestaciones integrales descritos en la sección Quinta – Prestaciones Integrales de Tarifa Única, corresponden a valores máximos.

Se aplicarán descuentos en las tarifas expresadas en este documento, en el caso que se realicen negociaciones conjuntas entre la Autoridad Sanitaria Nacional y los integrantes de la Red Pública Integral de Salud con establecimientos prestadores de servicios de salud de la Red Privada Complementaria.

En el caso, de que uno de los miembros de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) negocie porcentajes de descuento y obtenga valores menores a los valores establecidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, pero garantizando la misma calidad por los servicios de salud, deberá oficializar sobre la situación de forma obligatoria al Comité de Gestión de Red, que comunicará inmediatamente a toda la RPIS, para que el mencionado valor sea tomado de referencia obligatoria para el resto de instituciones.

5. Organización del Tarifario

El TPSNS tiene tres componentes:

A. *Servicios institucionales* que comprenden:

1.1. Hotelería

- a. Habitación
- b. Cuidado y manejo diario
- c. Dieta hospitalaria
- d. Derechos de uso de salas
 - Según tipo de procedimiento
 - Derecho de sala de cirugía
 - Otros derechos de sala/ procedimientos
- e. Derecho de uso de equipos especiales
- f. Materiales de cirugía

1.2 Servicios de transporte y asistencia sanitaria

1.3 Laboratorio

1.4 Imagen

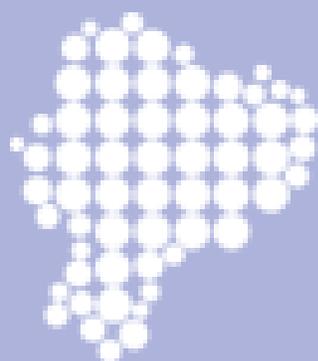
1.5 Procedimientos especiales

B. *Servicios profesionales* que comprenden:

1. Servicios profesionales de Odontología
2. Servicios profesionales de Medicina

C. *Prestaciones integrales de tarifa única*: que son estructuradas con servicios profesionales y servicios institucionales; además de medicamentos, dispositivos médicos, de procedimientos de diagnóstico y tratamiento ambulatorios y hospitalarios, tiene dos categorías:

- **Procedimientos integrales de especialidad:**
 - Acciones de promoción de la salud a grupos de familia
 - Atención extramural a la Familia – Visita domiciliaria
 - Manejo del dolor
 - Medicina física y rehabilitación
 - Atención preventiva por ciclos de vida
 - Control prenatal
 - Diálisis peritoneal y hemodiálisis
- **Atenciones ambulatorias y/o hospitalarias por tarifa integral**



RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD

SECCIÓN SEGUNDA

NORMAS GENERALES

SECCIÓN SEGUNDA

NORMAS GENERALES

CAPÍTULO I

1. CLASIFICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR NIVELES DE ATENCIÓN

Los servicios institucionales componentes del TPSNS corresponden a los servicios de hotelería, servicios de transporte y asistencia sanitaria, servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio e imagen) y procedimientos especiales.

Los servicios profesionales médicos, corresponden a al reconocimiento de honorarios por atención médica y odontológica, en sus distintas especialidades, tanto para evaluación y manejo, procedimientos clínicos y quirúrgicos.

Estos servicios se proporcionarán y se reconocerán, según su nivel de atención, mismo que determina la capacidad resolutive para atender los problemas de salud de la población tanto sean estos de alta, mediana o baja complejidad clínica o quirúrgica.

Los diferentes niveles de atención de cada establecimiento de salud determinan el ámbito de responsabilidad y su capacidad funcional para ejecutar un determinado tipo de actividad, intervención o procedimiento.

Se exceptúa del reconocimiento económico los procedimientos médicos con fines exclusivamente cosméticos, las cirugías plásticas con fines exclusivamente estéticos y/o cosméticos, exámenes no inherentes o no necesarios para el diagnóstico de una enfermedad y los gastos de acompañantes no contemplados en las disposiciones específicas de esta normativa.

En establecimientos de servicios de salud con internación se exceptúa del reconocimiento la: atención privada de enfermería, gastos de servicios de comunicación (fax, teléfono, correo, celular, internet y similares), insumos de entretenimiento (revistas, películas, periódicos, servicio pagado de televisión y similares), tratamientos/gastos realizados en el extranjero no autorizados, según la norma nacional vigente. Además de todo lo establecido en la “Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria y su reconocimiento económico” o la norma que la sustituya.

Si el usuario/paciente decide realizarse procedimientos netamente estéticos/cosméticos o cualquier otro procedimiento o servicio que se encuentre dentro de las excepciones de cobertura, el usuario/paciente asumirá el costo por tal prestación.

Los establecimientos de servicios de salud, se clasifican por niveles de atención según su capacidad resolutive, de acuerdo a la Norma Nacional vigente para establecimientos de salud y expedida por el Ministerio de Salud Pública, misma que es de obligatorio cumplimiento para la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

CAPÍTULO II

ESTRUCTURACIÓN DE TARIFAS

1. Código Current Procedural Terminology - CPT

Es el catálogo internacional de la Asociación Médica Americana (AMA) que contiene el conjunto de códigos denominado *Current Procedural Terminology - CPT*. Este catálogo describe códigos y nombres de procedimientos para los servicios de salud clínicos - quirúrgicos y de diagnóstico con el fin de unificar dicha información entre profesionales, usuario/pacientes, instituciones, organizaciones de acreditación, administradores y financiadores/ aseguradores. El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud utiliza los códigos y las descripciones técnicas de los procedimientos de terminología internacional CPT.

2. Unidades de valor relativo

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

- Tiempo de los profesionales
- Habilidad
- Severidad de la enfermedad
- Riesgo para el usuario/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 son las unidades que se asigna a cada procedimiento clínico o quirúrgico indicado en las secciones de servicios institucionales y profesionales de este tarifario.

En el caso de que existan establecimientos de salud que brinden prestaciones que no se encuentren dentro de su nivel de atención, para el reconocimiento económico se aplicará la reducción del 10% de un nivel de atención superior y el 20% si se trata de dos niveles de atención superiores.

Se consideraron UVR referenciales del RBRVS 2017 y 2018 y UVR ya existentes en el Tarifario de Prestaciones 2020 para construir la base de UVR completa.

3. Factor de conversión monetario

- a) Es el valor monetario expresado en dólares americanos, que se utiliza para establecer el reconocimiento de los costos directos e indirectos, que forman parte de la producción de los servicios de salud.
- b) 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

c) El tarifario opera con dos factores de conversión:

- Un factor de conversión monetario diferenciado para los servicios profesionales médicos, clasificados por nivel de atención y áreas de especialidad, en las secciones de servicios institucionales y profesionales de este tarifario.
- Un factor de conversión monetario 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 otros derechos de salas/procedimientos), de servicios de apoyo diagnóstico: laboratorio, imagen, procedimientos por especialidad y servicios odontológicos.

El conjunto de factores de conversión será aprobado por el Comité de Gestión de Red, con el propósito de actualizar dichos factores para servicios institucionales y de servicios profesionales, en coherencia con las definiciones nacionales de la Autoridad Sanitaria Nacional.

3.1 Criterios para la aplicación de los factores de conversión

3.1.1 Tarifa de cada procedimiento

Es el valor monetario expresado en dólares americanos, que se reconoce por cada procedimiento indicado en la presente normativa, que resulta de multiplicar las unidades de valor relativo (UVR) de cada procedimiento y/o servicio, por el factor de conversión monetario (FCM); el resultado representa el valor techo máximo de pago para los servicios de salud brindados por las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, entre éstas; y para las instituciones de la Red Privada Complementaria que brinden servicios de salud a la Red Pública Integral de Salud; en el marco del Sistema Nacional de Salud.

3.1.2 Vigencia y modificaciones del tarifario

La actualización de este instrumento normativo se la realizará a través de un proceso de revisión, inclusión, modificación y exclusión de procedimientos; así como de unidades de valor relativo y el factor de conversión monetario. Estas modificaciones se harán vigentes en la nueva versión del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, expedido por la Autoridad Sanitaria. Si dentro del periodo de aplicación del tarifario, alguna institución de la RPIS o de la RPC solicita la revisión o incorporación de una prestación de salud se procederá, de acuerdo al mecanismo señalado en las Disposiciones Normativas del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, (ver Anexo 4).

3.1.3 Responsable de pago

Para identificar al responsable de pago de la atención del usuario/paciente, sea este el 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), Servicio Público para el pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT) y/o compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, se aplicarán las disposiciones señaladas en la *“Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria y su reconocimiento económico”* o la norma que la sustituya.

4. Medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos

4.1 Medicamentos

- a) Los medicamentos se prescribirán y planificarán por su denominación común internacional – DCI, se prohíbe el uso de nombres comerciales o marcas específicas en la prescripción.
- b) Para la Red Pública Integral de Salud, el valor a reconocer por el medicamento será el de compra institucional, el cual deberá observar lo dispuesto en el Art. 163 de la Ley Orgánica de Salud, valor al que se sumará el 10% por la gestión integral del suministro del medicamento, valor final que no superará el precio techo fijado. Para la Red Privada Complementaria, los precios planillados por medicamentos corresponden al valor de compra institucional, valor al que se deberá adicionar el 10% por la gestión integral del suministro del medicamento, valor final que en ningún caso superará el precio techo fijado.
- c) El Ministerio de Salud Pública podrá abastecer de medicamentos y otros bienes estratégicos en salud, incluyendo aquellos considerados de difícil acceso, a la Red Pública Integral de Salud y a la Red Privada Complementaria; en este caso, los prestadores reconocerán al Ministerio de Salud Pública el valor del bien más los costos administrativos generados. Por su parte, cuando el prestador de servicios de salud planille a la institución financiadora/aseguradora este tipo de medicamentos y otros bienes estratégicos en salud, se reconocerá los valores antes mencionados, y se añadirá el porcentaje determinado en la normativa de relacionamiento y reconocimiento económico por la Autoridad Sanitaria para la gestión integral del suministro de medicamentos o bienes.

4.2 Dispositivos médicos

- a) La institución prestadora planificará todo dispositivo médico al precio de compra institucional, más el 10% sobre la base imponible (precio sin impuestos) por la gestión integral del suministro del dispositivo médico. Para los dispositivos médicos, que gravan I.V.A., se aplicarán las normas del Servicio de Rentas Internas – SRI. Para la Red Pública Integral de Salud, el valor a reconocer por el dispositivo médico será el precio de compra

institucional, antes de impuestos: valor que deberá observar lo dispuesto en el Art. 163 de la Ley Orgánica de Salud; valor al que se sumará el 10% por la gestión integral del suministro del dispositivo médico. Para la Red Privada Complementaria, los precios planillados por dispositivos médicos corresponden al valor de compra institucional, valor al que se deberá adicionar el 10% por la gestión integral del suministro del dispositivo médico.

- b) Los dispositivos médicos detallados en el Anexo 3: Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios, **NO** deberán ser planillados.
- c) Todos los dispositivos médicos no contemplados en el Anexo 3: Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios, para precautelar la seguridad del usuario/paciente y de los profesionales de la salud en la prestación de sus servicios, deberán ser planillados unitariamente y serán objeto del reconocimiento económico pertinente.
- d) El reconocimiento económico por el oxígeno utilizado en las salas, claramente señaladas en este tarifario; así como el oxígeno utilizado en procedimientos específicos por especialidad, deberá ser facturado por separado y su precio será de \$ 0,01 por litro. Para su registro se utilizará el código: 241207.
- e) En el caso de usuarios/pacientes ambulatorios o domiciliarios que requieran oxígeno, el planillaje se lo realizará por tanque utilizado. El precio por metro cúbico (m³) será de \$9,03; valor que incluye: transporte, mantenimiento del cilindro y se añadirá el porcentaje determinado en la normativa de relacionamiento y reconocimiento económico por la Autoridad Sanitaria para la gestión integral del suministro de medicamentos, dispositivos u otros bienes estratégicos en salud. Para su registro se utilizará el código: 241208.
- f) Para otros gases medicinales como: aire comprimido, óxido nitroso (N₂O), dióxido de carbono (CO²), nitrógeno medicinal (N), deberán ser facturados por separado; su precio será de \$ 0,02 por litro y por tanque de 8m³ su precio será de \$ 93,93; precio que incluye: transporte, mantenimiento del cilindro, se añadirá el porcentaje determinado en la normativa de relacionamiento y reconocimiento económico por la Autoridad Sanitaria para la gestión integral del suministro de medicamentos, dispositivos u otros bienes; siempre y cuando, su uso sea debidamente justificados en la documentación técnica de soporte de cada atención médica. Para su registro por litro se utilizará el código: 241209 para litro y para su registro por tanque se utilizará el código: 241210.
- g) El Ministerio de Salud Pública podrá abastecer de dispositivos médicos y otros bienes estratégicos en salud, incluyendo aquellos considerados de difícil acceso, a la Red Pública Integral de Salud y a la Red Privada Complementaria; en este caso, los prestadores reconocerán al Ministerio de Salud Pública el valor del bien más los costos administrativos generados. Por su parte, cuando el prestador de servicios de salud planille a la institución financiadora/aseguradora este tipo de medicamentos y otros bienes estratégicos en salud, se reconocerá los valores antes mencionados y se añadirá el porcentaje determinado en la

normativa de relacionamiento y reconocimiento económico por la Autoridad Sanitaria para la gestión integral del suministro del bien.

4.3 Odontología

En los procedimientos descritos en esta sección, se encuentran incorporados todos los dispositivos médicos identificados y utilizados para estas prestaciones; a excepción de órtesis, prótesis e implantes; los cuales deberán ser facturados de manera unitaria y separados de los otros valores de la prestación.

4.4 Aspectos comunes de medicamentos y dispositivos

- a) Para la Red Privada Complementaria, con el objeto de que los entes financiadores/aseguradores de la Red Pública Integral de Salud puedan satisfacer los procedimientos internos de control, en lo relacionado al precio de compra institucional del medicamento, se solicitará en forma obligatoria, al inicio del relacionamiento y renovación de cada año fiscal, la presentación de una declaración juramentada en la que indique que los precios planillados por medicamentos corresponden al valor de compra institucional, valor al que se deberá adicionar el 10% por la gestión integral del suministro del medicamento, valor final que en ningún caso superará el precio techo fijado. En esta declaración no será necesario incluir el detalle de los medicamentos. De igual forma, con el objeto de que los entes financiadores/aseguradores de la Red Pública Integral de Salud puedan satisfacer los procedimientos internos de control, en lo relacionado al precio de compra institucional de los dispositivos médicos, se solicitará en forma obligatoria a los prestadores de salud de la Red Privada Complementaria, al inicio del relacionamiento y renovación de cada año fiscal, la presentación de una declaración juramentada en la que indique que los precios planillados por dispositivos médicos corresponden al valor de compra institucional (precio sin impuestos), valor al que se deberá adicionar el 10% por la gestión integral del suministro del dispositivo médico. En esta declaración no será necesario incluir el detalle de los dispositivos médicos. Los prestadores de la Red Privada Complementaria deberán presentar una sola declaración juramentada sobre lo dispuesto para medicamentos y dispositivos médicos. Entre prestadores y financiadores de la Red Pública Integral de Salud no se solicitará la declaración juramentada referida previamente.
- b) La declaración juramentada presentada por los prestadores de servicios de salud de la Red Privada Complementaria, será válida para los financiadores, aseguradores, miembros de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y el SPPAT.
- c) Se exceptúa de esta disposición, las adquisiciones de material radioactivo, de osteosíntesis y endoprótesis. Esta disposición será controlada mediante auditoría de terreno de las prestaciones de salud.
- d) El reconocimiento del porcentaje correspondiente a la gestión integral de suministro de medicamentos, dispositivos o bienes, determinado por la Autoridad Sanitaria Nacional en

la normativa de relacionamiento y reconocimiento económico, se aplica para las adquisiciones de medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos, que realizan los establecimientos de salud para mantenimiento de stock y volúmenes de inventarios de un determinado producto almacenado y que, conllevan gastos adicionales, tales como: contratación de pólizas de seguros, mantenimiento de seguridades, circuitos cerrados de seguridad y cadenas de frío.

5. Modificadores generales

Se utilizarán 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 médicos y son:

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

5.1 Modificador por variación geográfica

Esta sección establece modificadores al factor de conversión monetaria de cualquier prestación de este instrumento normativo en este caso 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 observación, sala de baja complejidad: yesos, suturas y curaciones y otros procedimientos, sala de cirugía, centro clínico quirúrgico ambulatorio (hospital del día), sala de hemodiálisis, sala para procedimientos de mediana complejidad, sala para procedimientos de alta complejidad, sala de recuperación, sala labor/parto y 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.

5.2 Modificador por calidad

Este modificador se define como un incentivo a la calidad de los servicios dispensados por los establecimientos de salud; (comprende desde la calidad de los servicios brindados al usuario/paciente, como la calidad en los procesos administrativos que faciliten la óptima gestión, planillaje, auditoria de la calidad de la facturación y el reconocimiento económico por prestaciones brindadas). Este reconocimiento se basará en el **Instructivo para la aplicación del modificador de calidad del Tarifario de Prestaciones**, que será emitido por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Los porcentajes que en forma adicional se reconocerán son los siguientes:

Nivel de Atención I		Nivel de Atención II		Nivel de Atención 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
-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%

5.3 Modificador por emergencia

Se reconoce un modificador en para atenciones en sala de emergencia para servicios profesionales médicos, para las atenciones de aparición súbita y que pongan en peligro la vida, según la clasificación del **Triaje Manchester MTS® modificado; Prioridad I y Prioridad II, código cero para trasplantes**; aplicable en los establecimientos de salud de niveles de atención II y III, en el horario entre las 22h00 y 06h00, según la siguiente descripción:

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

5.4 Modificador por procedimientos de alto nivel de complejidad

Se aplicará el modificador del **5%** adicional a los servicios profesionales médicos para las atenciones por servicios o procedimientos de alta complejidad, en los siguientes casos:

- Intervencionismo dirigido por imagen
- Hemato-oncología
- Trasplantología
- Cirugía vascular (aneurismas)
- Cirugía cardiotorácica
- Cirugía especializada, (pediátrica y adulto)
- Genética
- Hemodinámica
- Neurocirugía
- Grandes quemados
- Oftalmología de alta complejidad
- Urología de alta complejidad
- Otorrinolaringología de alta complejidad
- Anatomía patológica de alta complejidad
- Radioterapia, braquiterapia y quimioterapia
- Rehabilitación de alta complejidad
- Estudios electrofisiológicos con intervencionismo

En caso que la condición clínica del usuario/paciente requiera de atención y cuidados individualizados por parte del servicio de enfermería, se reconocerá por este concepto, por cada turno el 50% del honorario diario del profesional médico. Para aplicar este modificador se deberá registrar en la epicrisis del usuario/paciente la necesidad del cuidado individualizado.

Los procedimientos quirúrgicos cuyos honorarios médicos sean **iguales o mayores a 21 UVRs**

serán considerados de alta complejidad.

6. Modificadores específicos

6.1 Anestesia

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

6.1.1 Modificador específico de anestesia por condición física

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

N.	CÓDIGO	CONDICIÓN CLÍNICA CRÍTICA/FÍSICA	UVR
P1		Usuario/paciente sano	0
P2		Usuario/paciente con enfermedad sistémica leve	0
P3	99103	Usuario/paciente con enfermedad sistémica severa	1
P4	99104	Usuario/paciente con enfermedad sistémica severa con riesgo para la vida	2
P5	99105	Usuario/paciente moribundo que no sobrevivirá sin cirugía	3
P6		Usuario/paciente con muerte cerebral, cuyos órganos son extraídos con propósitos de donación.	0

El factor de conversión monetario aplicable para estos casos, será el correspondiente al de servicios profesionales médicos para anestesia. Las condiciones físicas mencionadas son consistentes con los criterios de la Asociación Americana de Anestesiología.

6.1.2 Modificador específico de anestesia por circunstancias especiales

Estos modificadores se deberán utilizar en circunstancias que ameriten 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; utilizar más de un código puede ser necesario.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR
99100	Anestesia para usuario/paciente de edad extrema, menores de 1 año y mayores de 70 años. (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 (*) (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	2.0

* Una emergencia se considera a las condiciones de salud de aparición súbita y que ponen en peligro la vida.

El factor monetario a aplicarse en estos casos, es el correspondiente a servicios profesionales

médicos para anestesia.

7. 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 días festivos, a excepción de lo descrito en la sección de modificador por emergencia.

8. 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 o los requerimientos de la institución serán canalizado, a través del representante institucional de nivel nacional del servicio de salud solicitante a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, que oficiará a la instancia competente del Ministerio de Salud Pública, para que posteriormente sea trasladado a la Subcomisión del Tarifario para su análisis.
- La Subcomisión de Tarifario revisará el requerimiento con base en el CPT vigente y emitirá un informe técnico con conclusiones y recomendaciones a la instancia competente del Ministerio de Salud, en un plazo máximo de 10 días laborables luego de su recepción.
- La instancia competente del Ministerio de Salud, validará y enviará a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud para conocimiento de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.
- Una vez validado por el comité de gestión de la Red Pública Integral de Salud, será puesto en conocimiento de la Máxima Autoridad del Ministerio de Salud Pública para su implementación en la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.
- 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, el financiador/pagador de cada institución en su nivel central, autorizará y reconocerá una tarifa equivalente a un procedimiento de homologable complejidad de manera temporal hasta que sea validado por instancia competente del Ministerio de Salud conforme a los literales a), b) y c) precedentes.
- El solicitante obligatoriamente deberá enviar la información, según el Anexo 4: Hoja de Cuantificación Recursos Utilizados en los Procedimientos Médicos; 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.



RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD

SECCIÓN TERCERA

**NORMAS Y CONTENIDOS ESPECÍFICOS
SERVICIOS INSTITUCIONALES**

SECCIÓN TERCERA

NORMAS Y CONTENIDOS ESPECÍFICOS

CAPÍTULO I

SERVICIOS INSTITUCIONALES

Los servicios institucionales se refieren al consumo de servicios generados por el empleo de material directo atribuible al procedimiento, que incluye: aporte extra del talento humano (excepto servicios profesionales, de la sección cuarta); empleo de área física, equipamiento, 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. Las unidades de valor relativo (UVR) para cada servicio están determinado por la valoración de los costos directos e indirectos y se establecen por nivel de atención.

Para todos dispositivos médicos que sean identificados de manera individual y unitaria, y que sean usados por una sola vez, para un solo usuario/paciente, el valor para el reconocimiento económico del dispositivo médico será de acuerdo a lo establecido en el CAPÍTULO II. ESTRUCTURACIÓN DE TARIFAS sección 5. *Medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos*, y en ningún caso podrá ser mayor al precio fijado o al precio de venta al público P.V.P

En el caso de dispositivos médicos de uso colectivo, uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o varios eventos o procedimientos, no medibles unitariamente y que no es factible su identificación individual (descritos en Anexo 3), no serán facturados, ya que su costo está incluido en el respectivo procedimiento clínico o quirúrgico sea ambulatorio u hospitalario, **NO** se planillarán aquellos dispositivos médicos que se encuentran detallados en el Anexo 3: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios*.

Todos los dispositivos médicos no contemplados en el Anexo 3: Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios, deberán ser planillados unitariamente y serán objeto del reconocimiento económico para precautelar la seguridad del usuario/paciente y de los profesionales de la salud en la prestación de sus servicios. En el caso de medicamentos, dispositivos médicos y otros bienes estratégicos adquiridos por la autoridad sanitaria con el objetivo de garantizar el derecho y facilitar el acceso a la salud, recibirá el respectivo reconocimiento económico de acuerdo a lo establecido en el CAPÍTULO II. ESTRUCTURACIÓN DE TARIFAS sección 5. *Medicamentos, dispositivos médicos y odontológicos*.

1. Servicios de hotelería y otros

1.1 Servicio de habitación

El servicio de habitación, responderá a la definición del nivel de atención que se detalla en la sección de prestación de servicios institucionales. Estos servicios incluyen 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 general, servicios básicos de energía eléctrica, agua, teléfono, limpieza, vigilancia, material de uso personal y otros servicios hoteleros brindados a un usuario/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, de cuatro camas y más de cuatro camas, que serán pagadas, de acuerdo al nivel de atención del establecimiento de salud y su cartera de servicios actualizada, desde el ingreso del usuario/paciente. En el caso de que el establecimiento de salud de la Red Privada Complementaria mantenga salas múltiples de más de cuatro camas, donde se reciban e ingresen a usuarios/pacientes, el reconocimiento económico por cuidado y manejo diario **no** será reconocido.

Se reconocerá el precio diario estipulado por estadía en habitación individual a los usuarios/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 y su cartera de servicios actualizada.

Bajo la modalidad de alojamiento conjunto, se adiciona al cobro de la habitación de la madre el código por alojamiento del recién nacido sano. Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR NIVEL DE ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
HABITACIÓN				
381110	Habitación individual. Instituciones primer nivel	5,87	0,00	0,00
381121	Habitación múltiple de dos camas. Instituciones primer nivel	5,51	0,00	0,00
381132	Habitación múltiple de tres camas. Instituciones primer nivel	4,46	0,00	0,00
381143	Habitación múltiple de cuatro camas. Instituciones primer nivel	4,10	0,00	0,00
381144	Habitación múltiple más de cuatro camas. Instituciones primer nivel	4,10	0,00	0,00
381210	Habitación individual. Instituciones segundo nivel	0,00	8,31	0,00
381221	Habitación múltiple de dos camas. Instituciones segundo nivel	0,00	7,56	0,00
381232	Habitación múltiple tres camas. Instituciones segundo nivel	0,00	6,43	0,00
381243	Habitación múltiple de cuatro camas. Instituciones segundo nivel	0,00	5,28	0,00
381244	Habitación múltiple más de cuatro camas. Instituciones segundo nivel	0,00	5,28	0,00
381310	Habitación individual. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	12,25
381321	Habitación múltiple de dos camas. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	10,48
381332	Habitación múltiple tres camas. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	8,71
381343	Habitación múltiple de cuatro camas. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	7,85
381344	Habitación múltiple más de cuatro camas. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	7,85

381354	Cama de acompañante y dieta. (Considerar normativas vigentes emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional).	0,00	7,85	7,85
---------------	---	------	------	------

1.2 Cuidado y manejo diario

Corresponde a la atención de internos, residentes, posgradistas y médicos propios del servicio; cuidado directo al usuario/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; 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.

Detalle de la aplicación en el Anexo 3: Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios.

La aplicación del rubro cuidado y manejo diario, será planillado una sola vez al día desde el ingreso del usuario/paciente y corresponderá a los días en que el usuario/paciente utilice el servicio de habitación (individual, de trasplante, múltiples de dos camas, de tres camas, de cuatro camas y más de cuatro camas), correspondientes al nivel de atención en cada establecimiento de salud. Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario en relación a la hospitalización en la habitación correspondiente.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
		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

Si un usuario/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 usuario/paciente sea transferido de la sala de terapia intensiva/intermedia/quemados a la sala de hospitalización y de la sala de hospitalización a la sala de terapia intensiva/intermedia/quemados.

1.3 Dieta Hospitalaria

Corresponde a la alimentación de hospitalización proporcionada al usuario/paciente mientras permanece hospitalizado en habitaciones, en sala de cuidados intermedios e intensivos, sala de observación de emergencia, sala de trasplantes, unidad de quemados, unidad de cuidado coronario, sala de observación y sala de emergencia, según pertinencia médica, las cuales serán pagadas, de acuerdo al nivel de atención de cada establecimiento de salud desde el ingreso del usuario/paciente, y para dieta de acompañante cuando el prestador no disponga de espacio físico. Para usuario/paciente se reconocerá hasta dos refrigerios diarios pagados de forma individual por estancia de 24 horas, lo que será detallado en la planilla.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
ALIMENTACIÓN				
382110	Desayuno. Instituciones de primer y segundo nivel	0,34	0,34	0,00
382121	Almuerzo. Instituciones de primer y segundo nivel	0,68	0,68	0,00

382132	Merienda. Instituciones de primer y segundo nivel	0,68	0,68	0,00
382143	Refrigerio. Instituciones de primer 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	Refrigerio. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	0,08
382244	Preparación de nutrición enteral por día (incluye todos los insumos necesarios para la preparación, NO incluye los medicamentos) Aplica únicamente cuando se preparen dentro de la unidad médica	0,00	0,00	0,69
382245	Preparación de nutrición parenteral por día (incluye todos los insumos necesarios para la preparación, NO incluye los medicamentos). Aplica únicamente cuando se preparen dentro de la unidad médica	0,00	0,00	6,79

1.4 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, quirófano, parto, urgencia, recuperación, hospital del día, hemodiálisis y diálisis para usuario/pacientes agudos. Incluye el aporte extra del talento humano de médicos residentes, personal de enfermería (excluye servicios profesionales médicos, sección cuarta); empleo de área física, equipamiento, materiales 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: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios*; no operacionales tales como, mantenimiento, seguros, pago de 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 dentro de su cartera de servicios, estas salas según su tipo de procedimiento, son:

1.4.1 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, médicos postgradistas, personal de enfermería, material de aseo, servicios básicos y otros servicios de hotelería, que requiera un usuario/paciente hospitalizado en esta sala.

Esta sala para usuarios/pacientes hospitalizados de trasplantes de médula ósea, se caracteriza por ser una sala con alto grado de precaución, con presión positiva y filtros HEPA. Además, se 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 cuarta), empleo de área física, equipamiento, 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 indicados 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. Comprende los servicios básicos y la utilización de equipos propios de la sala tales como: monitores, ventilación, desfibrilación, incluye cuidado y manejo diario.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
SALA HOSPITALARIA DE TRASPLANTE				
383110	Sala hospitalaria de trasplante. Instituciones de tercer nivel	0,00	0,00	38,22
Nota: Comprende los servicios básicos y la utilización de equipos básicos propios de la sala tales como: monitores, ventilación, desfibrilación.				

1.4.2 Sala (cubículo) de cuidados intensivos

En esta sala se brinda la atención de cuidado intensivo para usuarios/pacientes adultos, adolescentes, pediátricos y neonatales.

La Sala (cubículo) de adultos, adolescentes, 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 el Anexo 3: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios*, material de aseo y no operacionales tales como mantenimiento, seguros, pago de servicios públicos, otros servicios de hotelería, cuidado y manejo diario 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 y succión que requiera un usuario/paciente hospitalizado en esta sala.

La Sala (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 el Anexo 3: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios*, 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.

Las Salas (cubículos) de adultos, adolescentes, pediátrica y neonatal individual de aislamiento, se caracteriza por ser una sala con alto grado de precaución, con presión negativa y filtros HEPA. Además, se autoriza y se facturará el uso de mascarillas, guantes de procedimientos y batas descartables.

La indicación de cuidados intensivos será valorada 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 usuario/paciente, el uso de día completo (24 horas), y cuando la permanencia del usuario/paciente sea menor o igual a 12 horas, se reconocerá el 50% del valor de la sala; si el

tiempo transcurrido es superior a 12 horas, se aplicará el valor total por día. El reconocimiento económico de otros equipos especiales no detallados, así como el uso de oxígeno y otros gases medicinales se lo realizará individualmente.

Este código también podrá ser aplicado para el reconocimiento del uso de sala de cuidado crítico en la emergencia.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
383210	Sala de cuidados intensivos para neonatos, niños, adolescentes y adultos. Instituciones de segundo nivel	-	30,58	-
383221	Sala de cuidados intensivos para neonatos, niños, adolescentes y adultos. Instituciones de tercer nivel	-	-	38,22
383211	Sala de cuidados intensivos aislamiento para neonatos, niños, adolescentes y adultos. Instituciones de segundo nivel	-	33,56	-
383222	Sala de cuidados intensivos aislamiento para neonatos, niños, adolescentes y adultos. Instituciones de tercer nivel	-	-	41,20

1.4.3 Sala (cubículo) de cuidados intermedios

Esta sala para usuarios/pacientes adultos y pediátricos, se diferencia de la de cuidados intensivos por no contar con 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 un estado fisiológico del usuario/paciente que requiera estabilizarse, medido por parámetros hemodinámicos estables durante por lo menos de 6 a 12 horas, estado respiratorio estable y extubación con evidencia de parámetros hemodinámicos aceptables por más de cuatro horas, por mínimo requerimiento de oxígeno y cuando no sea prioritario algún tratamiento invasivo.

En el reconocimiento de esta sala (cubículo) se encuentra incluido el empleo de material de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos, observar el Anexo 3: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios*, material de aseo, el aporte del talento humano de médicos residentes, médicos postgradistas, personal de enfermería, empleo de área física, otros servicios de hotelería, cuidado y manejo diario, 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 que requiera un usuario/paciente que se encuentre en esta sala (cubículo), incluye costos no operacionales de mantenimiento, seguros y pago servicios públicos.

El reconocimiento económico de otros equipos especiales no detallados, así como el uso de oxígeno y otros gases medicinales se lo realizará individualmente. Se aplicará el código correspondiente una sola vez cada día, cuando la permanencia en la sala (cubículo) de cuidados intermedios sea menor de 12 horas, se cobrará el 50% del valor de la sala. Si es superior a 12 horas, se aplicará el valor total por día.

Se reconocerá cuidados intensivos por pertinencia médica. En caso de que el paciente no requiera mayor cuidado en la sala de cuidados intensivos se reconocerá como sala de cuidados intermedios, en establecimientos que no cuentan con salas para cuidados intermedio

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
SALA DE CUIDADO INTERMEDIO				
383310	Sala de cuidados intermedios; adultos, adolescentes y niños; incluye atención en incubadora de recién nacidos. Instituciones de segundo nivel	-	18,18	-
383320	Sala de cuidados intermedios; adultos, adolescentes y niños; incluye atención en incubadora de recién nacidos. Instituciones de tercer nivel	-	-	22,73

1.4.4 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 en el Anexo 3: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios* y la cobertura de atención por el personal de apoyo, sean médicos residentes, personal de enfermería, circulantes, material de aseo, servicios básicos, otros servicios de hotelería, que requiera un usuario/paciente hospitalizado en esta sala. Se aplicará el código por una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario.

Cuando la situación médica del usuario/paciente lo amerite y haya salido de la fase crítica, se aplicará el código de cuidado intermedio. Si se trata de una 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 además de los honorarios de médicos tratantes e interconsultas y los dispositivos médicos descartables e identificables individualmente por usuario/paciente.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
SALA DE QUEMADOS				
383410	Sala de quemados, cuidados intermedios. Instituciones de segundo y tercer nivel	-	26,74	26,74
383421	Sala de quemados, cuidados intensivos. Instituciones de segundo y tercer nivel	-	38,22	38,22

1.4.5 Sala (cubículo) de urgencias y emergencias

El derecho de este cubículo 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 el Anexo 3: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios* y la cobertura de atención por el personal de apoyo requerido, sean médicos residentes, médicos postgradistas, personal de enfermería, material de aseo, servicios básicos, otros servicios que requiera un usuario/paciente en esta sala; excluye otros equipos especiales, no detallados en esta definición, así como el uso de oxígeno y otros gases medicinales.

La permanencia de usuario/pacientes en este cubículo será de máximo seis horas. Cuando la permanencia sea inferior a seis horas, se reconocerán los valores señalados en este cubículo. Cuando se supere las seis horas, se reconocerán los valores señalados para sala de observación, según el nivel del establecimiento de salud y se reconocerá el derecho de esta sala (cubículo).

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
SALA DE URGENCIAS/ EMERGENCIAS				
383710	Sala (cubículo) de urgencias / emergencias. Instituciones de primer nivel	2,26	-	-
383721	Sala (cubículo) de urgencias / emergencias. Instituciones de segundo nivel	-	2,83	-
383733	Sala (cubículo) de urgencias / emergencias. Instituciones de tercer nivel	-	-	3,60

1.4.6 Sala (cubículo) de observación en urgencias y emergencias

El derecho de este cubículo 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 el Anexo 3: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios*, y la cobertura de atención por el personal de apoyo requerido, sean médicos residentes, médicos postgradistas, personal de enfermería, material de aseo, servicios básicos, otros servicios que requiera un usuario/paciente en esta sala; excluye otros equipos especiales, no detallados en esta definición, así como el uso de oxígeno y otros gases medicinales.

Se utilizará el respectivo código cuando la permanencia del usuario/paciente sea mayor a seis horas (posterior a las seis horas aplicarán estos códigos), se reconocerán los valores señalados en esta sala por un máximo de 48 horas, según día censal.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
SALA OBSERVACIÓN URGENCIAS / EMERGENCIAS				
383735	Sala de observación. Instituciones de primer nivel	4,10	-	-
383736	Sala de observación. Instituciones de segundo nivel	-	4,51	-
383737	Sala de observación. Instituciones de tercer nivel	-	-	5,41

1.4.7 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 usuario/paciente ingresa al quirófano; para el cálculo 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 diagnóstico/tratamiento por especialidad, obligatoriamente, se deberá aplicar los códigos de otros derechos de salas/procedimientos.

En la normativa de servicios institucionales, se encuentra la tabla de códigos por tiempo quirúrgico y sus respectivas unidades de valor relativo, de acuerdo con el nivel de atención de los establecimientos de salud.

El derecho de sala de cirugía incluye la dotación básica del quirófano, uso de equipos convencionales (mesa quirúrgica, máquinas de anestesia, lámpara cielítica, flujo laminar, equipo de anestesia con monitorización de gases y respirador, monitor de signos vitales multiparámetro,

aspirador, monitor desfibrilador, reloj, negatoscopio por quirófano), esterilización, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril, material directo atribuible al procedimiento, aporte del talento humano (excluye servicios profesionales médicos), 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, según el tiempo de la cirugía indicado en el protocolo de anestesia.

El bloque quirúrgico que por su actividad lo precise (traumatología), contará con un aparato de radiodiagnóstico médico dotado de intensificador de imagen, (Incluido en la tarifa del quirófano). Excluye de este derecho, otros equipos especiales no detallados en esta definición y uso de gases medicinales. De igual manera ropa descartable para cirugía y procedimientos de alta y muy alta complejidad como trasplantes, cirugía cardiotorácica, cirugía neurológica, manejo de quemados y usuario/pacientes potencialmente infectados.

En el caso de cirugía bilateral o procedimientos quirúrgicos múltiples, deberá registrarse en el protocolo operatorio, estas particularidades, para entender los tiempos prolongados quirúrgicos. Se aplica el código, según el tiempo indicado en el protocolo de anestesia.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA (TIEMPO QUIRÚRGICO HORAS)				
394010	Derecho de sala de cirugía hasta 15 min. Instituciones primer y segundo nivel	6,26	6,26	-
394021	Derecho de sala de cirugía desde 16 hasta 30 min. Instituciones primer y segundo nivel	8,17	8,17	-
394032	Derecho de sala de cirugía desde 31 min. Hasta 45 min. Instituciones primer y segundo nivel	10,20	10,20	-
394043	Derecho de sala de cirugía desde 46 min. Hasta 60 min. Instituciones primer y segundo nivel	13,06	13,06	-
394054	Derecho de sala de cirugía desde 61 min. Hasta 90 min. Instituciones primer y segundo nivel	19,59	19,59	-
394065	Derecho de sala de cirugía desde 91 min. Hasta 120 min. Instituciones primer y segundo nivel	26,13	26,13	-
394076	Derecho de sala de cirugía desde 121 min. Hasta 150 min. Instituciones primer y segundo nivel	29,69	29,69	-
394087	Derecho de sala de cirugía desde 151 min. Hasta 180 min. Instituciones primer y segundo nivel	35,62	35,62	-
394098	Derecho de sala de cirugía desde 181 min. Hasta 210 min. Instituciones primer y segundo nivel	41,56	41,56	-
394109	Derecho de sala de cirugía desde 211 min. Hasta 240 min. Instituciones primer y segundo nivel	47,50	47,50	-
394110	Derecho de sala de cirugía desde 241 min. Hasta 270 min. Instituciones primer y	53,44	53,44	-

	segundo nivel			
394121	Derecho de sala de cirugía desde 271 min. Hasta 300 min. Instituciones primer y segundo nivel	59,37	59,37	-
394132	Derecho de sala de cirugía desde 301 min. Hasta 330 min. Instituciones primer y segundo nivel	65,31	65,31	-
394143	Derecho de sala de cirugía desde 331 min. Hasta 360 min. Instituciones primer y segundo nivel	71,25	71,25	-
394154	Derechos de sala de cirugía desde 361 min. Hasta 390 min. Instituciones primer y segundo nivel	77,18	77,18	-
394165	Derecho de sala de cirugía desde 391 min. Hasta 420 min. Instituciones primer y segundo nivel	78,19	78,19	-
394200	Derecho de sala de cirugía hasta 15 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	8,76
394211	Derecho de sala de cirugía desde 16 min. Hasta 30 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	11,44
394222	Derecho de sala de cirugía desde 31 min. Hasta 45 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	14,28
394233	Derecho de sala de cirugía desde 46 min. Hasta 60 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	18,28
394244	Derecho de sala de cirugía desde 61 min. Hasta 90 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	27,43
394255	Derecho de sala de cirugía desde 91 min. Hasta 120 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	36,58
394266	Derecho de sala de cirugía desde 121 min. Hasta 150 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	41,56
394277	Derecho de sala de cirugía desde 151 min. Hasta 180 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	49,87
394288	Derechos de sala de cirugía desde 181 min. Hasta 210 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	58,18
394299	Derecho de sala de cirugía desde 211 min. Hasta 240 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	66,50
394301	Derecho de sala de cirugía desde 241 min. Hasta 270 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	74,81
394312	Derecho de sala de cirugía desde 271 min. Hasta 300 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	83,11
394323	Derecho de sala de cirugía desde 301 min. Hasta 330 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	91,43
394333	Derecho de sala de cirugía desde 331 min. Hasta 360 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	99,75
394344	Derecho de sala de cirugía desde 361 min. Hasta 390 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	108,05

	nivel			
394355	Derecho de sala de cirugía desde 391 min. Hasta 420 min. Instituciones de tercer nivel	-	-	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.

1.5 Otros derechos de salas/procedimientos

Se detallan los códigos y unidades de valor relativo (UVR), para el reconocimiento económico por la utilización de salas para procedimientos especiales, procedimientos de alta complejidad, recuperación, labor de parto y parto, colocación y retiro de yesos, suturas y retiros de puntos, curaciones, hemodiálisis y diálisis peritoneal y otros procedimientos. Para aplicar estos códigos, los establecimientos de salud deberán tener salas destinadas para este propósito de acuerdo con la Normativa legal vigente.

1.5.1 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 terapéuticos de mediana complejidad. Se reconocerá el valor económico de su uso, de acuerdo con el nivel de atención del establecimiento de salud. Se aplicará el código una sola vez por procedimiento sin considerar tiempo.

El derecho de esta sala, incluye la dotación básica de equipos de uso convencional, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril desechable o no para el equipo quirúrgico o de intervención, aporte extra del talento humano (excluye servicios profesionales médicos, sección cuarta), 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 el Anexo 3: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios*, y no operacionales tales como, mantenimiento, seguros y pago de servicios públicos.

Estas salas no incluyen los equipos para procedimientos de mediana complejidad que tienen código en el tarifario.

Cuando se utilice este código para salas de procedimientos de mediana complejidad **NO** se facturará sala de cirugía, tampoco lencería, equipo de monitoreo y desfibrilador.

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

Si se realizan procedimientos tales como fotocoagulación de retina, procedimientos endoscópicos, eco estrés medicado, entre otros procedimientos con la respectiva justificación técnica, no se considerará el tiempo de permanencia. No incluye en el valor: dispositivos médicos no fungibles identificados unitariamente al usuario/paciente, oxígeno, gases medicinales, medicamentos y sala de recuperación. Los establecimientos de salud que no cuenten con la sala de mediana

complejidad, y utilicen un quirófano, podrán aplicar los códigos de derecho de sala de cirugía de 30 minutos.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
SALAS PARA PROCEDIMIENTOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD				
395151	Derecho de sala para procedimientos de mediana complejidad. Instituciones primer nivel	5,00	-	-
395162	Derecho de sala para procedimientos de mediana complejidad. Instituciones segundo nivel	-	7,00	-
395173	Derecho de sala para procedimientos de mediana complejidad. Instituciones tercer nivel	-	-	10,00

1.5.2 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 diagnóstico y tratamiento de alta complejidad. Se reconocerá por el derecho a su uso, de acuerdo con el nivel de atención del establecimiento de salud.

Se consideran procedimientos de alta complejidad los procedimientos de: hemodinámica, angiografía, electrofisiología, embolización, entre otros, por tanto, estas salas incluyen los equipos necesarios para dichos procedimientos.

El derecho de esta sala incluye la dotación básica de equipos de uso convencional, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril no desechable para el equipo médico, aporte extra del talento humano (excluye servicios profesionales médicos, sección cuarta), 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 el Anexo 3: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios*, y no operacionales, tales como mantenimiento, seguros, pago de servicios públicos y no se considerará el tiempo de permanencia.

Cuando se utilice el código, **NO** se facturará uso de equipos por separado, sala de cirugía, sala de recuperación o relacionados, tampoco lencería no desechable, equipo de monitoreo, desfibrilador, etc. El código de sala para procedimientos de alta complejidad no incluye el valor de dispositivos médicos no fungibles identificados unitariamente al usuario/paciente, oxígeno, gases medicinales y medicamentos.

En el derecho de esta sala, se aplicará las unidades de valor relativo (UVR), según el nivel de atención de la institución. Cuando el tiempo del procedimiento sea mayor de 2 horas, se reconocerá el 20% adicional por derecho de sala de alta complejidad por cada hora o fracción.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
DERECHOS DE SALA PARA PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD				
395181	Derecho de sala para procedimientos de alta complejidad. Este valor incluye: uso de equipos propios de cada procedimiento, intensificador de imagen, lencería no descartable, equipo de monitoreo, desfibrilador, etc. No incluye el valor de: Dispositivos médicos fungibles, medicamentos, catéteres, guías, cuerdas, balones, stents, Rashkind, Inoue, aguja brockenbroght, catéter Brockenbroght, tips hepáticos, rotablator, Manifold, leads, canastillas, introductores.	-	-	82,00

1.5.3 Sala de recuperación

Se aplicará este código luego de que el usuario/paciente haya sido trasladado desde la sala de cirugía - uso de quirófano, cirugía o procedimientos invasivos del día (a excepción de los realizados en salas de alta complejidad), y sala para procedimientos de mediana complejidad.

El derecho de esta sala incluye la dotación básica de equipos de uso convencional (equipo de aspiración de secreciones, de administración de oxígeno, monitor de signos vitales), accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril desechable o no para el equipo médico, aporte del talento humano (excluye servicios profesionales médicos), 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, el Anexo 3: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios*, y no operacionales tales como, mantenimiento, seguros, pago de servicios públicos.

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

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
DERECHO DE SALA DE RECUPERACIÓN				
395261	Sala de recuperación. Instituciones de primer nivel	2,50	-	-
395272	Sala de recuperación. Instituciones de segundo nivel	-	4,00	-
395281	Sala de recuperación. Instituciones de tercer nivel	-	-	6,00

1.5.4 Sala de labor de parto y 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 atención del establecimiento de salud, el código de esta sala no es aplicable cuando se utiliza el paquete de prestación integral para la atención del parto.

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 cuarta), 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, el Anexo 3: *Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios* y no operacionales, tales como mantenimiento, seguros, pago de servicios públicos.

Debe registrarse en el partograma, el tiempo de uso de la sala, si la usuaria/paciente está en periodo de labor o de parto. En el derecho de esta sala, se aplicarán las unidades de valor relativo (UVR), según el nivel de atención de la institución y no se considerará el tiempo de permanencia.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
395301	Sala de labor de parto y parto. Instituciones de primer y segundo nivel	16,95	16,95	-
395312	Sala de labor de parto y parto. Instituciones de tercer nivel	-	-	20,00

1.5.5 Sala de recién nacido

Cubre la atención del recién nacido sano en cuidados mínimos. Para cuidados intensivos e intermedios, se utilizarán los códigos respectivos. Su valor incluye las salas de estancia del recién nacido sano. En el derecho de esta sala, se aplicarán las unidades de valor relativo (UVR), según nivel de atención del establecimiento de salud, y no se considerará el tiempo de permanencia.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
SALA RECIÉN NACIDO-				
383510	Sala de atención a recién nacido con o sin termocuna. Instituciones de primer nivel	4,27	-	-
383521	Sala de atención a recién nacido con o sin termocuna. Instituciones de segundo nivel	-	4,70	-
383532	Sala de atención a recién nacido con o sin termocuna. Instituciones de tercer nivel	-	-	5,17
Nota: Se utilizará el cobro de esta sala, cuando sea sala múltiple para varios recién 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 y observación de recién nacidos estables.				

1.5.5.1 Sala recién nacido - alojamiento conjunto

Bajo la modalidad de alojamiento conjunto, se aplicará el código correspondiente por la presencia del recién nacido en la habitación de la madre.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDO - ALOJAMIENTO CONJUNTO				
383550	Sala de alojamiento conjunto. Instituciones de primer y segundo nivel	1,84	1,84	-
383560	Sala de alojamiento conjunto. Instituciones de tercer nivel	-	-	1,84
Nota: Se utilizará el cobro de esta sala, cuando se mantenga al recién nacido sano en cuna simple y de forma permanente con la madre y requiere cuidados mínimos.				

1.5.6 Sala de yesos, suturas, curaciones y otros procedimientos

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

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
SALA DE YESOS, SUTURAS, CURACIONES Y OTROS PROCEDIMIENTOS				
395401	Sala para yesos. Establecimiento con espacio específico para el procedimiento	2,32	2,32	2,32
395452	Sala para suturas. Establecimiento con espacio específico para el procedimiento	1,64	1,64	1,64
395503	Sala para curaciones y otros procedimientos. Establecimiento con espacio específico para el procedimiento	1,00	1,00	1,00
Se facturarán estas salas, según la normativa vigente				

1.5.7 Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)

Es un establecimiento de salud que cuenta con las especialidades reconocidas de conformidad a la

Autoridad Sanitaria Nacional. Brinda atención de salud clínica, quirúrgica o clínico-quirúrgica ambulatoria y programada, de forma continua, con cuidados de enfermería y un lapso de internación menor a 24 horas. Para llevar a cabo el tratamiento o cuidados de usuarios/pacientes sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento clínico y/o quirúrgico, deberán contar obligatoriamente con la supervisión y/o indicación de especialistas tratantes. Estos centros pueden tener servicios de apoyo de nutrición, psicología, laboratorio de análisis clínico y radiología e imagen. Las camas de este centro no son censales. Se excluye la aplicación de códigos de salas de observación.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
383810	Permanencia diurna para tratamiento y/o cirugías ambulatorias del usuario/paciente, excepto pernoctada. Instituciones de II nivel	-	4,00	-
383821	Permanencia diurna para tratamiento ambulatorio y/o cirugías ambulatorias del usuario/paciente, excepto pernoctada. Instituciones de III nivel	-	-	6,00

1.5.8 Hemodiálisis o diálisis

Se refiere a la atención brindada solo en usuarios/pacientes con casos agudos, se facturará por sesión; cuando el usuario/paciente esté hospitalizado por una patología diferente a la nefrológica o nefrológica agudizada (y no pueda ser trasladado a su unidad de diálisis), y no corresponda el código a procedimientos relacionados a paquetes de prestaciones integrales de hemodiálisis. 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 reuso del filtro. El valor por sesión o atención diaria aplicable únicamente para usuarios/pacientes agudos, hospitalizados por una patología diferente a la nefrológica o nefrológica agudizada y que requieren este procedimiento.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
394654	Sala para hemodiálisis o diálisis sólo en casos de agudos. Instituciones de segundo nivel	0,00	4,24	0,00
394664	Sala para hemodiálisis o diálisis sólo en casos de agudos. Instituciones de tercer nivel	0,00	0,00	7,84

Nota: Incluye dispositivos médicos no individualizados, servicio de enfermería, utilización de los equipos para el procedimiento y elementos básicos de la unidad, servicios públicos y de aseo. Solo en caso de agudos hospitalizados por una patología diferentes a la nefrológica.

1.5.9 Diálisis peritoneal

El valor es por sesión, aplicable únicamente para casos agudos de usuarios/pacientes hospitalizados por una patología diferente a la nefrológica o nefrológica agudizada y que no corresponda a procedimientos por paquetes integrales de prestaciones de diálisis. Incluye: la dotación y servicio de enfermería, la utilización de los equipos y básicos de la unidad, servicios básicos, de aseo y material y dispositivos médicos fungibles no especializados.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
395655	Diálisis peritoneal, casos agudos. Instituciones de segundo nivel	-	3,15	-
395667	Diálisis peritoneal, casos agudos. Instituciones de tercer nivel	-	-	4,60

Nota: Incluye dotación de dispositivos médicos no individualizados, servicio de enfermería, utilización de los equipos para el procedimiento y elementos básicos de la unidad, servicios públicos y de aseo, en pacientes agudos

1.6 Procedimientos exclusivos de monitoreo a usuarios/pacientes, por parte de prestadores de la Red Pública Integral de Salud

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, retiro de yeso, administración de soluciones intravenosas, prueba de sensibilización rápida para penicilina, administración de insulina, aplicación de inyecciones subcutáneas. No incluye dispositivos médicos individualizables.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
PROCEDIMIENTOS EXCLUSIVOS DE MONITOREO PRESTADORES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD				
395551	Control de presión 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	Inyección intramuscular	0,11	0,11	0,11
395595	Inyección 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	Administración de soluciones intravenosas	0,12	0,12	0,12
395602	Prueba de sensibilización rápida para penicilina	0,11	0,11	0,11
395603	Administración de insulina	0,11	0,11	0,11
395604	Aplicación de inyecciones subcutáneas	0,11	0,11	0,11

1.7 Derecho de uso de equipos especiales en áreas de cuidados intensivos, sala de cirugía u otras salas

Se detalla la tecnología y los aparatos para uso específico destinados a la atención médica de usuarios/pacientes según lo requieran en las salas de cuidados intensivos, sala de cirugía u otras salas como balón de contra pulsación, equipo de laparoscopia, craneótomo, neuroendoscopio, aspirador ultrasónico, ultrainsición, 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 usuario/paciente, será durante el período del procedimiento quirúrgico o de un día censal (0 a 24 horas), según el caso. El reconocimiento económico de estos equipos no está determinado 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 usuario/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 sola 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.

tiempo de uso. En el caso de la utilización de varios equipos, únicamente podrá aplicarse hasta un máximo de seis equipos.

- **Equipos de mediana complejidad:** en caso de la utilización de varios equipos, únicamente podrá aplicarse un máximo de cuatro equipos.
- **Equipos de baja complejidad:** en caso de la utilización de varios equipos, únicamente podrá aplicarse un máximo de dos equipos.

El uso de equipos especiales será usado exclusivamente en segundo y tercer nivel de atención, para justificar su cobro, se deberán detallar en la planilla, así como en el protocolo o epicrisis.

Estos códigos no se cobrarán aislados del procedimiento clínico o quirúrgico realizado y deberán tener pertinencia con el mismo.

En caso de que se requieran equipos de muy alta complejidad y no se encuentren en esta sección o cuando el establecimiento de salud necesite no sólo el equipo sino también el servicio, se seguirán los procedimientos normados para la adquisición de procedimientos no incluidos. Para la inclusión de otros equipos realizar el trámite correspondiente según el anexo 4. Hoja de cuantificación de recursos utilizados en los procedimientos médicos, ambulatorios, hospitalarios, auxiliares diagnósticos, equipos y servicios institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
USO DE EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD (Uso por cada equipo)				
900001	Aspirador ultrasónico	0,00	0,00	20,00
900002	Navegador Orthopilot	0,00	0,00	20,00
900004	Laser urológico	0,00	0,00	20,00
900005	Bomba de corazón-circulación extracorpórea	0,00	0,00	20,00
900006	Equipo-cirugía estereotáxica	0,00	0,00	20,00
900007	Consola (bomba) de contra pulsación	0,00	0,00	20,00
900008	Excimer láser	0,00	0,00	20,00
900009	Litriptor Intracorpóreo	0,00	0,00	20,00
900010	Utilización Cool-Tip (Ablation System & Switching Controller)	0,00	0,00	20,00
900011	Estroboscopia laríngea y computadora de rehabilitación de voz	0,00	0,00	20,00
900012	Tomógrafo para otorrinolaringología en posición vertical o sentado	0,00	0,00	20,00
900013	Neuroendoscopia	0,00	0,00	20,00
900014	Ultrasound	0,00	0,00	20,00
900015	Rics y Pacs en imagen (Voz-Teletransportación de Imágenes)	0,00	0,00	20,00
900016	Sistema para cirugía robótica (por minuto). El uso de este equipo se deberá planillar en función del tiempo real utilizado, el cual deberá estar registrado en el protocolo operatorio.	0,00	0,00	0,89
900017	Cell Saber	0,00	50,75	50,75
USO DE EQUIPOS DE ALTA COMPLEJIDAD (Uso hasta seis equipos)				
800010	Uso bisturí armónico	0,00	15,00	15,00
800006	Mediastinoscopia	0,00	15,00	15,00
800007	Ultrasonido endoscopia	0,00	15,00	15,00
800001	Balón para acalasia	0,00	15,00	15,00
800012	Uso equipo Get probe más uso de sonda térmica	0,00	15,00	15,00
800014	Uso microscópico quirúrgico-microcirugía	0,00	15,00	15,00
800013	Uso laser piel	0,00	15,00	15,00
800005	Equipo láser (ejemplo: aplicación endovascular)	0,00	15,00	15,00
800004	Equipo Intacs (oftalmología)	0,00	15,00	15,00
800003	Equipo Cross Linking (oftalmología)	0,00	15,00	15,00
800016	Vitrector	0,00	15,00	15,00

800009	Ureteroscopio con Calculusplit	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 láser	0,00	15,00	15,00
800018	Intercambiador de calor (adicionar insumos)	0,00	32,37	32,37
800019	Intercambiador de calor neonatal (incluye insumos)	0,00	119	119
USO DE EQUIPOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD (Uso de hasta cuatro equipos)				
700033	Uso equipo Pillcam	0,00	10,00	10,00
700035	Uso monitor gasto cardíaco invasivo o mínimamente invasivo	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 micro endoscopio	0,00	10,00	10,00
700009	Equipo de crio aplicación	0,00	10,00	10,00
700003	Bomba irrigación / aspiración	0,00	10,00	10,00
700004	Coche de paro-reanimación cardiopulmonar solo si no es en UCI o emergencia	0,00	10,00	10,00
700006	Craneótomo	0,00	10,00	10,00
700031	Uso de equipo Arthro Care	0,00	10,00	10,00
700019	Micro fresador	0,00	10,00	10,00
700037	Video coledocoscopia	0,00	10,00	10,00
700008	Electrocauterio gas argón	0,00	10,00	10,00
700015	Fibrosocopia adulto	0,00	10,00	10,00
700013	Equipo morcelador	0,00	10,00	10,00
700025	Pantalla para cirugía urológica láser	0,00	10,00	10,00
700030	Uso endoláser	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	Equipo para Colangiografía + extracción de cálculo biliar	0,00	10,00	10,00
700029	Uso dilatador Savary	0,00	10,00	10,00
700012	Equipo ecoendoscopia	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	Liposccionador, excluye cirugía estética	0,00	10,00	10,00
700018	Luminoterapia (solo si está en termocuna)	0,00	10,00	10,00
700002	Bomba inyección aceite silicón (oftalmología)	0,00	10,00	10,00
700027	Sistema visualización (oftalmología)	0,00	10,00	10,00
700014	Equipo radiofrecuencia	0,00	10,00	10,00
700020	Motor eléctrico quirúrgico por especialidad	0,00	10,00	10,00
700023	Motor quirúrgico para sierra, perforador, guía.	0,00	10,00	10,00
700011	Equipo de Ph metría	0,00	10,00	10,00
700010	Equipo de manometría	0,00	10,00	10,00
700016	Intensificador de imágenes (Solo si no es en el bloque quirúrgico que por su actividad lo precise)	0,00	10,00	10,00
700039	Dispositivo de compresión neumática secuencial/intermitente	0,00	10,00	10,00
700040	Uso de Láser Holmio	0,00	0,00	6,77
USO DE EQUIPOS DE BAJA COMPLEJIDAD (uso de hasta dos equipos)				
600011	Torniquete neumático	0,00	5,00	5,00
600012	Video endoscopia digestivo alto	0,00	5,00	5,00
600002	Colonoscopia/sigmoideoscopia rígido o flexible/anoscopia	0,00	5,00	5,00
600003	Equipo de dilatación esofágica	0,00	5,00	5,00
600008	Pinza para la extracción cuerpo extraño-vía endoscópica	0,00	5,00	5,00
600010	Pinza para polipectomía gástrica	0,00	5,00	5,00
600009	Pinza para polipectomía colónica	0,00	5,00	5,00
600005	Broncoscopia	0,00	5,00	5,00
600001	Cistoscopia	0,00	5,00	5,00
600007	Histeroscopia	0,00	5,00	5,00
600015	Sierras reutilizables según procedimiento	0,00	5,00	5,00

600017	Fresas – guías reutilizables según procedimiento ortopédico/neuroquirúrgico	0,00	5,00	5,00
600018	Dermatoscopio digital.	0,00	0,00	0,16
600019	Maquina Actalite (hemoconcentrador)	0,00	29,76	29,76

1.8 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 colectivo 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 con el 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.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
MATERIALES DE PROCEDMIENTOS EN CIRUGÍA – MATERIALES DE USO MENOR (FUNGIBLES)				
396010	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) hasta 15 min. Instituciones primer y segundo nivel.	2,28	2,28	0,00
396021	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 16 min hasta 30 min. Instituciones primer y segundo nivel	3,42	3,42	0,00
396032	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 31 min hasta 45 min. Instituciones primer y segundo nivel	3,54	3,54	0,00
396043	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 46 min hasta 60 min. Instituciones primer y segundo nivel	3,65	3,65	0,00
396054	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 61 min hasta 90 min. Instituciones primer y segundo nivel	3,77	3,77	0,00
396065	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 91 min hasta 120 min. Instituciones primer y segundo nivel	4,04	4,04	0,00
396076	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 121 min hasta 150 min. Instituciones primer y segundo nivel	4,19	4,19	0,00
396087	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 151 min hasta 180 min. Instituciones primer y segundo nivel	4,51	4,51	0,00
396098	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 181 min hasta 210 min. Instituciones primer y segundo nivel	4,84	4,84	0,00
396109	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 211 min hasta 240 min. Instituciones primer y segundo nivel	5,21	5,21	0,00
396110	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 241 min hasta 270 min. Instituciones primer y segundo nivel	5,62	5,62	0,00
396121	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 271 min hasta 300 min. Instituciones primer y segundo nivel	6,07	6,07	0,00
396132	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 301 min hasta 330 min. Instituciones primer y segundo nivel	6,57	6,57	0,00

396143	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 331 min hasta 360 min. Instituciones primer y segundo nivel	7,11	7,11	0,00
396154	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 361 min hasta 390 min. Instituciones primer y segundo nivel	7,71	7,71	0,00
396165	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 391 min hasta 420 min. Instituciones primer y segundo nivel	8,36	8,36	0,00
396210	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) hasta 15 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	2,96
396221	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 16 min hasta 30 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	4,44
396232	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 31 min hasta 45 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	4,59
396243	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 46 min hasta 60 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	4,74
396254	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 61 min hasta 90 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	4,90
396265	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 91 min hasta 120 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	5,25
396276	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 121 min hasta 150 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	5,45
396287	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 151 min hasta 180 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	5,86
396298	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 181 min hasta 210 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	6,29
396309	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 211 min. Hasta 240 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	6,77
396310	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 241 min hasta 270 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	7,30
396321	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 271 min hasta 300 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	7,89
396332	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 301 min hasta 330 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	8,54
396343	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 331 min hasta 360 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	9,24
396354	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 361 min hasta 390 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	10,02
396365	Materiales de procedimientos en cirugía – Materiales de uso menor (fungibles) desde 391 min hasta 420 min. Instituciones tercer nivel	0,00	0,00	10,87
Nota 1: únicamente se facturará un solo código de material de cirugía, por evento quirúrgico hasta siete horas.				
Nota 2: A partir de la séptima hora de quirófano se facturará las fracciones de tiempo de manera adicional.				

2. Servicio de transporte y asistencia sanitaria

En este capítulo se detalla el reconocimiento económico por el uso de vehículos de transporte y asistencia sanitaria asistida, el que incluye la distancia recorrida por los vehículos de asistencia sanitaria, los servicios ofrecidos por el personal médico y/o paramédico, los dispositivos médicos; según el tipo de transporte sanitario, sea este de tipo de transporte primario o secundario.

Dentro de estos transportes de asistencia sanitaria se podrá facturar los medicamentos y dispositivos médicos identificados individualmente para el usuario/paciente, según lo establece la Sección Segunda-normas Generales, que serán los insumos o medicamentos diferentes a la dotación normada que debe tener una ambulancia y de acuerdo a la normativa vigente (Acuerdo Ministerial 5212) o la que lo sustituya, en relación a la tipología de los servicios de salud. En todo traslado o asistencia sanitaria se tomará en cuenta para su reconocimiento económico, los kilómetros recorridos durante la movilización del motorizado desde su origen (punto base), al sitio de la emergencia o transferencia, de este lugar al establecimiento de salud respectivo y hasta el retorno al punto de origen (punto base).

En caso de que una ambulancia de cualquier tipología haya llegado al sitio del siniestro, emergencia o transferencia con orden de despacho y no realice el servicio debido a falsas emergencias o por cualquier otra circunstancia detallada y justificada, se reconocerá el valor correspondiente al 50% de la prestación.

En el caso de que cualquiera de los motorizados que prestan el servicio de transporte sanitario secundario, sean utilizados para movilizar al usuario/paciente desde el establecimiento de salud a su domicilio, se reconocerá el 50% de las UVRS correspondientes.

Para identificar al responsable del pago de la atención del usuario/paciente, sea el 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, Servicio Público para el pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), se aplicará lo establecido en la “Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria y su reconocimiento económico” o la norma que la sustituya.

2.1 Transporte sanitario

Se hace referencia al transporte que se realiza para el desplazamiento de personas por condiciones de enfermedad, traumatismos por accidentes o desastres, de mayor o menor gravedad, mediante vehículos especialmente preparados, acondicionados y equipados para ello. El reconocimiento económico de este transporte de asistencia sanitaria se lo realizará tomando en cuenta el punto de arranque además del kilómetro recorrido.

2.1.1 Transporte sanitario primario o atención pre hospitalaria

Corresponde al conjunto de talento humano, vehículos sanitarios, equipos, sistemas de comunicación y transmisión biomédica e informática; el transporte sanitario es transversal a todos los niveles de atención; este transporte está destinado para acceder, liberar, calificar la gravedad, brindar atención crucial, estabiliza y traslada el usuario/paciente en condición de

emergencia/urgencia, desde el lugar de los acontecimientos hasta su recepción en un establecimiento de salud.

Se activa a partir de la alerta, notificación o solicitud de ayuda, que realiza la comunidad a la central de emergencia o centro regulador que corresponda, en la cual se evalúa la veracidad y complejidad del requerimiento y consecuentemente se despachará el vehículo de transporte sanitario correspondiente para la emergencia.

- ***Vehículo de asistencia y evaluación rápida (VAER)***

Son vehículos rápidos y pequeños de gran maniobrabilidad. Cuenta mínimo con un operador de vehículo sanitario y un profesional en atención prehospitalaria, quien es el encargado de iniciar la asistencia de salud y la evaluación de la escena de emergencia “in situ”. Brindan información al centro regulador sobre el tipo de evento, número de víctimas, riesgos específicos asociados a la escena y requerimientos especiales, según la complejidad de este.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR
USUARIO/PACIENTE, REPORTE DE EMERGENCIA – hasta el lugar de ocurrencia		
397050	Vehículo (moto o auto) recorrido ida y vuelta en área urbana, suburbana y/o rural. Tarifa plana: 0,14 por kilómetro (Km) recorrido	0,14

- ***Ambulancia de soporte vital básico (ASVB)***

Son vehículos de transporte sanitario con el equipamiento, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano necesarios para la atención a usuarios/pacientes, cuya condición clínica suponga un riesgo vital bajo, si se toman las medidas oportunas y no requiere cuidados especiales. Cuentan mínimo con un operador del vehículo sanitario y un profesional en atención prehospitalaria. Pueden realizar también el transporte secundario.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR
USUARIO/PACIENTE ESTABLE CON SOPORTE MÍNIMO		
397153	Ambulancia de soporte vital básico. Punto de arranque	3,07
397164	Ambulancia de soporte vital básico. Pago por kilómetro (Km) recorrido	0,20

- ***Ambulancia de soporte vital avanzado (ASVA)***

Son vehículos de transporte sanitario con el equipamiento, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano necesarios para la atención a usuarios/pacientes, cuya condición clínica suponga un riesgo potencial o inminente para la vida y requiere cuidados especiales. Cuentan mínimo con un operador del vehículo sanitario y un profesional en atención prehospitalaria. Pueden realizar también el transporte secundario.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR
USUARIO/PACIENTE ESTABLE CON SOPORTE AVANZADO		
397154	Ambulancia de soporte vital avanzado. Punto de arranque	3,07
397165	Ambulancia de soporte vital avanzado. Pago por kilómetro (Km) recorrido	0,20

2.1.2 Transporte sanitario secundario entre establecimientos de salud

Se define como el conjunto de talento humano, vehículos sanitarios, equipos, sistemas de comunicación y transmisión biomédica e informática; es un servicio transversal a todos los niveles de atención, cuya función es la del transporte de usuario/pacientes entre establecimientos de salud, cumpliendo con los criterios de referencia, derivación, contra referencia y transferencia.

- **Ambulancia de transporte simple (ATS)**

Son vehículos de transporte sanitario con el equipamiento, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano necesarios para la atención a usuarios/pacientes, cuya condición clínica no suponga un riesgo vital y no amerite cuidados especiales. Cuentan con un operador de vehículo sanitario y un paramédico/profesional de la salud. Su función es el transporte del usuario/paciente entre establecimientos de salud, cumpliendo con los criterios de referencia, derivación, contrareferencia y transferencia, incluido el transporte desde un establecimiento de salud al domicilio del usuario/paciente. En caso de que cualquiera de las ambulancias sea usada para transporte a domicilio desde los establecimientos de salud, se aplicará el 50% de las UVR correspondientes.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR
USUARIO/PACIENTE ESTABLE SIN SOPORTE – desde el lugar de ocurrencia		
397060	Ambulancia de transporte simple. Punto arranque	2,61
397061	Ambulancia de transporte simple. recorrido en área urbana, suburbana y/o rural, Tarifa por kilómetro (Km) recorrido	0,17

- **Ambulancia de especialidad: cuidados intensivos (AE-CI)**

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 especialidad: neonatología (AE-N)**

Brinda soporte vital avanzado de especialidad en cuidados intensivos para neonatos. Cuenta como mínimo con un operador de vehículo sanitario, un médico especialista y un paramédico/profesional de la salud.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR
USUARIO/PACIENTE CUIDADOS INTENSIVOS O NEONATOLOGÍA		
397256	Ambulancia de especialidad: cuidados intensivos y neonatología. Punto de arranque	3,24
397267	Ambulancia de especialidad: cuidados intensivos y neonatología. Pago por kilómetro (Km) recorrido	0,22

NOTA 1: Transporte neonatal los UVR por kilómetro (Km), se incrementarán en 5 %
NOTA 2: En este tipo transporte, se facturarán dispositivos médicos identificables individualmente y honorarios médicos de especialista.

2.1.3 Transporte primario y secundario aéreo/ambulancia aérea (AaA) y acuático/ambulancia acuática (AcA)

Los medios para realizar el transporte sanitario no se limitan al transporte terrestre por lo que deben contemplarse también medios aéreos y acuáticos.

2.1.3.1. Transporte Sanitario Aéreo/Ambulancia Aérea (AaA)

Es el el transporte para el traslado urgente por via aérea de un usuario/paciente en condición de alta dificultad en la movilidad, condición crítica y en exigencia de accesibilidad y/u oportunidad de la atención, cuando no exista transporte alternativo para transportar al usuario/paciente a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y más accesible.

Se considera el equipamiento y talento humano, según el caso requerido, con el fin de preservar la vida del usuario/paciente. Este transporte deberá cumplir la normativa respectiva en cuanto a equipamiento, talento humano, soporte técnico aéreo y validación de la institución reguladora de aviación civil.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
397270	Transporte Aérea : transporte o ambulancia- por hora de vuelo realizada	30% del valor del mercado		

Nota: En caso, de que cualquiera de las ambulancias sea usada para transporte a domicilio desde los establecimientos de salud, se aplicará el 50% de las UVRs correspondientes.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TARIFA
397272	Código asistencia sanitaria en transporte aéreo* (exclusivamente cuando la aeronave corresponda a las instituciones del Comando Conjunto de Fuerzas Armadas o Comandancia de la Policía Nacional)	\$ 276,20
*A este código añadir valor de medicamentos y dispositivos médicos utilizados en el traslado aéreo.		
Nota: En caso de que el traslado se realice a través de las ambulancias aéreas sin costo, se aplicará el código 397272 con tarifa integral		

2.1.3.2 Transporte sanitario acuático/ambulancia acuática (AcA)

Es el el transporte para el traslado urgente por vía acuática de un usuario/paciente en condición de alta dificultad en la movilidad, condición crítica y en exigencia de accesibilidad y/u oportunidad de la atención. Se utiliza siempre y cuando no exista un medio de transporte alternativo y su empleo se debidamente justificado por la condición clínica del usuario/paciente para que sea transportado a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y más accesible.

Deberá cumplir la normativa respectiva en cuanto a equipamiento, talento humano, soporte técnico acuático.

Independientemente del tipo de transporte a ser utilizado, el objetivo fundamental del servicio de ambulancia es la preservación de la vida humana; por lo cual, en los casos de transporte de usuarios/pacientes en los que corre riesgo su vida, se emplearán los recursos necesarios, sin tomar en cuenta si por definición corresponde a transporte primario o secundario.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL ATENCIÓN		
		UVR I	UVR II	UVR III
397271	Transporte Acuático: transporte o ambulancia- por kilometraje recorrido	30% del valor del mercado		

Nota: En caso, de que cualquiera de las ambulancias sea usada para transporte a domicilio desde los establecimientos de salud, se aplicará el 50% de las UVRs correspondientes.

Utilización del Tipo de Ambulancias

Para identificar al responsable del pago de la atención del usuario/paciente, sea el 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 la Policía Nacional (ISSPOL) y, Servicio Público para el Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), se aplicará lo establecido en la “Norma Técnica Sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su reconocimiento económico”, o la norma que la sustituya.

3. Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

En esta sección se detallan de los exámenes y procedimientos de ayuda diagnóstica y terapéutica.

El establecimiento de las unidades de valor relativo (UVR) para cada servicio, está determinado por la valoración de la ponderación de criterios de complejidad, análisis cualitativo y cuantitativo de muestras humanas, con capacidad laboral, técnica, científica y tecnológica, que permiten ser apoyo a las actividades de diagnóstico, tratamiento, seguimiento, control, vigilancia de los riesgos y enfermedades, de acuerdo con principios de calidad, oportunidad y racionalidad. Se establecen por nivel de atención.

El nivel de atención se regirá por la Normativa Nacional vigente, relacionada a la tipología de establecimientos de salud emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

El valor de reconocimiento económico incluye, el empleo de material directo fungible y no individualizable al procedimiento (ejemplo: recipientes, recolectores, placas, material de fijación,

hisopos) aporte del talento humano (excluye servicios profesionales médicos), 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 de servicios públicos y otros. Para el caso de establecimientos de salud que brinden servicios de apoyo diagnóstico que se encuentren o no anclados a un establecimiento de salud asistencial, los niveles de complejidad asignados a estos establecimientos en el permiso de funcionamiento serán correspondientes y homologables a cada nivel de atención de esta sección. De la siguiente manera: Alta complejidad = III nivel de atención / Mediana Complejidad = II nivel de atención / Baja Complejidad = I nivel de atención.

3.1 Componentes de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico - Laboratorio

Cada uno de los exámenes y procedimientos de diagnóstico en la sección laboratorio cuentan con un código, área de análisis, descripciones contenidas en el CPT vigente, unidades de valor relativo (UVRs) por nivel de atención de acuerdo con el área de análisis se conformaron las siguientes subsecciones: análisis de orina, bioquímica, citopatología, ensayos para fármacos terapéuticos, estudios citogenéticos, hematología y coagulación, inmunología, microbiología, paneles orientados a enfermedades u órganos, patología, estudios genéticos y moleculares, pruebas de estimulación – secreción, *screening* presuntivo de abuso de drogas, transfusiones (Banco de sangre) y otros procedimientos.

En caso de existir exámenes o procedimientos realizados en establecimientos de salud para los que este Tarifario no registre Unidades de Valor Relativo (UVRs) en la columna pertinente según su nivel de atención, se utilizará para el reconocimiento económico la disminución del 10% de un nivel de atención superior y del 20% si es en dos niveles de atención superiores.

Las tarifas en los componentes sanguíneos que se realizarán en los Servicios de Banco de sangre de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria del Sistema Nacional de Salud, se regirán por las disposiciones, que emita 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 el valor de esta prueba que establezca la Autoridad Sanitaria Nacional en el Acuerdo Ministerial de valores monetarios de los componentes sanguíneos.

Las pruebas relacionadas con medicina transfusional seguirán las normas establecidas para el resto de los procedimientos de laboratorio y se ubican en la sección de Hematología.

CONTENIDO DE SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

1.- SUBSECCIÓN: ANÁLISIS DE ORINA						
N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
1	81003000	Análisis de Orina	Análisis de orina con tirilla reactiva, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitritos, pH,	-	-	1.04

			proteínas, gravedad específica, urobilinógeno; automatizado, con citometría para cuantificación de leucocitos, hematíes, bacterias y cilindros. En laboratorio			
2	81000000	Análisis de Orina	Análisis de orina con tirilla reactiva, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitritos, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno; con microscopia del sedimento	0,47	0,49	0,52

2.- SUBSECCIÓN: BIOQUÍMICA						
N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
3	80329000	Bioquímica	Acetaminofén, niveles séricos	-	-	18,07
4	82482000	Bioquímica	Acetilcolinesterasa; eritrocitaria	0,73	0,81	0,89
5	82480000	Bioquímica	Acetilcolinesterasa; sérica	1,86	1,94	2,04
6	80320007	Bioquímica	Acetona en suero	-	-	5,14
7	82135000	Bioquímica	Ácido Delta Aminolevulínico (ALA)	-	-	6,12
8	82747000	Bioquímica	Ácido Fólico; en eritrocitos	4,73	4,92	5,18
9	82746000	Bioquímica	Ácido Fólico; sérico	-	-	2,09
10	83919000	Bioquímica	Ácido Homogentísico (ácido 2,5-dihidroxifenilacético)	-	-	0,65
11	83921003	Bioquímica	Ácido Metilmalónico, en orina	-	-	0,80
12	84560000	Bioquímica	Ácido Úrico; cualquier otro origen, no sangre	0,44	0,46	0,48
13	84550000	Bioquímica	Ácido Úrico; en sangre	0,44	0,46	0,48
14	82542000	Bioquímica	Ácidos Biliares, fraccionados y totales	-	-	67,72
15	82726000	Bioquímica	Ácidos grasos de cadena muy larga	-	-	29,05
16	82725000	Bioquímica	Ácidos grasos no esterificados	-	-	8,18
17	83918001	Bioquímica	Ácidos orgánicos en orina	-	-	15,04
18	83918000	Bioquímica	Ácidos orgánicos en plasma	-	-	15,04
19	83921001	Bioquímica	Ácidos orgánicos tamizaje en orina	-	-	12,12
20	82016000	Bioquímica	Acilcarnitinas; en plasma	-	-	20,49
21	84311001	Bioquímica	Adenosín Deaminasa (A.D.A), en líquidos corporales	-	-	4,11
22	84311000	Bioquímica	Adenosín Deaminasa (A.D.A), sérico	-	-	4,11
23	84460000	Bioquímica	Alanina Aminotransferasa; (ALT) (SGPT)	0,67	0,69	0,73
24	82040000	Bioquímica	Albúmina; sérica	0,51	0,53	0,56
25	82042000	Bioquímica	Albúmina; urinaria, cuantitativa 24 h	0,47	0,49	0,52
26	82085000	Bioquímica	Aldolasa	-	2,50	2,77
27	82088000	Bioquímica	Aldosterona	-	5,56	6,17
28	82103000	Bioquímica	Alfa 1-Antitripsina (A1AT); total	-	-	3,11
29	83883004	Bioquímica	Alfa 2-Macroglobulina (α 2M)	-	-	7,10
30	82105000	Bioquímica	Alfa Fetoproteína; sérica; (AFP)	-	-	2,87
31	82108001	Bioquímica	Aluminio en orina de 24 Horas	-	-	12,45
32	82108002	Bioquímica	Aluminio en orina parcial	-	-	5,14
33	82108000	Bioquímica	Aluminio en Sangre total	-	-	5,91
34	82150000	Bioquímica	Amilasa, en orina u otros líquidos	0,81	0,84	0,88
35	82150001	Bioquímica	Amilasa, en suero	0,81	0,84	0,88
36	82139001	Bioquímica	Aminoácidos en orina	-	-	9,91
37	82139000	Bioquímica	Aminoácidos en plasma cuantitativo	-	-	9,91
38	82140000	Bioquímica	Amoníaco	4,09	4,26	4,48
39	82172001	Bioquímica	Apolipoproteína A (Apo A)	-	-	1,25
40	82172000	Bioquímica	Apolipoproteína B (Apo B)	-	-	1,25
41	82175000	Bioquímica	Arsénico en sangre total	-	-	5,37
42	84450000	Bioquímica	Aspartato Aminotransferasa; (AST) (SGOT).	0,32	0,33	0,35
43	84376000	Bioquímica	Azúcares reductores en heces	0,36	0,37	0,39
44	84376001	Bioquímica	Azúcares reductores en orina	0,36	0,37	0,39
45	83018001	Bioquímica	Bario suero / plasma	-	-	35,76
46	82232000	Bioquímica	Beta 2 microglobulina	-	-	4,24
47	82347000	Bioquímica	Bicarbonato en suero	-	-	4,84
48	82248000	Bioquímica	Bilirrubinas; total, directa e indirecta	0,47	0,49	0,52

49	83883001	Bioquímica	Cadenas libres Kappa; suero u orina	-	5,90	6,21
50	83883002	Bioquímica	Cadenas libres Lambda; suero u orina	-	5,90	6,21
51	82300000	Bioquímica	Cadmio en orina de 24 horas	-	-	7,71
52	82300001	Bioquímica	Cadmio en orina parcial	-	-	6,26
53	82300002	Bioquímica	Cadmio en sangre total	-	-	5,14
54	82330000	Bioquímica	Calcio; ionizado	1,62	1,69	1,78
55	82340000	Bioquímica	Calcio; orina cuantitativa	0,47	0,49	0,52
56	82340001	Bioquímica	Calcio; orina cuantitativa; 24 horas	0,47	0,49	0,52
57	82310000	Bioquímica	Calcio; total	0,47	0,49	0,52
58	82360000	Bioquímica	Cálculo; análisis químico, cristalografía por microscopía de polarización	3,21	3,61	4,01
59	83993000	Bioquímica	Calprotectina	-	-	8,94
60	83550000	Bioquímica	Capacidad de fijación de hierro	2,36	2,46	2,59
61	82380000	Bioquímica	Carotenos	1,40	1,45	1,53
62	82384000	Bioquímica	Catecolaminas; fraccionadas en orina	7,67	8,62	9,57
63	82383000	Bioquímica	Catecolaminas; sangre	-	-	6,95
64	82382000	Bioquímica	Catecolaminas; totales, orina	-	-	16,22
65	82390000	Bioquímica	Ceruloplasmina	-	2,83	2,98
66	82610000	Bioquímica	Cistatina C	-	-	11,64
67	82507000	Bioquímica	Citrato en orina	-	-	6,04
68	82436000	Bioquímica	Cloruro; en orina	0,36	0,38	0,40
69	82435000	Bioquímica	Cloruro; en sangre	0,36	0,38	0,40
70	83018002	Bioquímica	Cobalto en orina	-	-	5,73
71	83018003	Bioquímica	Cobalto suero / plasma	-	-	7,11
72	82525002	Bioquímica	Cobre en orina 24 horas	-	-	5,49
73	82525001	Bioquímica	Cobre en orina parcial	-	-	6,21
74	82525000	Bioquímica	Cobre suero	-	-	5,46
75	82542001	Bioquímica	Coenzima Q10	-	-	16,01
76	82465001	Bioquímica	Colesterol en líquidos	0,57	0,60	0,63
77	82465000	Bioquímica	Colesterol sérico total	0,48	0,50	0,53
78	86658000	Bioquímica	Coxsackievirus A, anticuerpos anti antígeno	-	-	28,85
79	86658001	Bioquímica	Coxsackievirus B, anticuerpos anti antígeno	-	-	18,38
80	82553000	Bioquímica	Creatina quinasa (CK) o (CPK); fracción MB	2,11	2,20	2,31
81	82550000	Bioquímica	Creatina quinasa (CK) o (CPK); total	1,18	1,23	1,30
82	82575000	Bioquímica	Creatinina; aclaramiento	0,79	0,82	0,86
83	82570000	Bioquímica	Creatinina; en otros fluidos excepto sangre.	0,51	0,53	0,56
84	82565000	Bioquímica	Creatinina; en sangre	0,51	0,53	0,56
85	82595000	Bioquímica	Crioglobulina	-	-	2,18
86	88342039	Bioquímica	Cromogranina A (CgA)	-	5,90	6,21
87	82950000	Bioquímica	Curva de glucosa, post administración de glucosa, (incluye carga de glucosa)	1,79	1,86	1,96
88	89051001	Bioquímica	Densidad en líquidos biológicos	0,14	0,14	0,15
89	82715000	Bioquímica	Diferencial de grasa fecal, cuantitativo	0,59	0,62	0,65
90	82656001	Bioquímica	Elastasa, pancreática (EL-1), fecal, cualitativa o semicuantitativa	-	-	17,43
91	82164001	Bioquímica	Enzima convertidora de angiotensina I (ECA) en líquido cefalorraquídeo (LCR)	-	-	4,85
92	82164000	Bioquímica	Enzima convertidora de angiotensina I (ECA)	-	-	4,85
93	83018004	Bioquímica	Estaño suero / plasma	-	-	6,32
94	81005001	Bioquímica	Estudio microscópico de sedimentos urinarios, recuento de Addis	0,14	0,14	0,15
95	84030000	Bioquímica	Fenilalanina en sangre	0,98	1,02	1,07
96	82728000	Bioquímica	Ferritina	1,34	1,40	1,47
97	84060000	Bioquímica	Fosfatasa ácida; total	0,78	0,81	0,85
98	84075000	Bioquímica	Fosfatasa, alcalina; suero, líquidos	0,47	0,49	0,52
99	84105000	Bioquímica	Fósforo inorgánico (fosfato); en orina	0,57	0,60	0,63
100	84105001	Bioquímica	Fósforo inorgánico (fosfato); en orina; 24 horas	0,57	0,60	0,63
101	84100000	Bioquímica	Fósforo inorgánico (fosfato); en suero	0,48	0,50	0,53

102	82985000	Bioquímica	Fructosamina	0,74	0,77	0,81
103	82977000	Bioquímica	Gamma glutamil transferasa, (GGT)	0,60	0,62	0,65
104	82803003	Bioquímica	Gases en sangre, pH, pCO ₂ , PO ₂ , CO ₂ , HCO ₃ (incluye saturación de O ₂ calculada), (incluye electrolitos y ácido láctico), (gasometría)	-	-	3,39
105	82803002	Bioquímica	Gases en sangre, pH, pCO ₂ , PO ₂ , CO ₂ , HCO ₃ (incluye saturación de O ₂ calculada), (incluye electrolitos), (gasometría)	-	-	2,95
106	82803001	Bioquímica	Gases en sangre, pH, pCO ₂ , PO ₂ , CO ₂ , HCO ₃ (incluye saturación de O ₂ calculada), (gasometría)	1,54	1,61	1,69
107	82943000	Bioquímica	Glucagón	-	-	6,52
108	82955000	Bioquímica	Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (G6PD); cuantitativa	3,92	4,09	4,30
109	82945000	Bioquímica	Glucosa en líquidos	0,38	0,39	0,41
110	82945001	Bioquímica	Glucosa en orina	0,23	0,24	0,25
111	82945002	Bioquímica	Glucosa en orina de 24 horas	0,23	0,39	0,41
112	82951000	Bioquímica	Glucosa; ayunas y postprandial (dos muestras)	0,66	0,68	0,72
113	82951001	Bioquímica	Glucosa; curva de tolerancia 5 horas (ocho muestras, incluye carga de glucosa)	1,25	1,30	1,37
114	82947000	Bioquímica	Glucosa; cuantitativa; en sangre (excepto tirilla reactiva)	0,29	0,30	0,31
115	82952002	Bioquímica	Glucosa; curva de tolerancia 2 horas (cuatro muestras, incluye sobrecarga de glucosa)	0,72	0,75	0,79
116	83010000	Bioquímica	Haptoglobina; cuantitativa	-	-	4,05
117	83030000	Bioquímica	Hemoglobina fetal en sangre	1,46	1,52	1,60
118	83036000	Bioquímica	Hemoglobina glucosilada, (HbA1c)	1,16	1,20	1,27
119	83020000	Bioquímica	Hemoglobina, fraccionamiento y análisis cuantitativo por electroforesis	5,12	5,75	6,38
120	83540000	Bioquímica	Hierro sérico	0,80	0,89	0,98
121	83090000	Bioquímica	Homocisteína	-	-	5,70
122	86335002	Bioquímica	Inmunofijación de proteínas, Bence-Jones (EIF BJ)	0,36	0,37	0,39
123	82656000	Bioquímica	Islote pancreático, anticuerpos (anti ICA)	-	-	3,86
124	83605000	Bioquímica	Lactato (ácido láctico)	1,41	1,47	1,55
125	83615001	Bioquímica	Lactato deshidrogenasa LDH ; líquido	0,50	0,52	0,55
126	83615002	Bioquímica	Lactato deshidrogenasa LDH ; orina	0,50	0,52	0,55
127	83615000	Bioquímica	Lactato deshidrogenasa LDH; sangre	0,50	0,52	0,55
128	83520008	Bioquímica	Leptina	-	-	6,54
129	83690000	Bioquímica	Lipasa	0,62	0,65	0,68
130	83695000	Bioquímica	Lipoproteína (a)	-	-	2,13
131	83735000	Bioquímica	Magnesio	0,38	0,40	0,42
132	83735001	Bioquímica	Magnesio en orina	0,38	0,40	0,42
133	83825000	Bioquímica	Mercurio en orina de 24 horas	-	-	4,49
134	83825001	Bioquímica	Mercurio en orina parcial	-	-	3,50
135	83825003	Bioquímica	Mercurio en sangre total	-	-	4,25
136	83050000	Bioquímica	Metahemoglobina	1,46	1,52	1,60
137	83835000	Bioquímica	Metanefrinas fraccionadas en orina de 24 horas.	-	10,36	10,91
138	82043000	Bioquímica	Microalbúmina; urinaria, cuantitativa	1,43	1,49	1,56
139	83874001	Bioquímica	Mioglobina en orina	0,36	0,37	0,39
140	83874000	Bioquímica	Mioglobina suero	4,62	5,19	5,76
141	82375000	Bioquímica	Monóxido de carbono (carboxihemoglobina); cuantitativo	2,11	2,37	2,63
142	83864000	Bioquímica	Mucopolisacáridos, perfil completo	-	-	27,83
143	83885000	Bioquímica	Níquel en orina de 24 horas	-	-	3,95
144	83885001	Bioquímica	Níquel en orina parcial	-	-	3,95
145	83885002	Bioquímica	Níquel en sangre total	-	-	3,95
146	84540000	Bioquímica	Nitrógeno ureico (UREA), en orina	0,35	0,37	0,39
147	84520000	Bioquímica	Nitrógeno ureico; cuantitativo (UREA)	0,35	0,37	0,39
148	83915000	Bioquímica	Nucleotidasa 5'	-	-	9,63
149	83935000	Bioquímica	Osmolalidad; orina	2,85	2,96	3,12

150	83930000	Bioquímica	Osmolaridad; sangre	2,85	2,96	3,12
151	83937000	Bioquímica	Osteocalcina, (proteína G 1a del hueso)	4,85	5,05	5,32
152	83945000	Bioquímica	Oxalatos, en orina	-	-	7,69
153	83945001	Bioquímica	Oxalatos, en suero	-	-	4,84
154	82820001	Bioquímica	Oxihemoglobina	1,46	1,52	1,60
155	82820000	Bioquímica	P50; Afinidad hemoglobina oxígeno (pO2 para una saturación del 50% de hemoglobina con oxígeno)	1,54	1,61	1,69
156	80051001	Bioquímica	Panel de electrolitos cloro, potasio, sodio	0,35	0,36	0,98
157	80051002	Bioquímica	Panel de electrolitos cloro, potasio, sodio en orina	1,12	1,17	1,23
158	80051003	Bioquímica	Panel de electrolitos cloro, potasio, sodio en sudor	8,02	8,35	8,79
159	80061000	Bioquímica	Perfil Lipídico (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, VLDL)	1,22	1,27	1,33
160	83986000	Bioquímica	pH en heces	0,21	0,22	0,23
161	83986001	Bioquímica	pH en líquido corporal, excepto sangre	0,21	0,22	0,23
162	84220000	Bioquímica	Piruvato quinasa (PK)	21,69	22,59	23,78
163	83655000	Bioquímica	Plomo	-	-	4,82
164	84120001	Bioquímica	Porfirinas en orina; determinación cuantitativa y fraccionamiento	-	-	8,98
165	84120002	Bioquímica	Porfirinas en plasma	-	-	17,97
166	84106000	Bioquímica	Porfobilinógeno en orina; cualitativo	-	-	7,16
167	84134000	Bioquímica	Pre albúmina	1,95	2,03	2,14
168	83883003	Bioquímica	Proteína fijadora de retinol	-	-	12,45
169	82595001	Bioquímica	Proteína gliofibrilar ácida	-	5,90	6,21
170	84156000	Bioquímica	Proteínas en orina	1,44	1,50	1,58
171	84156001	Bioquímica	Proteínas en orina; 24 horas	1,44	1,50	1,58
172	84157000	Bioquímica	Proteínas Totales en líquidos, excepto derivados sanguíneos	0,48	0,50	0,53
173	84155000	Bioquímica	Proteínas totales; suero, plasma o sangre total	0,53	0,55	0,58
174	84165000	Bioquímica	Proteínas; fraccionamiento y determinación cuantitativa por electroforesis, suero	3,50	3,65	3,84
175	82620001	Bioquímica	Prueba de absorción de d-xilosa	2,31	2,40	2,53
176	84228000	Bioquímica	Quinina, niveles sanguíneos			26,28
177	82270000	Bioquímica	Sangre oculta en heces; determinación por actividad de peroxidasa (método guayacol)	0,26	0,27	0,28
178	84255000	Bioquímica	Selenio Suero / Plasma			4,94
179	82952000	Bioquímica	Test tolerancia a la glucosa con sobrecarga (0 y 60 min), (método de 1 paso); incluye carga de glucosa. (también se puede utilizar en embarazo)	0,81	0,84	0,88
180	82952001	Bioquímica	Test tolerancia a la glucosa con sobrecarga (0, 60, 120,180 min), (método de 2 pasos); incluye carga de glucosa. (también se puede utilizar en embarazo)	1,79	1,86	1,96
181	84466000	Bioquímica	Transferrina	2,80	2,92	3,07
182	84478000	Bioquímica	Triglicéridos	0,37	0,39	0,41
183	84120003	Bioquímica	Uroporfirinas	-	-	3,36
184	84590000	Bioquímica	Vitamina A; (retinol)	-	-	5,80
185	82607000	Bioquímica	Vitamina B 12; (cianocobalamina)	2,78	2,89	3,04
186	84425000	Bioquímica	Vitamina B1; (tiamina)	-	-	6,92
187	84252000	Bioquímica	Vitamina B2; (riboflavina)	-	-	12,85
188	84491000	Bioquímica	Vitamina B3; (niacina)	-	-	21,90
189	84207000	Bioquímica	Vitamina B6; (piridoxal fosfato) en sangre	2,60	2,71	2,85
190	84591000	Bioquímica	Vitamina B7; (biotina)	-	-	10,28
191	82180000	Bioquímica	Vitamina C; (ácido ascórbico)	-	-	5,53
192	82306001	Bioquímica	Vitamina D; 1,25 dihidroxy	-	-	10,31
193	82306000	Bioquímica	Vitamina D; 25 hidroxy	-	-	10,31
194	84446000	Bioquímica	Vitamina E; (tocoferol alfa)	-	-	6,29
195	84597000	Bioquímica	Vitamina K1; (fitomenadiona)	-	-	14,43
196	84620000	Bioquímica	Xilosa, prueba de absorción, en orina	-	-	3,23
197	84620001	Bioquímica	Xilosa, prueba de absorción, en sangre	-	-	3,23
198	83789001	Bioquímica	Yodo en orina	-	-	8,70

199	83789000	Bioquímica	Yodo en suero	-	-	8,70
200	84630000	Bioquímica	Zinc en plasma	-	-	4,94

Inmunoquímica						
201	83593000	Inmunoquímica	17-Cetosteroides	-	-	3,45
202	83491000	Inmunoquímica	17-Hidroxicorticosteroides (17-OHCS)	-	5,36	5,64
203	83498000	Inmunoquímica	17-Hidroxiprogesterona (17OHP)	-	2,47	2,60
204	83519000	Inmunoquímica	21-Hidroxilasa, anticuerpos	-	-	16,17
205	84238000	Inmunoquímica	Acetilcolina Receptores, anticuerpos bloqueadores	-	-	20,54
206	84238001	Inmunoquímica	Acetilcolina Receptores, anticuerpos moduladores	-	-	35,48
207	83497000	Inmunoquímica	Ácido 5-Hidroxindolacético, 5 (HIAA)	-	2,57	2,85
208	84585000	Inmunoquímica	Ácido vanililmandélico, (VMA), en orina	-	2,50	2,77
209	82157000	Inmunoquímica	Androstenediona	-	3,28	3,45
210	82163000	Inmunoquímica	Angiotensina II	-	-	9,39
211	83516030	Inmunoquímica	Anticuerpos anti PM/SCL-100; (síndrome de superposición polimiositis/esclerodermia)	-	-	13,34
212	83516031	Inmunoquímica	Anticuerpos anti JO-1	-	-	13,34
213	83516005	Inmunoquímica	Anticuerpos anti Adrenal Total	-	-	5,23
214	83516024	Inmunoquímica	Anticuerpos anti Células Parietales	-	-	5,83
215	83516027	Inmunoquímica	Anticuerpos anti Ku (p 70/80)	-	-	13,34
216	83516028	Inmunoquímica	Anticuerpos anti MI-2	-	-	13,34
217	83516011	Inmunoquímica	Anticuerpos anti Mitocondriales (AMA)	-	-	5,59
218	83516013	Inmunoquímica	Anticuerpos anti músculo estriado	-	-	15,80
219	83516019	Inmunoquímica	Anticuerpos anti P Ribosomal	-	-	6,52
220	83516029	Inmunoquímica	Anticuerpos anti PL-7	-	-	13,34
221	83516026	Inmunoquímica	Anticuerpos anti SRP	-	-	13,34
222	83516022	Inmunoquímica	Anticuerpos anti transglutaminasa, IgA	-	-	2,98
223	83516023	Inmunoquímica	Anticuerpos anti transglutaminasa, IgG	-	-	2,98
224	83516000	Inmunoquímica	Anticuerpos antigliadina (IgA)	-	-	3,78
225	83516003	Inmunoquímica	Anticuerpos antigliadina (IgG)	-	-	3,78
226	83516035	Inmunoquímica	Anticuerpos antigliadina (IgM)	-	-	2,84
227	83516017	Inmunoquímica	Anticuerpos IgG anti-acuaporina 4, (Neuromielitis óptica)	-	-	42,49
228	83516021	Inmunoquímica	Anticuerpos neuronal nuclear (Hu)	-	-	21,94
229	83519001	Inmunoquímica	Anticuerpos Tirosin quinasa musculo específico (MuSK) , suero	-	-	64,47
230	86255007	Inmunoquímica	Antifosfolipasa A2 suero	-	-	74,35
231	82378000	Inmunoquímica	Antígeno carcinoembrionario (CEA)	-	-	1,52
232	87340000	Inmunoquímica	Antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg); cualitativo o semicuantitativo	-	-	1,39
233	83516015	Inmunoquímica	Antígeno soluble de hígado (SLA), autoanticuerpos	-	-	23,35
234	82308000	Inmunoquímica	Calcitonina	-	-	4,19
235	86790005	Inmunoquímica	Chikungunya, identificación de anticuerpos IgG	-	-	6,93
236	86790006	Inmunoquímica	Chikungunya, identificación de anticuerpos IgM	-	-	6,86
237	82530003	Inmunoquímica	Cortisol AM	-	2,16	2,27
238	82530001	Inmunoquímica	Cortisol en orina	-	2,89	3,05
239	82530002	Inmunoquímica	Cortisol PM	-	2,16	2,27
240	82626000	Inmunoquímica	Dehidroepiandrosterona (DHEA)	-	2,78	2,93
241	87329000	Inmunoquímica	Detección cualitativa o semicuantitativa de giardia, método de múltiples pasos	-	-	3,47
242	87324000	Inmunoquímica	Detección cualitativa o semicuantitativa de la toxina de Clostridium difficile, método de múltiples pasos	-	7,00	7,36
243	87425000	Inmunoquímica	Detección cualitativa o semicuantitativa de Rotavirus; método de múltiples pasos	-	1,80	1,89

244	87281000	Inmunoquímica	Detección de Pneumocystis jirovecii; antígenos	-	9,90	10,42
245	87880000	Inmunoquímica	Detección de Streptococcus, Grupo A por cromatografía	-	0,83	0,87
246	87450004	Inmunoquímica	Detección Dengue: IgG; por inmunoensayo, cualitativo o semicuantitativo. (4 Genotipos)	-	-	22,48
247	87450001	Inmunoquímica	Detección Dengue: IgM; por inmunoensayo, cualitativo o semicuantitativo. (4 Genotipos)	-	-	22,48
248	82668000	Inmunoquímica	Eritropoyetina (EPO) en suero	5,76	6,00	6,32
249	82670000	Inmunoquímica	Estradiol	-	1,11	1,17
250	82677000	Inmunoquímica	Estriol	-	2,60	2,95
251	83520001	Inmunoquímica	Factor de Necrosis Tumoral (TNF)	-	-	6,39
252	83528000	Inmunoquímica	Factor Intrínseco	-	-	10,47
253	86255008	Inmunoquímica	Fosfolipasa A2, Anticuerpo (PLA2R) coloración inmunofluorescente, Renal	-	-	37,31
254	82784001	Inmunoquímica	Gammaglobulina; IgA	-	-	1,75
255	82784004	Inmunoquímica	Gammaglobulina; IgD	-	-	1,78
256	82785005	Inmunoquímica	Gammaglobulina; IgE	-	-	1,78
257	82784003	Inmunoquímica	Gammaglobulina; IgG	-	-	1,75
258	82784002	Inmunoquímica	Gammaglobulina; IgM	-	-	1,75
259	82787000	Inmunoquímica	Gammaglobulina; subclases de inmunoglobulinas; IgG: 1, 2, 3, 4	-	-	39,01
260	82941000	Inmunoquímica	Gastrina	-	-	5,11
261	84270000	Inmunoquímica	Globulinas ligadoras de hormonas sexuales humanas (SHBG)	-	-	3,00
262	84702001	Inmunoquímica	Gonadotropina coriónica humana (hCG) en líquido cefalorraquídeo (LCR)	-	-	11,33
263	84704001	Inmunoquímica	Gonadotropina coriónica humana, sub unidad beta libre (fβhCG); cuantitativa	-	5,90	6,21
264	84703001	Inmunoquímica	Gonadotropina coriónica subunidad beta (βhCG); cualitativa	1,17	1,22	1,28
265	83516025	Inmunoquímica	Histona Anticuerpos	-	-	8,98
266	86698002	Inmunoquímica	Histoplasma, antígeno para Aspergillus galactomannan en Orina	-	-	27,07
267	82024000	Inmunoquímica	Hormona Adrenocorticotrópica (ACTH)	-	3,02	3,38
268	83520002	Inmunoquímica	Hormona Antimullerana (AMH)	-	-	12,45
269	83003000	Inmunoquímica	Hormona de crecimiento humana (hGH), (somatotropina)	-	2,05	2,16
270	83003005	Inmunoquímica	Hormona de crecimiento humana (hGH), post ejercicio	-	1,54	1,62
271	83003004	Inmunoquímica	Hormona de crecimiento humana (HGH), supresión de glucosa	-	6,17	6,50
272	83003001	Inmunoquímica	Hormona de crecimiento humana (HGH); test de clonidina	-	6,16	6,49
273	83003002	Inmunoquímica	Hormona de crecimiento humana (HGH); test de insulina	-	15,43	16,25
274	84443000	Inmunoquímica	Hormona estimulante de la tiroides (TSH)	-	1,10	1,22
275	83001000	Inmunoquímica	Hormona folículoestimulante (FSH)	-	1,09	1,15
276	80438000	Inmunoquímica	Hormona liberadora de tirotropina (TRH)	-	-	1,15
277	83002000	Inmunoquímica	Hormona luteinizante (LH)	-	1,09	1,15
278	84270001	Inmunoquímica	Índice androgénico libre (FAI), relación (testosterona /SHGB)	-	1,98	2,08
279	83525000	Inmunoquímica	Insulina	-	1,80	1,90
280	83525005	Inmunoquímica	Insulina curva 0, 30, 60 minutos	-	1,79	1,89
281	83525007	Inmunoquímica	Insulina curva 0, 30, 60, 90, 120, 180, 240, 300 minutos	-	12,66	13,33
282	83525006	Inmunoquímica	Insulina; curva 0, 60, 120 minutos	-	1,79	1,89
283	83520003	Inmunoquímica	Interleuquina 6	-	-	3,63
284	83516002	Inmunoquímica	Miositis, panel	-	-	14,53
285	83516001	Inmunoquímica	Neuromielitis óptica en líquido cefalorraquídeo	-	-	36,97

			(LCR)			
286	83880000	Inmunoquímica	NT pro BNP (péptido natriurético)	-	5,76	6,06
287	83970000	Inmunoquímica	Parathormona (hormona paratiroidea)	-	2,98	3,14
288	83970001	Inmunoquímica	Parathormona intacta (hormona paratiroidea)	-	2,98	3,14
289	84681000	Inmunoquímica	Péptido C	-	3,60	3,79
290	84145000	Inmunoquímica	Procalcitonina	-	4,36	4,59
291	84144000	Inmunoquímica	Progesterona	-	1,38	1,45
292	84146000	Inmunoquímica	Prolactina	-	1,24	1,31
293	83520009	Inmunoquímica	Proteína 3 de unión al factor de crecimiento parecido a la insulina (IGFBP 3)	-	4,06	4,51
294	84154000	Inmunoquímica	PSA (antígeno prostático específico); libre	-	-	1,70
295	84153000	Inmunoquímica	PSA (antígeno prostático específico); total	-	-	1,95
296	84238003	Inmunoquímica	Receptores acetilcolina, anticuerpos fijadores	-	-	32,13
297	84244000	Inmunoquímica	Renina actividad plasmática	-	-	11,40
298	82274001	Inmunoquímica	Sangre oculta en heces; determinación por inmunoensayo, método cuantitativo	-	-	1,31
299	84260000	Inmunoquímica	Serotonina 24 horas	-	-	7,20
300	84305000	Inmunoquímica	Somatomedina (IGF 1)	-	4,06	4,51
301	82523003	Inmunoquímica	Telopéptido C terminal colágeno I, (Beta Crosslaps – CTX)	-	5,90	6,21
302	84402000	Inmunoquímica	Testosterona; libre	-	-	3,05
303	84403000	Inmunoquímica	Testosterona; total	-	2,29	2,41
304	84432000	Inmunoquímica	Tiroglobulina	-	2,51	2,78
305	84439000	Inmunoquímica	Tiroxina; libre (ft4)	-	0,76	0,80
306	84436000	Inmunoquímica	Tiroxina; total (T4)	-	0,76	0,80
307	81508001	Inmunoquímica	Triple Test (AFP+HCG+PAPP-A), en embarazo incluye cálculo de riesgo	-	8,16	8,59
308	84481000	Inmunoquímica	Triyodotironina T3; libre	-	0,76	0,80
309	84480000	Inmunoquímica	Triyodotironina T3; total (TT 3)	-	0,76	0,80
310	84484000	Inmunoquímica	Troponina, cuantitativa I	-	2,71	2,85
311	84484001	Inmunoquímica	Troponina, cuantitativa T	-	2,71	2,85
312	84588000	Inmunoquímica	Vasopresina (hormona antidiurética, ADH)	-	-	6,29
313	86790004	Inmunoquímica	ZIKA, anticuerpos IgM	-	-	14,66

3.- SUBSECCIÓN: CITOPATOLOGÍA						
N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
314	88184029	Citometría	CD10 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,35
315	88184000	Citometría	CD11 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,39
316	88184050	Citometría	CD116 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
317	88184045	Citometría	CD117 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
318	88184047	Citometría	CD123 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
319	88184001	Citometría	CD13 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,39
320	88184062	Citometría	CD131 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
321	88184038	Citometría	CD134 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
322	88184037	Citometría	CD137 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
323	88184054	Citometría	CD138 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
324	88184007	Citometría	CD14 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,39
325	88184055	Citometría	CD15 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
326	88184034	Citometría	CD16 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
327	88184013	Citometría	CD19 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,35
328	88184015	Citometría	CD2 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,35
329	88184017	Citometría	CD20 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,35
330	88184003	Citometría	CD22 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,39
331	88184025	Citometría	CD23 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,35
332	88184057	Citometría	CD235 (Glicoforina A); (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
333	88184027	Citometría	CD25 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,35
334	88184041	Citometría	CD3 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,25
335	88184044	Citometría	CD33 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
336	88184033	Citometría	CD34 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,35
337	88184040	Citometría	CD35 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
338	88184011	Citometría	CD38 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,39
339	88184051	Citometría	CD4 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	8,95
340	88184048	Citometría	CD40 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
341	88184005	Citometría	CD41 (Glicoproteína IIb-IIa) (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	5,83
342	88184058	Citometría	CD45 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
343	88184019	Citometría	CD5 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
344	88184021	Citometría	CD52 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
345	88184035	Citometría	CD55 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
346	88184053	Citometría	CD56 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,35
347	88184069	Citometría	CD57 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,39
348	88184036	Citometría	CD59 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
349	88184059	Citometría	CD61 (Glicoproteína IIIa); (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,39
350	88184056	Citometría	CD64 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
351	88184023	Citometría	CD7 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,35
352	88184060	Citometría	CD71 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
353	88184031	Citometría	CD79 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
354	88184052	Citometría	CD8 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	4,25
355	88184043	Citometría	CD9 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
356	88184061	Citometría	CD99 (sangre periférica, médula ósea, otros fluidos)	-	-	7,06
357	88184570	Citometría	Citometría de flujo para enfermedad mínima residual para leucemia (EMR)	-	-	14,28
358	81240001	Citometría	Panel para Trombofilia	-	-	143,15
359	81240002	Citometría	Panel de inmunofenotipos para serie mieloide (En el caso de requerir uno o más CD adicionales, se deberá adicionar el código individual correspondiente)	-	-	21,18
360	81240003	Citometría	Panel de inmunofenotipos para estirpe linfocito B (En el caso de requerir uno o más CD adicionales, se deberá adicionar el código individual correspondiente)	-	-	28,24

361	81240004	Citometría	Panel de inmunofenotipos para estirpe linfoide T (En el caso de requerir uno o más CD adicionales, se deberá adicionar el código individual correspondiente)	-	-	35,30
362	81240005	Citometría	Panel de inmunofenotipos para estirpe monocitoide (En el caso de requerir uno o más CD adicionales, se deberá adicionar el código individual correspondiente)	-	-	14,12
363	81240006	Citometría	Panel de inmunofenotipos para estirpe eritroide (En el caso de requerir uno o más CD adicionales, se deberá adicionar el código individual correspondiente)	-	-	14,12
364	81240007	Citometría	Panel de inmunofenotipos para estirpe plaquetario (En el caso de requerir uno o más CD adicionales, se deberá adicionar el código individual correspondiente)	-	-	14,12
365	81240008	Citometría	Panel de inmunofenotipos de células plasmáticas (En el caso de requerir uno o más CD adicionales, se deberá adicionar el código individual correspondiente)	-	-	14,12
366	81240009	Citometría	Panel de inmunofenotipos para linfocitos Natural Killer (NK) (En el caso de requerir uno o más CD adicionales, se deberá adicionar el código individual correspondiente)	-	-	14,12
367	81240010	Citometría	Panel de inmunofenotipos para leucemia linfoide crónica (En el caso de requerir uno o más CD adicionales, se deberá adicionar el código individual correspondiente)	-	-	14,12
368	88184039	Citometría	HLA-DR	-	-	4,03

Citopatología						
369	89051000	Citopatología	Citología de líquidos biológicos	2,52	2,63	2,76
370	88161000	Citopatología	Citopatología, extendidos cualquier origen incluido cervical o vaginal; toma de Muestra (placas)	0,28	0,28	0,28
371	88164000	Citopatología	Citopatología, extendidos, cervical o vaginal (sistema Bethesda); procedimiento, preparación, evaluación manual (lectura) e interpretación; supervisada por el médico patólogo	0,78	0,78	0,78
372	88143003	Citopatología	Citopatología, extendidos, envió de placas para segunda opinión, solo lectura de placa.	-	0,28	0,28
373	88172000	Citopatología	Evaluación de material aspirado por punción con aguja fina (PAAF)	-	4,05	4,26

4.- SUBSECCIÓN: ESTUDIOS PARA FÁRMACOS TERAPÉUTICOS						
N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
374	80164000	Fármacos Terapéuticos	Ácido valproico (ácido dipropilacético)	-	2,45	2,58
375	80156000	Fármacos Terapéuticos	Carbamacepina total	-	2,48	2,61
376	80158000	Fármacos Terapéuticos	Ciclosporina	-	8,15	9,05
377	80339000	Fármacos Terapéuticos	Clobazam, niveles séricos	-	-	4,74
378	80346000	Fármacos Terapéuticos	Clonazepam, niveles séricos	-	-	5,53
379	80162000	Fármacos Terapéuticos	Digitoxina, niveles séricos	-	2,57	2,71
380	80162001	Fármacos Terapéuticos	Digoxina total	-	2,57	2,71
381	80327000	Fármacos Terapéuticos	Dihidrotestosterona (DHT)	-	-	9,09
382	80169000	Fármacos Terapéuticos	Everolimus	-	-	11,32
383	80185000	Fármacos Terapéuticos	Fenitoína; total	-	3,33	3,70
384	80184000	Fármacos Terapéuticos	Fenobarbital	-	4,30	4,52
385	80184001	Fármacos Terapéuticos	Gentamicina	-	4,02	4,23
386	80299001	Fármacos Terapéuticos	Itraconazol	-	-	12,58
387	80175000	Fármacos Terapéuticos	Lamotrigina	-	-	7,19
388	80177000	Fármacos Terapéuticos	Levetiracetam	-	-	3,83
389	80176000	Fármacos Terapéuticos	Lidocaína, niveles séricos	-	-	8,50
390	80178000	Fármacos Terapéuticos	Litio	2,84	2,95	3,11

391	80375001	Fármacos Terapéuticos	Melatonina	-	-	18,38
392	80299002	Fármacos Terapéuticos	Metrotexate	-	-	4,19
393	80183000	Fármacos Terapéuticos	Oxcarbazepina, niveles séricos	-	-	8,08
394	80307000	Fármacos Terapéuticos	Salicilatos en suero / plasma	-	-	7,31
395	80195000	Fármacos Terapéuticos	Sirolimus	-	13,41	14,89
396	80197000	Fármacos Terapéuticos	Tacrolimus	-	13,41	14,89
397	80198000	Fármacos Terapéuticos	Teofilina	-	3,83	4,03
398	80305007	Fármacos Terapéuticos	Tiopental	-	2,37	2,50
399	80202000	Fármacos Terapéuticos	Vancomicina	-	5,92	6,57

5.- SUBSECCIÓN: ESTUDIOS DE CITOGENÉTICA MOLECULAR

N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
400	88271070	Citogenética Molecular	FISH ALK (2p23)	-	-	17,91
401	88377000	Citogenética Molecular	FISH Amplificación del Gen HER-2/neu, corte de tejido.	-	-	34,39
402	88271075	Citogenética Molecular	FISH Ewing/PNET, EWRS1, 22q12 reordenamiento	-	-	60,56
403	88271074	Citogenética Molecular	FISH IGH 14q32	-	-	30,28
404	88271080	Citogenética Molecular	Leucemia de células pilosas (DBA44)	-	-	30,28
405	88271076	Citogenética Molecular	FISH (11q23) Leucemia linfocitoide mieloide (LLM), Reordenamiento genético	-	-	60,56
406	88271077	Citogenética Molecular	FISH t (1;19) (q23.3;p13.3) TCF3/PBX1, LLA	-	-	27,91
407	88271078	Citogenética Molecular	FISH BCR/ABL t (9;22) (q34;q11), LMC/LLA	-	-	60,56
408	88271079	Citogenética Molecular	FISH N-MYC (2p24) amplificación, neuroblastoma	-	-	60,56
409	88271072	Citogenética Molecular	FISH p53, Deleción 17p13.1	-	-	60,56
410	88271073	Citogenética Molecular	FISH RB1, 13q-. Deleción (13)(q14)	-	-	30,28
411	88271081	Citogenética Molecular	FISH ETO/AML1 t (8;21) (q22;q22)	-	-	35,00
412	88271082	Citogenética Molecular	FISH TEL/AML1 t(12;21)(p13;q22), LLA-B	-	-	35,00
413	88271083	Citogenética Molecular	FISH PML/RAR- α t(15;17)(q22;q21), LLA M3	-	-	35,00
414	88271084	Citogenética Molecular	FISH CBF β /MYH11 inv (16), LMA M4	-	-	35,00
415	88271085	Citogenética Molecular	FISH IGH/MYC t(8;14) tumor sólido	-	-	44,25
416	88365000	Citogenética Molecular	EBER (ISH)	-	-	13,96

6.- SUBSECCIÓN: HEMATOLOGÍA & COAGULACIÓN

N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
417	85025000	Hematología	Biometría hemática (Hb, Hcto, RBC, WBC) con diferencial de leucocitos	0,42	-	-
418	85025001	Hematología	Biometría hemática completa automatizada (Hb, Hcto, RBC, WBC, conteo de plaquetas y diferencial de leucocitos)	-	0,72	0,74
419	85660000	Hematología	Eritrocitos falciformes, método de reducción (Drepanocitosis)	0,81	0,85	0,89

420	85555001	Hematología	Fragilidad osmótica de eritrocitos; curva espectrofotométrica	-	-	2,96
421	85555000	Hematología	Fragilidad osmótica de eritrocitos; macrométodo, método visual	0,59	0,61	0,64
422	85555002	Hematología	Fragilidad osmótica de eritrocitos; micrométodo, método visual	0,59	0,61	0,64
423	85018000	Hematología	Hemoglobina	0,23	0,24	0,25
424	85097000	Hematología	Médula ósea; interpretación de extendido.	0,29	0,30	0,32
425	85013000	Hematología	Microhematocrito por centrifugación	0,23	0,24	0,25
426	85540001	Hematología	Mieloperoxidasa leucocitaria	2,48	2,59	2,72
427	85018001	Hematología	Prueba de hemolisina ácida; hemoglobinuria paroxística nocturna - prueba de Ham	0,59	0,61	0,64
428	85045000	Hematología	Reticulocitos, Índice de fluorescencia (automatizado) (IRF)	-	-	1,13
429	85044000	Hematología	Reticulocitos, recuento microscópico manual	0,49	0,51	0,54
430	85170000	Hematología	Retracción de coágulo	0,25	0,26	0,28
431	85002000	Hematología	Tiempo de sangría	0,54	0,57	0,60

Coagulación						
432	85613000	Coagulación	Anticoagulante lúpico	4,22	4,41	4,90
433	85247001	Coagulación	Coagulación; Factor de Von Willebrand	11,28	12,68	14,18
434	85210000	Coagulación	Coagulación; Factor II, protrombina, específica	9,76	10,17	10,70
435	85250000	Coagulación	Coagulación; Factor IX (PTC o Christmas)	11,24	12,64	14,04
436	85220000	Coagulación	Coagulación; Factor V (AcG o proacelerina), factor lábil	1,24	1,30	1,36
437	85230000	Coagulación	Coagulación; Factor VII (proconvertina, Factor estable)	11,24	12,64	14,04
438	85240000	Coagulación	Coagulación; Factor VIII (AHG), un estudio	11,24	12,64	14,04
439	85247000	Coagulación	Coagulación; Factor VIII.	11,24	12,64	14,04
440	85260000	Coagulación	Coagulación; Factor X (Stuart Prower)	11,24	12,64	14,04
441	85270000	Coagulación	Coagulación; Factor XI (PTA)	11,24	12,64	14,04
442	85280000	Coagulación	Coagulación; Factor XII (Hageman)	11,24	12,64	14,04
443	85291000	Coagulación	Coagulación; Factor XIII	11,24	12,64	14,04
444	85397000	Coagulación	Cofactor ristocetina.	-	-	7,81
445	85250001	Coagulación	Estudio; Coagulación intravascular diseminada; (CID)	2,32	2,42	2,54
446	85415000	Coagulación	Factores activadores del plasminógeno			16,17
447	85384000	Coagulación	Fibrinógeno; actividad	1,25	1,30	1,37
448	85540002	Coagulación	Fosfatasa ácida leucocitaria, con recuento	2,48	2,59	2,72
449	85540000	Coagulación	Fosfatasa alcalina leucocitaria, con recuento	2,48	2,59	2,72
450	85300000	Coagulación	Inhibidores de la coagulación o anticoagulantes; antitrombina III, actividad	5,10	5,32	5,60
451	85335001	Coagulación	Inhibidores de la coagulación o anticoagulantes; factor IX	-	-	12,88
452	85335000	Coagulación	Inhibidores de la coagulación o anticoagulantes; factor VIII	-	-	12,88
453	85362000	Coagulación	Productos de degradación (escisión) de la fibrina o fibrinógeno, (FDP)(FSP); extendido de aglutinación semicuantitativo	-	-	4,58
454	85379000	Coagulación	Productos de degradación de la fibrina, dímero D; cuantitativos	4,33	4,86	5,39
455	85303000	Coagulación	Proteína C activada	9,09	10,22	11,35
456	85307000	Coagulación	Proteína C activada; ensayo de resistencia	-	-	24,74
457	85306000	Coagulación	Proteína S, libre, Inhibidores de la coagulación o anticoagulantes	13,48	14,04	15,60
458	85348000	Coagulación	Tiempo de coagulación; otros métodos	0,34	0,36	0,37
459	85610000	Coagulación	Tiempo de protrombina (TP)	0,48	0,53	0,58
460	85610001	Coagulación	Tiempo de protrombina (TP); Digital	0,73	0,76	0,80
461	85670000	Coagulación	Tiempo de trombina; en plasma	3,11	3,49	3,87
462	85730000	Coagulación	Tiempo de tromboplastina parcial (TTP); en plasma o sangre entera	0,48	0,53	0,58
463	85652000	Coagulación	Velocidad de sedimentación de eritrocitos (VES)	0,28	0,29	0,31

7.- SUBSECCIÓN: INMUNOLOGÍA						
N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
464	86341001	Inmunología	Ácido Glutámico Descarboxilasa (GAD 65), anticuerpos	-	-	11,27
465	88342048	Inmunología	Actina	-	-	3,84
466	86000000	Inmunología	Aglutinaciones febriles.	-	-	0,97
467	86147000	Inmunología	Anticardiolipina, anticuerpo, IgG (cuantitativa)	-	-	4,82
468	86147001	Inmunología	Anticardiolipina, anticuerpo, IgM (cuantitativa)	-	-	3,83
469	86200000	Inmunología	Anticuerpo péptido citrulinado cuantitativo	-	-	3,10
470	86235008	Inmunología	Anticuerpos anti Fosfolípidos IgG	-	3,28	3,45
471	86235004	Inmunología	Anticuerpos anti RNP (Ribonucleoproteína)	-	-	3,42
472	86235003	Inmunología	Anticuerpos anti SM (antígeno Smith)	-	-	2,86
473	86235011	Inmunología	Anticuerpos anti SSA (RO);Anti-Síndrome de Sjogren (A)	-	-	2,94
474	86800000	Inmunología	Anticuerpos anti Tiroperoxidasa (A-TPO)	-	-	2,83
475	86235005	Inmunología	Anticuerpos anti antígenos para JO-1; IgG	-	-	4,68
476	86235010	Inmunología	Anticuerpos anti SSB (LA)	-	-	7,95
477	86255005	Inmunología	Anticuerpos anti centrómero (CEN)	-	-	5,59
478	86255004	Inmunología	Anticuerpos anti citoplasma del neutrófilo (ANCA C)	-	-	11,85
479	86255012	Inmunología	Anticuerpos anti citoplasma del neutrófilo (ANCA P)	-	-	11,85
480	86226000	Inmunología	Anticuerpos anti DNACs, (anti DNA ácido desoxirribonucleico cadena simple)	-	-	3,73
481	86225000	Inmunología	Anticuerpos Anti DNAdc (crithidia luciliae); anti ADN nativo o de doble cadena	-	-	3,73
482	89325001	Inmunología	Anticuerpos anti espermatozoide	-	-	6,34
483	86341002	Inmunología	Anticuerpos anti fosfatasa tirosina (IA2)	-	-	12,01
484	86148000	Inmunología	Anticuerpos Anti fosfatidilserina (fosfolípido), IgG	-	8,96	9,43
485	86148001	Inmunología	Anticuerpos anti Fosfatidilserina (fosfolípido), IgM	-	8,96	9,43
486	86235009	Inmunología	Anticuerpos anti fosfolípidos, IgM	-	3,28	3,45
487	86698001	Inmunología	Anticuerpos anti histoplasma	-	1,94	2,04
488	83520004	Inmunología	Anticuerpos anti membrana basal glomerular	-	-	7,00
489	86255006	Inmunología	Anticuerpos anti músculo liso	-	-	4,25
490	86235007	Inmunología	Anticuerpos anti nucleosoma	-	-	5,49
491	86235000	Inmunología	Anticuerpos Anti SCL70; contra topoisomerasa 1; (ADN topoisomerasa 1)	-	-	5,59
492	86622002	Inmunología	Anticuerpos anti-Brucella, Antígeno de Huddleson; prueba de aglutinación rápida en placa	-	-	0,51
493	86038000	Inmunología	Anticuerpos antinucleares (ANA) (ELISA/cuantitativo)	-	-	4,80
494	86038001	Inmunología	Anticuerpos antinucleares (ANA) (patrones IFI)	-	-	4,12
495	83893000	Inmunología	Anticuerpos antinucleares; western blot; (Ana blot), núcleo	-	-	11,85
496	86800001	Inmunología	Anticuerpos antitiroglobulina (TG)	-	-	2,82
497	86235012	Inmunología	Anticuerpos antitiroideos	-	3,65	3,84
498	86022001	Inmunología	Anticuerpos contra plaquetas, Panel	-	-	70,35
499	86664000	Inmunología	Anticuerpos IgG; virus Epstein Barr (EB), antígeno de la nucleocápside (EBNA)	-	8,03	8,45
500	86664001	Inmunología	Anticuerpos IgM; virus Epstein Barr (EB), antígeno de la nucleocápside (EBNA)	-	3,05	3,21
501	86713000	Inmunología	Anticuerpos para Legionella (IgG + IgM) en suero	-	9,33	9,82
502	83520005	Inmunología	Anticuerpos anti Anexina V IgG	-	-	5,50
503	83520006	Inmunología	Anticuerpos anti Anexina V IgM	-	-	5,50
504	86060000	Inmunología	Antiestreptolisina cuantitativa (ASTO)	-	-	1,60
505	86060001	Inmunología	Antiestreptolisina semicuantitativo; ASTO	-	-	0,59
506	88342051	Inmunología	Antígeno de membrana epitelial; (EMA)	-	-	5,51
507	87899000	Inmunología	Antígenos para Legionella en orina	-	2,35	2,47
508	86671000	Inmunología	ASCA anticuerpos IgG/IgA (Saccharomyces cerevisiae)	-	-	5,90
509	86606000	Inmunología	Aspergillus anticuerpos IgG	-	-	3,45
510	86606001	Inmunología	Aspergillus anticuerpos IgM	-	-	3,45

511	86606002	Inmunología	Aspergillus, anticuerpos IgA	-	-	3,45
512	86146000	Inmunología	Beta 2 Glicoproteína, anticuerpos IgG (B2 GP1)	-	-	3,41
513	86146001	Inmunología	Beta 2 Glicoproteína, anticuerpos IgM (B2 GP1)	-	-	3,41
514	86617000	Inmunología	Borrelia burgdoferi; anticuerpos IgG	-	4,70	4,95
515	86617001	Inmunología	Borrelia burgdoferi; anticuerpos IgM	-	4,70	4,95
516	86622001	Inmunología	Brucella; anticuerpos IgG	-	4,70	4,95
517	86622000	Inmunología	Brucella; anticuerpos IgM	-	4,70	4,95
518	86160004	Inmunología	C1 Inhibidor esterasa concentración	-	-	4,35
519	83520010	Inmunología	C1 Inhibidor esterasa funcional	-	-	4,35
520	86160005	Inmunología	C2 Inhibidor esterasa concentración	-	-	7,11
521	86161000	Inmunología	C2 Complemento funcional	-	-	30,94
522	85160006	Inmunología	C2 Inhibidor esterasa funcional	-	-	18,38
523	86160003	Inmunología	C3	-	-	1,80
524	86160001	Inmunología	C4	-	-	1,80
525	86160002	Inmunología	C4d	-	-	8,33
526	86316000	Inmunología	CA 72- 4	-	-	3,55
527	86631001	Inmunología	Chlamydia pneumoniae (IgG), anticuerpos	-	-	3,83
528	86631000	Inmunología	Chlamydia pneumoniae (IgM); anticuerpos	-	-	3,83
529	86631002	Inmunología	Chlamydia psitaci; anticuerpos totales	-	-	22,48
530	87270000	Inmunología	Chlamydia, trachomatis ; antígeno	-	-	0,98
531	86632001	Inmunología	Chlamydia, trachomatis IgG; anticuerpos	-	-	2,45
532	86632000	Inmunología	Chlamydia, trachomatis IgM; anticuerpos	-	-	2,45
533	86682001	Inmunología	Cisticercos anticuerpos IgG, en líquido cefalorraquídeo (LCR)	-	-	40,31
534	86644000	Inmunología	Citomegalovirus (CMV), IgG anticuerpos	-	-	1,87
535	86645000	Inmunología	Citomegalovirus (CMV), IgM anticuerpos	-	-	1,95
536	86644001	Inmunología	CMV, anticuerpos IGG estudio de Aidez	-	-	17,59
537	86160006	Inmunología	Complemento C1q	-	-	3,73
538	86162000	Inmunología	Complemento; total hemolítico (CH50)	-	-	3,36
539	86156000	Inmunología	Crioaglutinina; evaluación	-	-	0,39
540	86318000	Inmunología	Cromatografía para Paludismo	-	2,08	2,31
541	86750000	Inmunología	Cromatografía para Plasmodium	-	-	0,55
542	86316002	Inmunología	Cromogranina A en suero	-	-	7,19
543	86641000	Inmunología	Cryptococcus, anticuerpos	-	3,78	3,97
544	86316003	Inmunología	CYFRA 21-1, suero	-	-	2,31
545	86790001	Inmunología	Dengue, anticuerpos IgG	-	-	1,51
546	86790002	Inmunología	Dengue, anticuerpos IgM	-	-	2,96
547	82523002	Inmunología	Deoxipiridinolina inmunoensayo enzimático cuantitativo.	-	5,51	5,80
548	86682002	Inmunología	Echinococcus, IgG anticuerpos	-	-	8,69
549	86860000	Inmunología	Elución de anticuerpos	-	1,41	1,41
550	86255002	Inmunología	Endomisio anticuerpos (IgA)	-	-	5,65
551	86255001	Inmunología	Endomisio anticuerpos (IgG)	-	-	5,76
552	86480000	Inmunología	Ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA), para tuberculosis.	-	-	11,68
553	86155000	Inmunología	Ensayo de quimiotaxia, método específico	-	-	7,37
554	86430000	Inmunología	Factor reumatoide (LATEX) cuantitativo	-	-	1,80
555	86430001	Inmunología	Factor reumatoide (LATEX) semicuantitativo	-	-	0,61
556	86344000	Inmunología	Fagocitosis leucocitaria	-	-	2,95
557	82777000	Inmunología	Galectina - 3 (ELISA / cuantitativo)	-	5,90	6,21
558	86677001	Inmunología	Helicobacter pylori (IgG); anticuerpos (ELISA)	-	-	1,92
559	86677003	Inmunología	Helicobacter pylori (IgM); anticuerpos (ELISA)	-	-	1,92
560	87338000	Inmunología	Helicobacter pylori antígeno; heces	1,19	1,24	1,30
561	86677000	Inmunología	Helicobacter pylori CagA IgA; anticuerpos	-	-	8,10
562	86677002	Inmunología	Helicobacter pylori CagA IgG; anticuerpos	-	-	8,10
563	83013001	Inmunología	Helicobacter pylori; prueba de aliento (urea C-14)	-	-	4,85
564	86709000	Inmunología	Hepatitis A (HAV), anticuerpos IgM	-	-	1,80
565	86708000	Inmunología	Hepatitis A (HAV), anticuerpos Totales IgG e IgM	-	-	1,77
566	86705000	Inmunología	Hepatitis B, anti HBe IgM	-	-	1,87

567	86704000	Inmunología	Hepatitis B, anti HBc Totales IgG e IgM	-	-	3,12
568	86706000	Inmunología	Hepatitis B, anticuerpos de superficie (HBsAc)	-	-	3,59
569	86803000	Inmunología	Hepatitis C anticuerpos totales	-	-	2,08
570	86692000	Inmunología	Hepatitis Delta anticuerpos totales	-	-	7,19
571	86692001	Inmunología	Hepatitis Delta IgM, anticuerpos	-	-	7,19
572	86692003	Inmunología	Hepatitis E, anticuerpos IgG	-	-	8,08
573	86692005	Inmunología	Hepatitis E, anticuerpos IgM	-	-	8,08
574	87350000	Inmunología	Hepatitis B antígeno e (HBeAg)	-	3,66	3,85
575	86707000	Inmunología	Hepatitis B; anti-HBe, (HBeAb)	-	-	2,33
576	86695001	Inmunología	Herpes simple tipo 1 (IgM); anticuerpos cuantitativo	-	-	1,91
577	86695000	Inmunología	Herpes simple tipo 1 (IgG); anticuerpos cuantitativo	-	-	1,91
578	86696000	Inmunología	Herpes simple tipo 2 (IgG); anticuerpos cuantitativo	-	-	1,91
579	86696001	Inmunología	Herpes simple tipo 2 (IgM); anticuerpos cuantitativo	-	-	1,75
580	86022000	Inmunología	Identificación de anticuerpos; anticuerpos contra plaquetas	-	-	34,13
581	86003015	Inmunología	IgE, ácaro siro	-	-	2,53
582	86003017	Inmunología	IgE, ajo	-	-	2,53
583	86003002	Inmunología	IgE, alfa lacto albúmina	-	-	2,53
584	86003003	Inmunología	IgE, beta lacto globulina	-	-	2,53
585	86003004	Inmunología	IgE, blomia tropicalis	-	-	3,30
586	86003016	Inmunología	IgE, caseína	-	-	2,53
587	86003007	Inmunología	IgE, clara de huevo	-	-	3,08
588	86003019	Inmunología	IgE, concha	-	-	2,53
589	86003001	Inmunología	IgE, Dermatophagoides farinae	-	-	2,53
590	86003005	Inmunología	IgE, Dermatophagoides microceres	-	-	3,30
591	86003006	Inmunología	IgE, Dermatophagoides pteronyssinus	-	-	2,53
592	86005054	Inmunología	IgE, específica alfa lactoalbúmina	-	-	2,53
593	86003024	Inmunología	IgE, específica para aguacate	-	-	2,53
594	86003025	Inmunología	IgE, específica para Alternaria tenuis	-	-	2,53
595	86003026	Inmunología	IgE, específica para amoxicilina	-	-	2,53
596	86003027	Inmunología	IgE, específica para ampicilina	-	-	2,53
597	86003028	Inmunología	IgE, específica para apio	-	-	2,53
598	86003030	Inmunología	IgE, específica para arroz	-	-	2,53
599	86003029	Inmunología	IgE, específica para atún	-	-	2,53
600	86003031	Inmunología	IgE, específica para avena	-	-	2,53
601	86003032	Inmunología	IgE, específica para bacalao	-	-	2,53
602	86003033	Inmunología	IgE, específica para camarón	-	-	2,53
603	86003034	Inmunología	IgE, específica para carne de cerdo	-	-	2,53
604	86003035	Inmunología	IgE, específica para carne de res	-	-	2,53
605	86003036	Inmunología	IgE, específica para chocolate	-	-	2,53
606	86003037	Inmunología	IgE, específica para cucaracha	-	-	2,53
607	86003038	Inmunología	IgE, específica para durazno	-	-	2,53
608	86003039	Inmunología	IgE, específica para gluteína	-	-	2,53
609	86003040	Inmunología	IgE, específica para kiwi	-	-	2,53
610	86003041	Inmunología	IgE, específica para maíz	-	-	2,53
611	86003042	Inmunología	IgE, específica para mango	-	-	2,53
612	86003043	Inmunología	IgE, específica para mosquito	-	-	2,53
613	86003044	Inmunología	IgE, específica para mostaza	-	-	2,53
614	86003045	Inmunología	IgE, específica para penicilina G	-	-	2,53
615	86003046	Inmunología	IgE, específica para penicilina V	-	-	2,53
616	86003047	Inmunología	IgE, específica para piña	-	-	2,53
617	86003048	Inmunología	IgE, específica para pollo	-	-	2,53
618	86003049	Inmunología	IgE, específica para queso cheddar	-	-	2,53
619	86003050	Inmunología	IgE, específica para salmón	-	-	2,53
620	86003051	Inmunología	IgE, específica para trigo	-	-	2,53
621	86003053	Inmunología	IgE, específica para uva	-	-	2,53
622	86003052	Inmunología	IgE, específica para veneno de abeja	-	-	2,53
623	86003008	Inmunología	IgE, fresa o frutilla	-	-	3,08

624	86003020	Inmunología	IgE, hierba común	-	-	2,53
625	86003021	Inmunología	IgE, pelo de roedores	-	-	2,53
626	86003009	Inmunología	IgE, leche	-	-	3,08
627	86003018	Inmunología	IgE, limón	-	-	2,53
628	86003010	Inmunología	IgE, maní	-	-	3,08
629	86003011	Inmunología	IgE, naranja	-	-	3,08
630	86003012	Inmunología	IgE, pelo de gato	-	-	3,08
631	86003013	Inmunología	IgE, pelo de perro	-	-	3,08
632	86003022	Inmunología	IgE, polvo de casa (Hollister Dust-Hollister Stier)	-	-	2,53
633	86003023	Inmunología	IgE, soya	-	-	2,53
634	82785001	Inmunología	IgE, total	-	-	1,42
635	86003014	Inmunología	IgE, yema de huevo	-	-	3,08
636	86003054	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para Dermatophagoides farinae	-	-	2,53
637	86003055	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para alfa lactoalbúmina F76	-	-	2,53
638	86003056	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para beta lacto globulina F77	-	-	2,53
639	86003057	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para Blomia tropicalis	-	-	3,30
640	86003058	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para Dermatophagoides microceres	-	-	3,30
641	86003059	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para Dermatophagoides pteronyssinus	-	-	2,53
642	86003060	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para clara de huevo	-	-	3,08
643	86003061	Inmunología	Prueba cutánea de alergia específica	-	-	3,08
644	86003062	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para fresa o frutilla	-	-	3,08
645	86003063	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para leche	-	-	3,08
646	86003064	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para maní	-	-	3,08
647	86003065	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para naranja	-	-	3,08
648	86003066	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para pelo de gato	-	-	3,08
649	86003067	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para pelo de perro	-	-	3,08
650	86003068	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para yema de huevo	-	-	3,08
651	86003069	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para antibióticos (aplica para cada reactivo utilizado)	-	-	3,08
652	86003070	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para anestésicos (aplica para cada reactivo utilizado)	-	-	3,08
653	86003071	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para analgésicos (aplica para cada reactivo utilizado)	-	-	3,08
654	86003072	Inmunología	Prueba cutánea de alergia para medios de contraste (aplica para cada reactivo utilizado)	-	-	3,08
655	86710000	Inmunología	Influenza virus A anticuerpos	-	-	6,23
656	86710001	Inmunología	Influenza virus B anticuerpos	-	-	6,23
657	86336000	Inmunología	Inhibina A	-	-	18,97
658	82397000	Inmunología	Inhibina B Dimérica en suero	-	-	15,81
659	86325000	Inmunología	Inmunolectroforesis con determinación de concentración; en suero y otros fluidos	-	-	2,40
660	86304000	Inmunología	Inmunoensayo para antígeno tumoral cuantitativo Ca 125	-	-	2,75
661	86300000	Inmunología	Inmunoensayo para antígeno tumoral cuantitativo Ca 15-3	-	-	3,68
662	86301000	Inmunología	Inmunoensayo para antígeno tumoral cuantitativo Ca 19-9	-	-	3,44
663	86335001	Inmunología	Inmunofijación en orina	-	-	7,11
664	86334000	Inmunología	Inmunofijación en suero	-	-	7,11
665	86335003	Inmunología	Inmunofijación otros fluidos (líquido cefalorraquídeo (LCR) y otros)	-	-	13,83
666	83916000	Inmunología	Inmunoglobulina oligoclonal (bandas oligoclonales)	-	-	13,83
667	86337000	Inmunología	Insulina Anticuerpos	-	-	15,00
668	88342049	Inmunología	Kinasa de linfoma anaplásico (ALK)	-	-	10,50
669	86717000	Inmunología	Leishmania; anticuerpos IgG	-	-	5,73

670	86717001	Inmunología	Leishmania; anticuerpos IgM	-	-	5,73
671	86720001	Inmunología	Leptospira, anticuerpos IgM	-	2,81	3,12
672	86720000	Inmunología	Leptospira, anticuerpos IgG	-	2,81	3,12
673	86376000	Inmunología	Anticuerpos antimicrosomales de hígado y riñón Tipo 1 (LKM 1-Liver/kidney Microsome Type 1)	-	-	3,87
674	82523001	Inmunología	Marcador de resorción ósea (N telopéptido orina)	-	-	9,88
675	82523000	Inmunología	Marcador de resorción ósea (N telopéptido suero)	-	-	33,00
676	86738000	Inmunología	Micoplasma, anticuerpos (IgG)	-	-	5,89
677	86738001	Inmunología	Micoplasma, anticuerpos (IgM)	-	-	6,44
678	86318001	Inmunología	Mononucleosis anticuerpos heterófilos	-	-	1,82
679	88342050	Inmunología	Napsina policlonal A; (Identificación de adenocarcinoma pulmonar primario)	-	-	4,18
680	83520012	Inmunología	Neuroenolasa específica	-	5,90	6,21
681	86255003	Inmunología	N-Metil-D-Aspartato receptor en suero, anticuerpos IgG	-	-	38,14
682	86870000	Inmunología	Panel de Identificación de anticuerpos; anticuerpos contra eritrocitos	-	1,12	1,12
683	86671001	Inmunología	Paracoccidioides anticuerpos	-	1,94	2,04
684	86735000	Inmunología	Parotiditis, anticuerpos	-	-	2,84
685	86747000	Inmunología	Parvovirus B19, anticuerpos IgG	-	-	5,39
686	86747001	Inmunología	Parvovirus B19, anticuerpos IgM	-	-	5,39
687	86140000	Inmunología	Proteína C reactiva cuantitativa	-	-	1,52
688	86141000	Inmunología	Proteína C reactiva ultrasensible (US)	-	-	1,52
689	86305000	Inmunología	Proteína epidídimo humano (HE4)	-	-	7,50
690	86480001	Inmunología	Prueba anti P - Mantoux PPD	-	-	0,45
691	86757000	Inmunología	Rickettsia rickettsii, anticuerpos IgG	-	-	11,07
692	86757001	Inmunología	Rickettsia rickettsii, anticuerpos IgM	-	-	11,07
693	86765000	Inmunología	Rubéola, anticuerpos (IgG); cuantitativa	-	-	1,98
694	86765001	Inmunología	Rubéola, anticuerpos (IgM)	-	-	2,50
695	86768000	Inmunología	Salmonella, anticuerpos: H,A,B,D,VI,D	-	-	32,34
696	86790003	Inmunología	Sarampión, anticuerpos IgG	-	-	2,84
697	86790000	Inmunología	Sarampión, anticuerpos IgM	-	-	2,84
698	86753001	Inmunología	Serameba (anticuerpos Anti Entamoeba histolytica)	-	-	2,47
699	86777002	Inmunología	Toxoplasma avidéz (IgG)	-	-	9,21
700	86682000	Inmunología	Toxocara spp. anticuerpos	-	2,45	2,72
701	86777000	Inmunología	Toxoplasma, anticuerpos IgA	-	-	2,54
702	86777001	Inmunología	Toxoplasma, anticuerpos IgG	-	-	1,88
703	86778000	Inmunología	Toxoplasma, anticuerpos IgM	-	-	1,88
704	86593000	Inmunología	Treponema pallidum, anticuerpos IgG y IgM	-	5,21	5,48
705	86781002	Inmunología	Treponema pallidum, pruebas treponémicas de confirmación (FTA-ABS, MHA-TP)	-	5,21	5,48
706	86780001	Inmunología	Treponema pallidum; IgM	-	2,63	2,77
707	86780000	Inmunología	Treponema pallidum; IgG	-	2,63	2,77
708	87450002	Inmunología	Trypanosoma cruzi, (Enf. Chagas) antígenos	-	2,41	2,53
709	86753002	Inmunología	Trypanosoma cruzi, (Enf. Chagas) anticuerpos IgG	-	-	3,21
710	87450003	Inmunología	Tuberculosis , anticuerpos séricos	-	-	2,43
711	86592000	Inmunología	V.D.R.L- Sífilis test; prueba no treponémicas	-	-	0,46
712	86787000	Inmunología	Varicela zoster, anticuerpos IgM	-	-	2,84
713	86703000	Inmunología	Virus de inmunodeficiencia humana (HIV) 1 y 2; anticuerpos	-	-	1,35
714	86665000	Inmunología	Virus Epstein Barr (EB), antígeno de la cápside del virus (VCA), IgG (cápside viral del virus IgG); anticuerpos	-	-	4,70
715	86665001	Inmunología	Virus Epstein Barr (EB), antígeno de la cápside del virus (VCA), IgM (cápside viral del virus IgM); anticuerpos	-	-	4,70
716	86790010	Inmunología	Virus linfotrópico de células T humanas (HTLV) I y II, Anticuerpos IgG	-	-	5,70
717	86756001	Inmunología	Virus sincitial respiratorio IgG	-	-	7,60
718	86756000	Inmunología	Virus sincitial respiratorio IgM	-	-	7,60
719	86756002	Inmunología	Virus sincitial respiratorio, prueba rápida	-	-	4,52

8.- SUBSECCIÓN: INMUNOGENÉTICA						
720	86831000	Inmunogenética	Panel reactivo de anticuerpos; P.R.A. (88 antígenos)	-	-	92,44
721	86831001	Inmunogenética	Panel reactivo de anticuerpos; P.R.A. 24 Horas	-	-	77,91
722	86831002	Inmunogenética	Panel reactivo de anticuerpos; P.R.A. 24 Horas (40 antígenos)	-	-	99,03

9.- SUBSECCIÓN: MICROBIOLOGÍA						
N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
723	86603000	Microbiología	Adenovirus, niveles anticuerpos de fijación del complemento (CF)	-	3,08	3,24
724	87077000	Microbiología	Aislamiento aerobio, métodos adicionales requeridos para identificación definitiva, cada aislado	2,36	2,46	2,59
725	87076000	Microbiología	Aislamiento anaerobios, métodos adicionales requeridos para identificación definitiva, cada aislado	4,95	5,15	5,42
726	87177000	Microbiología	Análisis coprológico (coproparasitario)	0,45	0,47	0,49
727	87177001	Microbiología	Análisis coprológico (coproparasitario), seriado	0,80	0,84	0,88
728	87045000	Microbiología	Coprocultivo bacteriano, con aislamiento y examen preliminar, Salmonella y Shigella	2,36	2,46	2,59
729	87046000	Microbiología	Coprocultivo de patógenos bacterianos adicionales, aislamiento e identificación presuntiva de aislados, (Vibrio, Campylobacter, Yersinia, E. coli 0157)	2,36	2,46	2,59
730	87206006	Microbiología	Criptosporidium: detección microscópica (coloración zhiel)	0,23	0,24	0,25
731	88312003	Microbiología	Cultivo Baar por 2 muestras	5,29	5,51	5,80
732	88312004	Microbiología	Cultivo Baar por 3 muestras	7,94	8,27	8,71
733	88312005	Microbiología	Cultivo Baar por 4 muestras	10,59	11,03	11,61
734	88312000	Microbiología	Cultivo Baar, segunda opinión de placas histológicas	1,72	1,79	1,88
735	87071000	Microbiología	Cultivo bacteriano cuantitativo, aerobios con aislamiento e identificación presuntiva de aislados, cualquier fuente (excepto: orina, sangre o heces)	2,78	2,89	3,04
736	87040004	Microbiología	Cultivo bacteriano definitivo; sangre	-	-	4,98
737	87116001	Microbiología	Cultivo bacteriano, Mycobacterium (Lowestein)	-	-	5,53
738	87086000	Microbiología	Cultivo bacteriano, orina; cuantitativo, recuento de colonias	1,66	1,73	1,82
739	87070000	Microbiología	Cultivo bacteriano; cualquier fuente excepto: orina, sangre o heces, con aislamiento e identificación presuntiva de aislados	1,66	1,73	1,82
740	87040005	Microbiología	Cultivo bacteriano cuantitativo anaerobios; sangre con aislamiento e identificación presuntiva de aislados (incluye detección de anaerobios)	1,66	1,73	1,82
741	87060000	Microbiología	Cultivo de abscesos y heridas	1,66	1,73	1,82
742	87060001	Microbiología	Cultivo de aspirado traqueal	1,66	1,73	1,82
743	87060002	Microbiología	Cultivo de catéter	1,66	1,73	1,82
744	87060003	Microbiología	Cultivo de esputo	1,66	1,73	1,82
745	87106001	Microbiología	Cultivo de hongos (levaduras) aislamiento, con la definitiva identificación	3,28	3,45	3,63
746	87101001	Microbiología	Cultivo de hongos (levaduras) aislamiento, con la presuntiva identificación por aislamiento: piel cabello o uñas	3,28	3,45	3,63
747	87103000	Microbiología	Cultivo de hongos (levaduras) aislamiento, con la presuntiva identificación por aislamiento: sangre	3,28	3,45	3,63
748	87102000	Microbiología	Cultivo de hongos (levaduras) aislamiento, con la presuntiva identificación por aislamiento: otras muestras excepto sangre	3,28	3,45	3,63
749	87101002	Microbiología	Cultivo de hongos, aislamiento (con identificación presuntiva); piel, cabello y uñas	1,54	1,62	1,71
750	87106002	Microbiología	Cultivo de hongos, identificación definitiva de cada	1,54	1,62	1,71

			organismo, levaduras			
751	87107000	Microbiología	Cultivo de hongos, identificación definitiva de cada organismo, moho	1,54	1,62	1,71
752	87102006	Microbiología	Cultivo de líquidos u otra secreción	2,20	2,29	2,41
753	87102005	Microbiología	Cultivo de secreciones faríngeas	2,20	2,29	2,41
754	87081000	Microbiología	Cultivo de tejidos para análisis de toxinas (tétanos y difteria)	1,62	1,69	1,78
755	87116000	Microbiología	Cultivo de tuberculosis o cualquier otro bacilo ácido alcohol resistente (tuberculosis, AFB, otras micobacterias); cualquier fuente, aislamiento, identificación presuntiva de aislados	19,40	20,21	21,27
756	87301001	Microbiología	Detección de adenovirus en heces - prueba rápida	1,95	2,03	2,14
757	87210003	Microbiología	Diagnóstico parasitario en frotis sanguíneo (Hemoparásitos)	0,53	0,56	0,59
758	85999000	Microbiología	Extendido de exudado para eosinófilos de cualquier fuente	0,24	0,25	0,26
759	87210002	Microbiología	Extendido tinta china	0,24	0,25	0,26
760	87205002	Microbiología	Extendido, coloración de rutina para hongos u tipos de células (Giemsa u otros)	0,23	0,24	0,25
761	87205001	Microbiología	Extendido, coloración Giemsa para bacterias.	0,23	0,24	0,25
762	87205000	Microbiología	Extendido, coloración Gram de rutina para bacterias, hongos	0,23	0,24	0,25
763	87210000	Microbiología	Extendido, fuente primaria, con interpretación; solución salina	0,18	0,19	0,20
764	87205003	Microbiología	Extendido, gota fresca	0,22	0,23	0,24
765	87210001	Microbiología	Extendido; KOH	0,23	0,24	0,25
766	87329001	Microbiología	Giardia antígenos en heces	1,55	1,62	1,70
767	87040001	Microbiología	Hemocultivo por 1 muestra (cualquier fuente)	4,05	4,22	4,44
768	87040002	Microbiología	Hemocultivo por 2 muestras (cualquier fuente)	7,71	8,03	8,46
769	87040003	Microbiología	Hemocultivo por 3 muestras (cualquier fuente)	11,87	12,37	13,02
770	87172000	Microbiología	Investigación de Enterobius vermicularis (oxiuros); técnica de Graham (cinta adhesiva)	0,22	0,23	0,24
771	87070001	Microbiología	Mielocultivo	4,19	4,37	4,60
772	87060007	Microbiología	Neisseria gonorrhoeae, anticuerpos	18,53	19,30	20,31
773	87168000	Microbiología	Parásitos; examinación macroscópica	0,50	0,52	0,55
774	89055000	Microbiología	Polimorfonucleares en heces	0,21	0,22	0,23
775	87147000	Microbiología	Serotipificación de aislamiento bacteriano	0,94	0,98	1,03
776	87206001	Microbiología	Ziehl Neelsen	0,29	0,30	0,32
777	87206002	Microbiología	Ziehl Neelsen por 2 muestras	0,57	0,59	0,62
778	87206003	Microbiología	Ziehl Neelsen por 3 muestras	0,86	0,89	0,94
779	87206004	Microbiología	Ziehl Neelsen por 4 muestras	1,15	1,19	1,26
780	87206005	Microbiología	Ziehl Neelsen por 5 muestras	1,43	1,49	1,56
781	87206007	Microbiología	C.I.M (Concentración Inhibitoria Mínima)	1,20	1,25	1,32

9.- SUBSECCIÓN: PANELES ORIENTADOS A ENFERMEDADES U ÓRGANOS

N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
782	81599001	Panel Orientados	Análisis para fibrosis hepática no invasivo 1 (glucosa, colesterol, APO a, TGO, TGP, GGT, bilirrubina total, haptoglobina)	-	-	40,1
783	81599002	Panel Orientados	Análisis para fibrosis hepática no invasivo 2 (alfa 2 Macroglobulina, haptoglobina, apolipoproteína A, bilirrubina total, GGT, ALT)	-	-	34,4

10.- SUBSECCIÓN: PATOLOGÍA

N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
784	88314007	Patología	Coloración Albert Loeffler (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57

785	87207000	Patología	Coloración Giemsa (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57
786	88314008	Patología	Coloración GMS II (Grocott) (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57
787	88313001	Patología	Coloración hierro (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57
788	88314003	Patología	Coloración Jones (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57
789	88314001	Patología	Coloración PAS, (Ácido peryódico de Schiff), (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57
790	88314000	Patología	Coloración Rojo Congo (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57
791	88314009	Patología	Coloración Rosa de Bengala (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57
792	88313002	Patología	Coloración tricrómica de Masson (en biopsias)	0,51	0,54	0,57
793	88314005	Patología	Coloración tricrómica de Masson (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57
794	88314006	Patología	Coloración Warty Starry (H. pylori) (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57
795	88312002	Patología	Coloración Wright (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57
796	88314004	Patología	Coloración Ziehl (en corte de tejido)	0,51	0,54	0,57

Inmunohistoquímica						
797	88340200	Inmunohistoquímica	Actina (en biopsia)	-	-	8,68
798	88342041	Inmunohistoquímica	Anticuerpos contra la proteína 15 de líquido en enfermedad quística macroscópica; GCDP 15 (en biopsia)	-	5,90	6,21
799	88342001	Inmunohistoquímica	Caldesmon (en biopsia)	-	-	8,68
800	88342012	Inmunohistoquímica	Calretinina (en biopsia)	-	-	8,78
801	88342005	Inmunohistoquímica	CD117 (en biopsia)	-	-	5,75
802	88342006	Inmunohistoquímica	CD15 (en biopsia)	-	-	6,75
803	88342007	Inmunohistoquímica	CD1a (en biopsia)	-	-	9,25
804	88342018	Inmunohistoquímica	CD20 (en biopsia)	-	5,90	6,21
805	88342053	Inmunohistoquímica	CD23 (en biopsia)	-	-	7,53
806	88342008	Inmunohistoquímica	CD3 (en biopsia)	-	5,90	6,21
807	88342038	Inmunohistoquímica	CD30 (en biopsia)	-	5,90	6,21
808	88342052	Inmunohistoquímica	CD34 (en biopsia)	-	-	7,53
809	88342009	Inmunohistoquímica	CD43 (en biopsia)	-	-	4,25
810	88342019	Inmunohistoquímica	CD45 (en biopsia)	-	5,90	6,21
811	88342060	Inmunohistoquímica	CD45RO (UCHL 1) (en biopsia)	-	8,94	9,41
812	88342002	Inmunohistoquímica	CD56 (en biopsia)	-	8,16	8,59
813	88342003	Inmunohistoquímica	CD57 (en biopsia)	-	-	6,98
814	88342010	Inmunohistoquímica	CD68 (en biopsia)	-	-	4,25
815	88342004	Inmunohistoquímica	CD79 (en biopsia)	-	-	12,78
816	88342054	Inmunohistoquímica	CDX2 marcador de carcinoma de origen intestinal.	-	-	5,33
817	88342047	Inmunohistoquímica	Ciclina D1 (en biopsia)	-	-	5,33
818	88342013	Inmunohistoquímica	Citoqueratina (en biopsia)	-	-	5,33
819	88344007	Inmunohistoquímica	Citoqueratina 18 (en biopsia)	-	-	6,21
820	88344008	Inmunohistoquímica	Citoqueratina 17 (en biopsia)	-	-	5,46
821	88344004	Inmunohistoquímica	Citoqueratina 20 (en biopsia)	-	-	5,33
822	88344002	Inmunohistoquímica	Citoqueratina 5/6 (en biopsia)	-	-	5,64
823	88344003	Inmunohistoquímica	Citoqueratina 7 (en biopsia)	-	-	5,33
824	88344006	Inmunohistoquímica	Citoqueratina 8/18 (en biopsia)	-	-	6,21
825	88344000	Inmunohistoquímica	Citoqueratina de alto peso molecular (en biopsia)	-	-	5,33
826	88344001	Inmunohistoquímica	Citoqueratina de bajo peso molecular (en biopsia)	-	-	5,33
827	88342065	Inmunohistoquímica	C-MyC (en biopsia)	-	-	9,48
828	88342066	Inmunohistoquímica	EBV-LMP1 (en biopsia)	-	-	6,27
829	88342067	Inmunohistoquímica	PAX 5 (en biopsia)	-	-	5,31
830	88342068	Inmunohistoquímica	CD2 (en biopsia)	-	-	6,69

831	88342069	Inmunohistoquímica	TIA 1 (en biopsia)	-	-	6,27
832	88342070	Inmunohistoquímica	Receptor de células T (en biopsia)	-	-	8,07
833	88342071	Inmunohistoquímica	SOX 11 (en biopsia)	-	-	6,69
834	88342072	Inmunohistoquímica	CD21 (en biopsia)	-	-	5,57
835	88342073	Inmunohistoquímica	CD123 (en biopsia)	-	-	6,88
836	88342074	Inmunohistoquímica	CD163 (en biopsia)	-	-	6,78
837	88342075	Inmunohistoquímica	PD1 (en biopsia)	-	-	6,69
838	88342076	Inmunohistoquímica	Miogenina (en biopsia)	-	-	5,72
839	88342077	Inmunohistoquímica	Calpomina (en biopsia)	-	-	6,31
840	88342078	Inmunohistoquímica	ERG (en biopsia)	-	-	6,69
841	88342079	Inmunohistoquímica	MUC 4 (en biopsia)	-	-	6,62
842	88342080	Inmunohistoquímica	MDM2 (en biopsia)	-	-	6,73
843	88342081	Inmunohistoquímica	SOX 10 (en biopsia)	-	-	5,72
844	88342082	Inmunohistoquímica	Beta Catenina (en biopsia)	-	-	5,57
845	88342083	Inmunohistoquímica	CA125 (en biopsia)	-	-	5,57
846	88342084	Inmunohistoquímica	Galactina 3 (en biopsia)	-	-	5,46
847	88342085	Inmunohistoquímica	GATA 3 (en biopsia)	-	-	5,68
848	88342086	Inmunohistoquímica	IgG4 (en biopsia)	-	-	7,06
849	88342087	Inmunohistoquímica	PAX 8 (en biopsia)	-	-	6,05
850	88342088	Inmunohistoquímica	Receptores de andrógenos (en biopsia)	-	-	6,31
851	88342089	Inmunohistoquímica	Napsin A (en biopsia)	-	-	6,72
852	88342090	Inmunohistoquímica	IgG Total Policlonal (en biopsia)	-	-	5,31
853	88331000	Inmunohistoquímica	Consulta de patología durante la cirugía; con cortes congelados, muestra única	-	2,88	3,04
854	88342011	Inmunohistoquímica	D2 40 (en biopsia)	-	-	5,75
855	88342032	Inmunohistoquímica	Desoxinucleotidil transferasa terminal (Tdt) (en biopsia)	-	5,90	6,21
856	88342014	Inmunohistoquímica	Desmina (en biopsia)	-	-	5,25
857	88342015	Inmunohistoquímica	E Cadherina (en biopsia)	-	-	5,95
858	88342033	Inmunohistoquímica	Factor de transcripción tiroidea (TTF 1) (en biopsia)	-	3,01	3,17
859	88341000	Inmunohistoquímica	Fosfatasa alcalina placentaria (en biopsia)	-	-	5,33
860	88342000	Inmunohistoquímica	Glicoforina A (en biopsia)	-	-	5,33
861	88342044	Inmunohistoquímica	H.C.G coriónica en citología o tejidos (en biopsia)	-	-	6,21
862	88342045	Inmunohistoquímica	H.C.G coriónica en sangre	-	-	2,24
863	88342042	Inmunohistoquímica	HEPPAR 1 (en biopsia)	-	11,90	12,53
864	83540001	Inmunohistoquímica	Hierro hemosiderina en citología o biopsias	-	-	4,80
865	88342043	Inmunohistoquímica	HMB 45 (en biopsia)	-	5,90	6,21
866	88346000	Inmunohistoquímica	Inmunofluorescencia de piel directa (5 marcadores)	-	15,57	16,39
867	88346001	Inmunohistoquímica	Inmunofluorescencia renal directa (6 marcadores)	-	17,93	18,88
868	88342016	Inmunohistoquímica	Kappa (en biopsia)	-	5,90	6,21
869	88344005	Inmunohistoquímica	Ki67 (en biopsia)	-	5,90	6,21
870	88342017	Inmunohistoquímica	Lambda (en biopsia)	-	5,90	6,21
871	88342020	Inmunohistoquímica	Melan A (en biopsia)	-	9,52	10,02
872	88342022	Inmunohistoquímica	MLH1 (en biopsia)	-	5,90	6,21
873	88342023	Inmunohistoquímica	MSH2 (en biopsia)	-	5,90	6,21
874	88361001	Inmunohistoquímica	Oncoproteína HER-2/neu	-	-	30,28
875	88342026	Inmunohistoquímica	P16INK4A (en biopsia)	-	9,91	10,43
876	88342029	Inmunohistoquímica	P27(en biopsia)	-	5,90	6,21
877	88342025	Inmunohistoquímica	P53 (en biopsia)	-	5,90	6,21
878	88342030	Inmunohistoquímica	P57 (en biopsia)	-	5,90	6,21
879	88342024	Inmunohistoquímica	P63 (en biopsia)	-	5,90	6,21
880	86255010	Inmunohistoquímica	Panqueratina (en biopsia)	-	-	5,33

881	82127001	Inmunohistoquímica	Perfil de aminoácidos	-	-	2,54
882	88342063	Inmunohistoquímica	Perforina (en biopsia)	-	5,90	6,21
883	88342027	Inmunohistoquímica	PIN 4 (en biopsia)	-	9,52	10,02
884	88342028	Inmunohistoquímica	PLAP (en biopsia)	-	1,38	1,45
885	88342037	Inmunohistoquímica	Proteína BCL 2 (en biopsia)	-	5,90	6,21
886	88342064	Inmunohistoquímica	PTEN (en biopsia)	-	-	6,21
887	86255009	Inmunohistoquímica	Racemasa (en biopsia)	-	-	5,33
888	88342040	Inmunohistoquímica	Receptores de estrógenos y progesterona (en biopsia)	-	5,79	6,09
889	88342055	Inmunohistoquímica	Receptores estrogénicos (en biopsia)	-	5,81	6,12
890	86255011	Inmunohistoquímica	Reticulina (en biopsia)	-	-	6,21
891	88342062	Inmunohistoquímica	S 100 en citología o biopsia	-	5,78	6,08
892	88342031	Inmunohistoquímica	Sinaptofisina (en biopsia)	-	4,62	4,87
893	88341001	Inmunohistoquímica	SV 40; Polyomavirus (Simian Virus 40) (en biopsia)	-	-	6,21
894	88342046	Inmunohistoquímica	Tiroglobulina en citología o biopsia	-	2,36	2,48
895	88342034	Inmunohistoquímica	Tirosinasa	-	-	6,21
896	88342056	Inmunohistoquímica	Triptasa	-	-	6,21
897	88342057	Inmunohistoquímica	Uroplaquina	-	-	6,21
898	88342035	Inmunohistoquímica	Villina (en biopsia)	-	5,90	6,21
899	88342036	Inmunohistoquímica	Vimentina (en biopsia)	-	4,63	4,87

Procedimientos post mortem						
900	88099000	Procedimientos post mortem	Formolización adultos	-	10,49	11,04
901	88099001	Procedimientos post mortem	Formolización niños	-	5,31	5,59
902	88005001	Procedimientos post mortem	Necropsia (autopsia), examen macroscópico solamente; con cerebro	-	21,71	22,85
903	88012001	Procedimientos post mortem	Necropsia (autopsia), examen macroscópico solamente; lactante con cerebro	-	12,28	12,93

Estudios anatomopatológicos (Por nivel de complejidad del procedimiento analítico de las muestras)						
904	88300001	NIVEL I	ESTUDIO MACROSCÓPICO: especímenes que no requieren estudio microscópico	-	-	3,56
905	88302001	NIVEL II	ESTUDIO MACRO Y MICROSCÓPICO: estudio macro y microscópico de apéndice único, salpingectomía bilateral de comprobación, amputaciones pequeñas, amputaciones por trauma, biopsia piel por punch ,biopsia de piel por afeitado, muestra producto de circuncisión, sacos herniarios no abdominales, hidroceles, biopsia nervios, piel de resecciones estéticas, ganglio único, testículos por castración, muestras de mucosa vaginal, conductos diferentes por esterilización, muestras de fístulas, producto de artroplastia parcial	-	-	9,66
906	88304001	NIVEL III	ESTUDIO MACRO Y MICROSCÓPICO: restos corioplacentarios, abscesos, aneurisma, mucosa nasal, biopsia de párpado, placa ateromatosa, quiste de Bartolino, fragmento óseo, bolsa y/o membrana sinovial, tejido de canal carpiano, cartílago, osteoma, colostomía, biopsia conjuntival, cornea, divertículo de Meckel, muestra de divertículos de otro origen,	-	-	10,62

			amígdalas, cabeza de fémur, vesícula biliar (procesos inflamatorios), sacos herniarios de pared abdominal, hemorroides, hernias discales, discos intervertebrales, meniscos, mucoide, quiste pilonidal, tumores benignos de piel, biopsias core de tumores superficiales, pólipos nasales, tejidos blandos, biopsia excisional de pinguécula, biopsia incisional de mama, espermatocelo, biopsia de escroto, tendones, trombos, amígdalas, varicocele, venas por varices, biopsia excisional de pterigión, uñas procesos infecciosos, salpingectomía unilateral por embarazo ectópico, excisión de tumores benignos			
907	88305001	NIVEL IV	ESTUDIO MACRO Y MICROSCÓPICO: biopsias articulares, segmentos de superficie articular, biopsia de médula ósea, exostosis de hueso, biopsia core de hueso, producto de artroplastia total, secciones de meninges y cerebro, masto plastias por gigantomastía, mastectomía por ginecomastia, biopsia de cérvix, biopsia de colon, biopsia de duodeno, endocervix, endometrio, biopsias endometriales por legrado instrumental, biopsia de esófago, biopsias esofágicas trans endoscópicas, amputación de extremidades, trompa de Falopio por embarazo ectópico, biopsia de mucosa oral, nasal, lengua, encías, labios, resección de glándulas salivales no tumoral, muestras de vaciamiento ganglionar, válvulas cardíacas, resección articular, biopsia renal (solo función), leiomiomas, biopsia pulmonar, transbronquial, endobronquial, ganglio linfático, biopsia muscular, quiste odontogénico, muestras de ovario, ooforectomía no tumoral, cistectomía ovárica, muestra de paratiroidectomía, peritoneo tumor de hipófisis, placenta tercer trimestre, pleura, muestra de válvulas cardíacas, muestra de miocardio atrial, pericardio, pólipo de cérvix, pólipo colorrectal, biopsia de omento, pólipo de intestino delgado, biopsias trans endoscópicas de intestino delgado, biopsia prostática, prostatectomía transuretral, glándula salival, senos paranasales, tumores de tejidos blandos, bazo, biopsia gástrica, gastrectomía total y subtotal no tumoral, biopsia gástrica trans endoscópica, quiste tirogloso, lengua, tranquea, muestra resección de uréter parcial y total, uretra, vejiga, útero (solo), vulva, vulvectomía, labios vulvares, vasos sanguíneos venosos y arteriales, resección de glomus carotídeo, biopsia trans endoscópica vesical, biopsia por Infertilidad, biopsias cerebrales, biopsias de la duramadre, producto de drenaje de hematoma intracraneal, resección tumoral de conjuntiva, biopsias core de tumores profundos, toma de muestra en bloque celular de cualquier origen	-	-	11,68
908	88307001	NIVEL V	ESTUDIO MACRO Y MICROSCÓPICO: biopsia	-	-	14,02

			suprarrenal, médula ósea, fragmentos óseos por fractura patológica, resecciones de tumores cerebrovasculares, mastectomías con evaluación de bordes quirúrgicos, resección tumores de pie, mastectomías simples; conización de cérvix, salpingectomía tumoral, resección de intestino delgado tumoral, resección de segmentos de colon, polipsectomía de intestino grueso, amputaciones de extremidades no traumáticas, enucleación de ojos, reflectomías, laringectomías, biopsias hepáticas con aguja o cuña, resección parciales de hígado, biopsias pulmonares, ganglios linfáticos con grupos regionales, masas de mediastinos, biopsias de miocardio, tumores odontogénicos, ovarios con tumor, biopsia de páncreas, placenta tercer trimestre, Biopsias de próstata, (no radical), glándula salival, ganglio central, muestra de vaciamiento ganglionar, muestra intestino delgado no tumoral, resección parcial de estómago, biopsia de testículo, tumor de timo, tiroidectomía total o parcial, resección uretral, vejiga, útero y anexos (no tumoral, ni prolapso)			
909	88309001	NIVEL VI	ESTUDIO MACRO Y MICROSCÓPICO: resección ósea, mastectomía con ganglios regionales, resección de tumor de calor, resección total de colon, resección de esófago, desarticulación de extremidades, disección fetal, laringe y ganglios regionales, resección pulmonar, resección de páncreas, resección radical de próstata, resección de tejidos blandos ampliada, resección tumores de piel resección gástrica por tumor, tumor testicular, tumor amígdalar, resección de vejiga, resección uterina por tumor, resección de vulva, biopsia de mama microcalcificada, resección de tumores malignos	-	-	16,83
Otros estudios / análisis de Patología						
910	88309007	Otros procedimientos	Otros estudios / análisis de neuropatología	-	9,62	10,13
911	88309030	Otros procedimientos	Otros estudios /análisis de alta complejidad	-	8,66	9,12
912	88307007	Otros procedimientos	Otros estudios /análisis de mediana complejidad	-	5,79	6,09
913	88305013	Otros procedimientos	Otros estudios /análisis de menor complejidad	-	4,62	4,87
11.- SUBSECCIÓN: ESTUDIO GENÉTICO Y MOLECULAR						
N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
914	81206004	Estudio Genético y Molecular	ABL1 (oncogén 1 <i>c - abl</i> , receptor de tirosina quinasa); por PCR en tiempo real	-	-	37,31
915	81401002	Estudio Genético y Molecular	Acondroplasia receptor 3 del Factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR3)	-	-	24,76
916	82104000	Estudio Genético y Molecular	Alfa 1 antitripsina (A1AT); genotipos	-	-	23,77
917	88280000	Estudio Genético y Molecular	Análisis de cromosomas; cariotipos adicionales, cada estudio, incluye también fragilidad cromosómica.	-	-	13,87

918	81301000	Estudio Genético y Molecular	Análisis de microsatélites	-	-	30,11
919	81401000	Estudio Genético y Molecular	Apolipoproteína E; genotipo. (APO-E)	-	-	27,70
920	81401006	Estudio Genético y Molecular	Ataxia espinocerebelosa de tipo 3; enfermedad de Machado-Joseph (MJ)	-	-	29,70
921	81206003	Estudio Genético y Molecular	BCR / ABL1 (t (9; 22)) Ensayo cualitativo para P190, P210, P230			35,91
922	81210000	Estudio Genético y Molecular	BRAF por PCR en tiempo real	-	-	67,52
923	81211000	Estudio Genético y Molecular	BRCA1, BRCA2 secuenciación 30 genes	-	-	210,86
924	87798007	Estudio Genético y Molecular	Carga Viral de BK Polyomavirus en orina, por PCR en tiempo real	-	-	52,37
925	87489701	Estudio Genético y Molecular	Carga Viral de Citomegalovirus (CMV) por PCR en tiempo real	-	-	21,57
926	87521000	Estudio Genético y Molecular	Carga Viral de Hepatitis C por PCR en tiempo real.	-	-	38,55
927	87798002	Estudio Genético y Molecular	Carga Viral de JC Polyomavirus por PCR en tiempo real.	-	-	26,95
928	87625002	Estudio Genético y Molecular	Carga Viral de Parvovirus B19 por PCR en tiempo real	-	23,04	24,25
929	87536000	Estudio Genético y Molecular	Carga Viral del virus de inmunodeficiencia humana (HIV 1) por PCR en tiempo real	-	-	19,43
930	87517000	Estudio Genético y Molecular	Carga Viral en Hepatitis B por PCR en tiempo real.	-	-	28,96
931	88280003	Estudio Genético y Molecular	Cariotipo en aborto	-	-	21,71
932	88280004	Estudio Genético y Molecular	Cariotipo en líquido amniótico	-	-	24,17
933	88280001	Estudio Genético y Molecular	Cariotipo en médula ósea	-	-	13,87
934	88280002	Estudio Genético y Molecular	Cariotipo en sangre periférica	-	-	9,96
935	81223000	Estudio Genético y Molecular	CFTR, Fibrosis quística, secuencia completa del gen.	-	-	207,69
936	81223001	Estudio Genético y Molecular	CFTR, Fibrosis quística, secuencia para 10 mutaciones del gen más frecuentes	-	-	56,37
937	87798006	Estudio Genético y Molecular	Chikungunya, detección por PCR en tiempo real	-	-	21,69
938	81401005	Estudio Genético y Molecular	Corea de Huntington detección expansión triplete CAG gen HTT (huntingtina)	-	-	24,74
939	86828001	Estudio Genético y Molecular	Cross Match (servicio las 24 horas)	-	-	88,71
940	86828000	Estudio Genético y Molecular	Cross Match	-	-	84,51
941	81227000	Estudio Genético y Molecular	CYP2C9, Citocromo P 450, familia 2, subfamilia C, polipéptido 9 ; polimorfismo *2 y *3	-	-	27,70
942	87797000	Estudio Genético y Molecular	Detección de Leptospira por PCR	-	-	17,68
943	88184049	Estudio Genético y Molecular	Detección anticuerpos anti-Acuaporina 4, IgG en el líquido cefalorraquídeo (LCR)	-	-	49,51
944	87492000	Estudio Genético y Molecular	Detección Chlamydia trachomatis por PCR en tiempo real.	-	19,30	20,31
945	87492001	Estudio Genético y Molecular	Detección Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae por PCR en tiempo real	-	-	26,62
946	87487000	Estudio Genético y Molecular	Detección de Chlamydia pneumoniae por PCR en tiempo real	-	-	22,48
947	87497000	Estudio Genético	Detección de Citomegalovirus por PCR	-	-	21,57

		y Molecular				
948	87798004	Estudio Genético y Molecular	Detección de Clostridium difficile, Toxina A y B por PCR	-	-	21,57
949	87529006	Estudio Genético y Molecular	Detección de genes asociados a la resistencia contra carbapenémicos en Enterobacterias Gram negativa (G -)	-	-	62,31
950	87798001	Estudio Genético y Molecular	Detección de JC Polyomavirus por PCR	-	-	22,11
951	87541000	Estudio Genético y Molecular	Detección de Legionella pneumophila por PCR	-	-	40,71
952	87625003	Estudio Genético y Molecular	Detección de Parvovirus B19 por PCR	-	-	18,38
953	87625005	Estudio Genético y Molecular	Detección de Toxoplasma gondii por PCR	-	-	18,38
954	87798008	Estudio Genético y Molecular	Detección de Ureaplasma urealyticum por PCR	-	-	16,52
955	87532000	Estudio Genético y Molecular	Detección de Virus Herpes 6 por PCR	-	-	17,43
956	87529002	Estudio Genético y Molecular	Detección de Virus Influenza; subtipos A, B, H1N1 por PCR.	-	-	10,25
957	87529004	Estudio Genético y Molecular	Detección de ZIKA por PCR	-	-	24,91
958	87624000	Estudio Genético y Molecular	Detección del virus de papiloma humano (HPV) de alto riesgo	-	2,33	2,46
959	87625000	Estudio Genético y Molecular	Detección del virus de papiloma humano (HPV) de alto riesgo más identificación genotipos 16 y 18	-	5,78	6,08
960	87516000	Estudio Genético y Molecular	Detección del Virus Hepatitis B por PCR, (genotipo y mutaciones)	-	-	43,28
961	87556000	Estudio Genético y Molecular	Detección Mycobacterium tuberculosis (TB), muestras pulmonares y extra pulmonares	-	-	20,33
962	81403000	Estudio Genético y Molecular	Detección Molecular Microdeleciones del cromosoma Y; (DAZ/SRY); deleciones comunes (AZF α , AZF β , AZF α , AZF α)	-	-	38,29
963	87190000	Estudio Genético y Molecular	Detección Mycobacterium tuberculosis por PCR, búsqueda de gen rpoB	-	14,73	15,50
964	87592000	Estudio Genético y Molecular	Detección Neisseria gonorrhoeae por PCR en tiempo real	-	-	20,73
965	87625006	Estudio Genético y Molecular	Detección por medio de ácidos nucleicos; para Papillomavirus humano dérmico	-	-	11,88
966	87529003	Estudio Genético y Molecular	Detección Staphylococcus aureus resistente a Meticilina, (MRSA) por PCR en tiempo real	-	-	20,90
967	87529000	Estudio Genético y Molecular	Detección virus del herpes simple tipos 1 y 2 por PCR en tiempo real	-	-	21,30
968	87798003	Estudio Genético y Molecular	Detección Virus Epstein Barr por PCR en tiempo real.	-	-	26,79
969	87625001	Estudio Genético y Molecular	Detección virus papiloma humano (HPV) de alto y bajo riesgo	-	-	30,37
970	87625004	Estudio Genético y Molecular	Detección y cuantificación de Poliomasvirus Bk por PCR En tiempo real	-	-	26,95
971	88248000	Estudio Genético y Molecular	Determinación ataxia espinocerebelosa tipo II, expansión de tripletes por PCR	-	-	24,74
972	81401001	Estudio Genético y Molecular	Distrofia miotónica de Steinert; tipo 1 (DM1)	-	-	24,74
973	81401003	Estudio Genético y Molecular	Distrofia miotónica de Steinert; tipo 2 (DM2)	-	-	24,74
974	81161000	Estudio Genético y Molecular	Distrofia muscular de Becker	-	-	49,54
975	81161001	Estudio Genético y Molecular	Distrofia muscular de Duchenne	-	-	49,54

976	88161001	Estudio Genético y Molecular	Estudio citogenético mono capa de líquido amniótico.	-	-	24,72
977	83890000	Estudio Genético y Molecular	Extracción de materia genético	-	-	9,47
978	81240000	Estudio Genético y Molecular	Factor de coagulación II - protrombina (F II) por PCR en tiempo real.	-	-	32,35
979	81241000	Estudio Genético y Molecular	Factor de coagulación V Leiden (F V) por PCR en tiempo real	-	-	27,70
980	81243000	Estudio Genético y Molecular	Gen del retraso mental Frágil 1 (FMR1) por X Frágil	-	-	75,26
981	81400001	Estudio Genético y Molecular	Gen MCM-6; polimorfismos: C/T-13910 y T/T-13910, en tiempo real	-	-	27,7
982	87798009	Estudio Genético y Molecular	Genotipificación de Helicobacter pylori por PCR en tiempo real	-	-	22,7
983	87536003	Estudio Genético y Molecular	Genotipificación de virus de inmunodeficiencia humana (HIV), por secuenciación	-	-	48,45
984	87521001	Estudio Genético y Molecular	Genotipo, Hepatitis C	-	-	54,83
985	81405000	Estudio Genético y Molecular	HBA1 / HBA2 (alfa talasemia HBA1-HBA2) determinación de variante común	-	-	44,22
986	81256000	Estudio Genético y Molecular	Hemocromatosis (HFE)	-	-	38,29
987	88271001	Estudio Genético y Molecular	HER-2/neu (Sonda de ADN), (CISH)	-	-	32,67
988	81370000	Estudio Genético y Molecular	HLA Clase I y II de alta resolución	-	-	125,01

989	81370002	Estudio Genético y Molecular	HLA Clase I y II de baja resolución	-	-	109,33
990	81370001	Estudio Genético y Molecular	HLA Clase I y II de mediana resolución	-	-	90,45
991	81370005	Estudio Genético y Molecular	HLA Clase I y II de mediana resolución, 24 horas, donante cadavérico por riñón	-	-	80,24
992	81370006	Estudio Genético y Molecular	HLA Clase I y II de mediana resolución, 24 horas, donante cadavérico solo hígado	-	-	80,24
993	81370003	Estudio Genético y Molecular	HLA Clase I y II; donante vivo	-	-	90,45
994	81370004	Estudio Genético y Molecular	HLA Clase I y II; pre trasplante	-	-	90,45
995	86812001	Estudio Genético y Molecular	Identificación del alelo HLA B57-01 por PCR	-	-	17,22
996	86812000	Estudio Genético y Molecular	Identificación del alelo HLA-B27 por PCR	-	-	27,73
997	83891001	Estudio Genético y Molecular	Inversión del cromosoma 16, por PCR en tiempo real, detección del gen CBFβ / MYH11 en LMA-M4	-	-	38,96
998	85060000	Estudio Genético y Molecular	Investigación de células Síndrome de Sézary	-	2,92	3,07
999	81270001	Estudio Genético y Molecular	JAK2 (Janus Quinasa 2) análisis de otras variantes.	-	-	64,59
1000	81270000	Estudio Genético y Molecular	JAK2 (Janus Quinasa 2) análisis variante V617F	-	-	64,59
1001	81275000	Estudio Genético y Molecular	KRAS gen mutación, secuenciación completa	-	-	86,85
1002	81275001	Estudio Genético y Molecular	KRAS por PCR en tiempo real	-	-	67,53
1003	86360000	Estudio Genético y Molecular	Linfocitos T; recuento absoluto de CD4 y CD8, incluyendo la relación CD4/CDB	-	-	14,18
1004	81261000	Estudio Genético	Locus de cadena pesada de inmunoglobulina IG,	-	-	49,54

		y Molecular	(Leucemias y linfomas de células B), análisis de reorganización de genes para detectar población clonal anormal; metodología ampliada			
1005	81341001	Estudio Genético y Molecular	Locus de cadena pesada de inmunoglobulina IG, (Leucemias y linfomas de células T), Análisis de reorganización de genes para detectar población clonal anormal; Metodología ampliada	-	-	49,54
1006	81291003	Estudio Genético y Molecular	MTHFR (5,10 Metilentetrahidrofolato Reductasa), variantes comunes (C 677T)	-	-	27,70
1007	81291002	Estudio Genético y Molecular	MTHFR (5,10 Metilentetrahidrofolato Reductasa), variantes comunes (A 1298C)	-	-	27,70
1008	81406001	Estudio Genético y Molecular	Neurofibromatosis	-	-	35,73
1009	81404010	Estudio Genético y Molecular	NRAS (oncogén homólogo de neuroblastoma viral RAS), secuencias exón 1 y 2 por PCR en tiempo real	-	-	41,79
1010	87633000	Estudio Genético y Molecular	Panel respiratorio: identificación molecular de virus y bacterias	-	-	76,80
1011	87483000	Estudio Genético y Molecular	Panel de meningitis - encefalitis: identificación molecular de bacterias, virus y hongos	-	-	76,80
1012	87449000	Estudio Genético y Molecular	Panel de sepsis: identificación molecular de bacterias Gram positivas, Gram negativas, hongos y resistencia antibiótica	-	-	76,80
1013	87507000	Estudio Genético y Molecular	Panel gastrointestinal: identificación molecular de bacterias, virus y parásitos	-	-	76,80
1014	80055001	Estudio Genético y Molecular	Panel infeccioso prenatal	-	-	80,28
1015	310076	Estudio Genético y Molecular	Panel LMA por PCR T(15;17) T(8;21) T(9;22)	-	-	78,57
1016	87529007	Estudio Genético y Molecular	Perfil de enfermedades de transmisión sexual	-	-	57,44
1017	81400000	Estudio Genético y Molecular	Plasminógeno inhibidor activador -1; (PAI 1); 4G/5G, por PCR en tiempo real	-	-	27,70
1018	81315000	Estudio Genético y Molecular	Detección del gen PML/RAR ALPHA, (t:(15;17)), por PCR en tiempo real	-	-	30,11
1019	81268000	Estudio Genético y Molecular	Quimerismo, análisis molecular post trasplante	-	-	39,62
1020	81235000	Estudio Genético y Molecular	Receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) por PCR en tiempo real	-	-	67,54
1021	88184100	Estudio Genético y Molecular	Reordenamiento B para diagnóstico de leucemias, incluye estudio de sangre periférica y/o médula ósea y/o líquido cefalorraquídeo	-	-	80,60
1022	81161003	Estudio Genético y Molecular	Síndrome de Angelman, estudio genético	-	-	29,70
1023	81161002	Estudio Genético y Molecular	Síndrome de Prader-Willi, estudio genético	-	-	29,70
1024	88271012	Estudio Genético y Molecular	Translocación (1:19) E24 -PBX1; por PCR en tiempo real	-	-	30,11
1025	88271002	Estudio Genético y Molecular	Translocación (4:11) MLL -AF4; por PCR en tiempo real	-	-	30,11
1026	81206000	Estudio Genético y Molecular	Translocación (8; 21) AML1/ETO por PCR en tiempo real.	-	-	38,96
1027	81206001	Estudio Genético y Molecular	Translocación (8;14), detección del gen IGH/MYC en Burkitt/LNH,LLA-B/LLA LA3	-	-	32,67
1028	310086	Estudio Genético y Molecular	Traslocación T (9.22)/cuantificación	-	-	30,11
1029	310039	Estudio Genético y Molecular	Traslocación T (14:18) cuantitativa	-	-	38,96
1030	81355000	Estudio Genético y Molecular	VKORC1 (Vitamina K epóxido reductasa complejo, subunidad 1); warfarina genotipo de sensibilidad	-	-	27,70

1031	87798005	Estudio Genético y Molecular	ZIKA, Detección por PCR en Tiempo Real	-	-	25,84
------	----------	------------------------------	--	---	---	-------

12.- SUBSECCIÓN: PRUEBAS DE ESTIMULACIÓN - SUPRESIÓN

N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
1032	80480003	Pruebas Dinámicas	Curva de estímulo de HGH con clonidina (4 Tomas)	-	-	10,13
1033	80480004	Pruebas Dinámicas	Curva de HGH basal post ejercicio (2 tomas)	-	1,54	1,62
1034	80412000	Pruebas Dinámicas	Prueba de supresión de cortisol con corticoides	-	5,77	6,07

13.- SUBSECCIÓN: SCREENING PRESUNTIVO DE DROGAS DE ABUSO

N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
1035	80320000	Drogas de abuso	Alcohol etílico sérico	4,11	4,62	5,13
1036	80305010	Drogas de abuso	Anfetaminas	-	1,17	1,30
1037	80305001	Drogas de abuso	Barbitúricos (orina)	-	1,17	1,30
1038	80305002	Drogas de abuso	Benzodiacepinas (orina)	-	1,17	1,30
1039	80305003	Drogas de abuso	Cannabinoide natural (orina)	-	2,10	2,21
1040	80305004	Drogas de abuso	Cocaína (orina)	-	1,34	1,41
1041	80361000	Drogas de abuso	Derivados del opio (morfina, heroína)	-	2,37	2,50
1042	80305011	Drogas de abuso	Drogas de abuso, panel mínimo 12 drogas (orina)	-	5,19	5,46
1043	80305008	Drogas de abuso	Drogas de abuso, panel mínimo 8 drogas (orina)	-	5,19	5,46
1044	80305009	Drogas de abuso	Escopolamina (orina)	-	-	7,19
1045	80305012	Drogas de abuso	Metanfetaminas	-	1,17	1,30
1046	80305005	Drogas de abuso	Nicotina (cotidina) (suero / orina)	-	2,37	2,50
1047	80305006	Drogas de abuso	opiáceos (orina)	-	2,33	2,46

14.- SUBSECCIÓN: BANCO DE SANGRE

N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
1048	86941000	Banco de Sangre	Hemolisinas y aglutininas; incubadas	-	0,43	0,43
1049	86023000	Banco de Sangre	Plasma rico en plaquetas; para tratamiento no estético, (terapias reconstructivas y quemados)	-	-	8,59
1050	86920000	Banco de Sangre	Prueba de compatibilidad de cada unidad; técnica de Spin inmediato (prueba cruzada)	-	0,43	0,43
1051	86880000	Banco de Sangre	Prueba de globulina antihumana (prueba de Coombs); directa	-	0,81	0,81
1052	86885000	Banco de Sangre	Prueba de globulina antihumana (prueba de Coombs); indirecta, cualitativa	-	0,55	0,55
1053	86904000	Banco de Sangre	Pruebas cruzadas; compatibilidad, técnica de Spin	-	0,55	0,55
1054	86850001	Banco de Sangre	Pruebas pre transfusionales - técnica en tubo	-	1,20	1,20
1055	86885001	Banco de Sangre	Rh, Factor Du	1,37	1,43	1,51
1056	86850000	Banco de Sangre	Screening de anticuerpos (sinónimos: rastreo de anticuerpos irregulares, coombs indirecto, prueba de antiglobulinas indirecta)	-	1,08	1,08
1057	86905000	Banco de Sangre	Tipificación de sangre; antígenos de eritrocitos, ABO, Rh (D), y otros tipos y subtipos; por cada uno	-	0,55	0,55
1058	86906000	Banco de Sangre	Tipificación de sangre; fenotipificación Rh, completa	-	0,66	0,66
1059	86901000	Banco de Sangre	Tipificación de sangre; Rh (D)	-	0,43	0,43
1060	86890001	Banco de Sangre	Pruebas Nat no incluidas en componentes sanguíneos (incluye repeticiones y resoluciones), (en caso de ser necesario)	3,18	3,18	3,18

Tarifas de los componentes sanguíneos

1061	86960000	Banco de Sangre	Concentrado de glóbulos rojos	\$ 53,54
1062	86960003	Banco de Sangre	Concentrado de glóbulos rojos ; pediátricos	\$ 16,79
1063	86960001	Banco de Sangre	Concentrado de glóbulos rojos leucoreducidos	\$ 53,54
1064	86965000	Banco de Sangre	Concentrado de plaquetas	\$ 53,54
1065	86960004	Banco de Sangre	Concentrado de plaquetas por aféresis	\$ 394,59
1066	86972000	Banco de Sangre	Crioprecipitado	\$ 53,54
1067	86927000	Banco de Sangre	Plasma fresco congelado	\$ 53,54
1068	86927001	Banco de Sangre	Plasma fresco refrigerado	\$ 53,54
1069	86930000	Banco de Sangre	Sangre reconstituida	\$ 107,08
1070	86930001	Banco de Sangre	Sangre reconstituida, pediátricos	\$ 70,33

15.- SUBSECCIÓN: OTROS PROCEDIMIENTOS

N°	CPT-000	Área	Descripción	NIVEL I (UVR)	NIVEL II (UVR)	NIVEL III (UVR)
1071	89322000	Otros procedimientos	Análisis de semen; espermograma con criterios OMS; (volumen, conteo, motilidad y morfología)	1,47	1,53	1,61
1072	88099002	Otros procedimientos	Investigación de quiste hidatídico; Echinococcus	2,99	3,12	3,28
1073	89050001	Otros procedimientos	Líquido cefalorraquídeo recuento y diferencial celular, química, glucosa, proteínas	2,55	2,65	2,79
1074	89050002	Otros procedimientos	Líquido peritoneal recuento y diferencial celular, glucosa, amilasa, fosfatasa alcalina, albumina	3,59	3,74	3,94
1075	89050003	Otros procedimientos	Líquido pleural recuento y diferencial celular, proteínas, glucosa, colesterol	3,59	3,74	3,94
1076	89050004	Otros procedimientos	Líquido sinovial recuento y diferencial celular, proteínas, glucosa, ácido úrico	2,75	2,86	3,01
1077	87181000	Otros procedimientos	Panel de susceptibilidad antimicrobiana; (hongos, levaduras)	2,59	2,70	2,84
1078	87999000	Otros procedimientos	Prueba de inmunodifusión para hongos; (Histoplasma capsulatum, Blastomyces dermatidis, Coccidioides immitis y Aspergillus fumigatus)	5,38	5,60	5,89
1079	81599003	Otros procedimientos	Tamizaje/Screenning metabólico neonatal 5 patologías: fenilcetonuria (PKU), galactosemia (galactosa total o equivalente), hiperplasia suprarrenal (17 OH progesterona), hipotiroidismo congénito (TSH), fibrosis quística (IRT) en papel filtro, procesamiento de la muestra en laboratorio, reporte de resultados en sistema informático	-	-	4,39
1080	81599004	Otros procedimientos	Tamizaje/Screenning metabólico neonatal 4 patologías: fenilcetonuria (PKU), galactosemia (galactosa total o equivalente), hiperplasia suprarrenal (17 OH progesterona), hipotiroidismo congénito (TSH), en papel filtro, procesamiento de la muestra en laboratorio, reporte de resultados en sistema informático	3,17	3,23	3,3
1081	81599005	Otros procedimientos	Tamizaje/Screenning metabólico neonatal; solo insumo para toma de muestra en cartillas de papel filtro.	0,23	0,23	0,23
1082	81599006	Otros procedimientos	Tamizaje/Screenning metabólico neonatal; solo toma de muestra; sin insumos	0,21	0,21	0,21
1083	81599007	Otros procedimientos	Tamizaje/Screenning metabólico neonatal; sólo transporte de la muestra	0,55	0,55	0,55

Reference taken from: CPT® (Current Procedural Terminology). American Medical Association. All rights reserved. Copyright 1995 - 2017

Reference taken from: Mayo Foundation for Medical Education and Research. © 1995–2017.

3.2 Componentes de servicios de apoyo diagnóstico - Imagen

Se aplican códigos, descripciones del CPT y unidades de valor relativo de los exámenes y procedimientos de ayuda diagnóstica, organizados por los distintos sistemas del cuerpo humano.

El valor de reconocimiento económico incluye: uso del equipo, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril reutilizable, material directo atribuible al procedimiento, 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 de servicios públicos y otros, se diferencia por nivel de atención. El nivel de atención se regirá por la Normativa Nacional vigente, relacionada a la tipología de establecimientos de salud emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Los medios de contrastes y dispositivos médicos identificables en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, se encontrarán con asterisco en los respectivos códigos (en los que intervienen los profesionales médicos de manera directa, considerados por nivel de atención).

En el caso de que existan procedimientos realizados en establecimientos de salud que no registren unidades de valor relativo en la columna pertinente según su nivel, se utilizará para el reconocimiento económico la disminución del 10% de un nivel superior y el 20% si es en dos niveles superiores.

En caso de que el médico imagenólogo y/o radiólogo no realice el informe, se descontará el 25% del valor del procedimiento y el 25% en honorarios médicos cuando aplique.

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

CONTENIDO DE SERVICIO DIAGNÓSTICO DE IMAGEN

Cuando la descripción del procedimiento indique que se trata de un examen radiológico contrastado/con contraste, se añadirá el valor del contraste (**). En el caso de que existan honorarios profesionales se añadirá el valor del honorario profesional (*).

CABEZA Y CUELLO					
N.º	Códigos	Descripción	UVR nivel de Atención		
			UVR I	UVR II	UVR III
1	70010	Mielografía de fosa posterior, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**)	0,00	8,39	11,18
2	70015	Cisternografía, con contraste positivo, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**)	0,00	4,92	6,01

3	70030	Examen radiológico de ojo para detección de cuerpo extraño	2,94	3,09	3,86
4	70100	Examen radiológico de mandíbula, parcial, menos de cuatro proyecciones	4,31	8,36	8,45
5	70110	Examen radiológico de mandíbula, completa, mínimo cuatro proyecciones	8,28	4,54	5,67
6	70120	Examen radiológico de mastoides, menos de tres proyecciones por lado.	2,94	3,09	3,86
7	70130	Examen radiológico de mastoides, completa, mínimo tres proyecciones por lado.	3,3	3,09	3,86
8	70134	Examen radiológico de meato auditivo interno, completo	2,94	3,09	3,86
9	70140	Examen radiológico de huesos de la cara; menos de tres proyecciones	2,94	3,09	3,86
10	70150	Examen radiológico de huesos de la cara; completa mínimo tres proyecciones	3,3	3,47	4,34
11	70160	Examen radiológico de huesos nasales, completo, mínimo tres proyecciones	3,3	3,47	4,34
12	70170	Dacriocistografía del ducto nasolagrimal, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0,00	24,38	24,63
13	70190	Examen radiológico del foramen óptico	3,3	3,47	4,34
14	70200	Examen radiológico; órbitas, completo, mínimo cuatro proyecciones	11,56	11,67	11,79
15	70210	Examen radiológico sinusal, paranasal, menos de tres proyecciones	2,9	3,43	4,29
16	70220	Examen radiológico sinusal, paranasal, completo, mínimo tres proyecciones	3,26	3,43	4,29
17	70240	Examen radiológico, silla turca (dos proyecciones)	2,66	2,8	3,5
18	70250	Examen radiológico de cráneo, menos de cuatro proyecciones	2,8	2,95	3,69
19	70260	Examen radiológico de cráneo, completo, mínimo cuatro proyecciones	3,57	3,76	4,7
20	70300	Examen radiológico de diente, proyección simple	1,35	1,4	1,43
21	70310	Examen radiológico, dientes; examen parcial, menos de toda la boca	2,35	2,4	2,43
22	70320	Examen radiológico de dientes, completo, toda la boca	3,36	3,4	3,43
23	70328	Examen radiológico de articulación temporomandibular, boca	2,66	2,8	3,5

		abierta y cerrada, unilateral			
24	70330	Examen radiológico de articulación temporomandibular, boca abierta y cerrada, bilateral	3,3	3,47	4,34
25	70332	Artrografía de la articulación temporomandibular, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**) (no reportar el código 70332 conjuntamente con el código 77002)	0,00	75,21	75,97
26	70336	Resonancia magnética de articulación(es) temporomandibular(es)	0,00	31,74	32,06
27	70350	Cefalograma ortodóntico	2,66	2,80	3,50
28	70355	Ortopantograma (por ejemplo: panorámica dental)	3,80	3,84	3,88
29	70360	Examen radiológico de cuello, partes blandas (cavum)	2,92	3,07	3,83
30	70370	Examen radiológico de faringe o laringe, incluyendo fluoroscopia y/o técnica de magnificación	8,78	8,87	8,96
31	70371	Evaluación del lenguaje y del complejo dinámico faríngeo por grabación en cine o video (esofagograma) (**) (el código 70373 se eliminó del CPT 2017. Para laringografía contrastada, usar el código 76499)(para tomografía computarizada de laringe, ver los códigos 70490, 70491 y 70492)	0,00	5,05	6,31
32	70380	Examen radiológico de glándulas salivales para cálculos	0,00	23,64	23,88
33	70390	Sialografía con supervisión radiológica e interpretación (*) (**)	0,00	5,25	6,56
34	70450	Tomografía computarizada de cabeza o cerebro, sin material de contraste	0,00	7,21	9,01
35	70460	Tomografía computarizada de cabeza o cerebro, con material de contraste. (**)	0,00	22,99	23,22
36	70470	Tomografía computarizada de cabeza o cerebro, sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y más cortes adicionales (*) (**) (para reportar honorarios por interpretación 3D, ver los códigos 76376, 76377)	0,00	11,00	13,76
37	70480	Tomografía computarizada de órbita, silla turca, fosa posterior, oído, sin material de contraste	0,00	7,21	9,01
38	70481	Tomografía computarizada de órbita, silla turca, fosa posterior, oído, con material de contraste. (**)	0,00	20,43	20,63
39	70482	Tomografía computarizada de órbita, silla turca, fosa posterior, oído, sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y más cortes adicionales (*) (**) (para reportar honorarios por interpretación 3D, ver los códigos 76376, 76377)	0,00	11,00	13,76

40	70486	Tomografía axial computarizada, área maxilofacial; sin material de contraste. (senos paranasales)	0,00	10,32	12,90
41	70487	Tomografía axial computarizada, área maxilofacial; con material de contraste (senos paranasales)	0,00	20,24	20,45
42	70488	Tomografía axial computarizada, área maxilofacial; con y sin contraste (*)(**) (para reportar honorarios por interpretación 3D, ver los códigos 76376, 76377)	0,00	17,19	21,49
43	70490	Tomografía axial computarizada, tejido blando del cuello, sin material de contraste	0,00	7,21	9,01
44	70491	Tomografía axial computarizada, tejido blando del cuello, con material de contraste. (**)	0,00	11,00	13,76
45	70492	Tomografía axial computarizada, tejido blando del cuello, sin material de contraste seguido por materiales de contraste y más cortes adicionales (*)(**) (para reportar honorarios por interpretación 3D, ver los códigos 76376, 76377) (Para columna cervical ver el código 72125 y 72126)	0,00	11,00	13,76
46	70496	Angiotac de cabeza, con material de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen (*)(**)	0,00	13,85	17,31
47	70498	Angiotac de cuello, con material de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen (*)(**)	0,00	13,85	17,31
48	70540	Resonancia magnética de órbita, cara y/o cuello, sin material(es) de contraste. (para estudios de angioresonancia de cabeza o cuello, ver los códigos 70544-70546, 70547-70549)	0,00	23,52	23,76
49	70542	Resonancia magnética de órbita, cara y/o cuello, con material(es) de contraste.	0,00	30,34	30,65
50	70543	Resonancia magnética de órbita, cara y/o cuello, sin material(es) de contraste, seguido de materiales de contraste y más cortes adicionales (**) (reportar los códigos 70540-70543 una sola vez por sesión de imagen)	0,00	36,50	36,87
51	70544	Angioresonancia de cabeza, sin material(es) de contraste (*)	0,00	30,08	30,39
52	70545	Angioresonancia de cabeza, con material(es) de contraste (*)(**)	0,00	39,77	40,17
53	70546	Angioresonancia de cabeza, sin material(es) de contraste, seguido de materiales de contraste y más cortes adicionales (*)(**)	0,00	59,18	59,78
54	70547	Angioresonancia de cuello, sin material(es) de contraste (*)	0,00	30,08	30,39
55	70548	Angioresonancia de cuello, con material(es) de contraste (*)(**)	0,00	41,51	41,93

56	70549	Angioresonancia de cuello, sin material(es) de contraste, seguido de materiales de contraste y más cortes adicionales (*)(**)	0,00	59,18	59,78
57	70551	Resonancia magnética de cerebro, (incluyendo tallo cerebral); sin material(es) de contraste	0,00	16,96	21,20
58	70552	Resonancia magnética de cerebro, (incluyendo tallo cerebral); con material(es) de contraste (**)	0,00	25,44	31,80
59	70553	Resonancia magnética de cerebro, (incluyendo tronco encefálico), sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y más cortes adicionales (**) (para espectroscopia magnética, usar el código 76390)	0,00	58,87	59,46
60	70554	Resonancia magnética de cerebro, funcional; incluyendo test de selección y administración de movimientos repetitivos de partes del cuerpo y/o estimulación visual, no requiere supervisión de un médico o psicólogo (no reportar el código 70554 conjuntamente con el código 96020)	0,00	64,42	65,07
61	70555	Resonancia magnética de cerebro, funcional; incluyendo test de selección y administración de movimientos repetitivos de partes del cuerpo y/o estimulación visual, requiere supervisión de un médico o psicólogo en toda la prueba neurofuncional. (*) (No reportar el código 70555 a no ser que el código 96020 se realice) (no reportar los códigos 70554 y 70555 conjuntamente con los códigos 70551-70553 a menos que el diagnóstico separado por RM se realice)	0,00	86,59	87,46
62	70557	Resonancia magnética (p. Ej., Protones), imágenes del cerebro (incluido el tronco encefálico y la base del cráneo), durante un procedimiento intracraneal abierto (p. Ej., Para evaluar el tumor residual o la malformación vascular residual); sin material de contraste	0,00	22,99	23,22
63	70558	Resonancia magnética (p. Ej., Protones), imágenes del cerebro (incluido el tronco encefálico y la base del cráneo), durante un procedimiento intracraneal abierto (p. Ej., Para evaluar el tumor residual o la malformación vascular residual); con material de contraste (**)	0,00	23,29	23,70
64	70559	Resonancia magnética (p. Ej., Protones), imágenes del cerebro (incluido el tronco encefálico y la base del cráneo), durante un procedimiento intracraneal abierto (p. Ej., Para evaluar el tumor residual o la malformación vascular residual); sin material (es) de contraste, seguido de material (es) de contraste y secuencias adicionales (**)	0,00	22,99	23,22
<p>Nota: La resonancia magnética funcional implica la identificación y la cartografía de la estimulación de la función cerebral cuando las pruebas neurofuncionales son administradas por un tecnólogo u otro no psicólogo usar el código 70554. Cuando las pruebas neurofuncionales son administradas completamente por un médico o psicólogo usar el código 70555.</p> <p>(*) A Más del procedimiento, se añade Honorarios Médicos.</p> <p>(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales, por ejemplo: medio de contraste, etc.</p> <p>(***) Cuando se realiza estudio de artroresonancia, añadir el código 70336.</p>					

TÓRAX					
N.º	Códigos	Descripción	UVR nivel de Atención		
			UVR I	UVR II	UVR III
65	71015	Examen radiológico de tórax, estéreo, frontal	2,01	2,12	2,65
66	71021	Examen radiológico de tórax, 2 proyecciones, frontal y lateral, con incidencia apical lordótica	5,09	5,36	6,70
67	71022	Examen radiológico de tórax, 2 proyecciones, frontal y lateral; con proyecciones oblicuas	5,66	5,96	7,45
68	71023	Examen radiológico de tórax, 2 proyecciones, frontal y lateral, con fluoroscopia	12,43	12,56	12,69
69	71034	Examen radiológico de tórax completo, mínimo 4 proyecciones. Con fluoroscopia. (para fluoroscopia de tórax separada, usar el código 76000)	5,66	5,96	7,45
70	71035	Examen radiológico de tórax, proyecciones especiales (por ejemplo: Proyección lateral, de cúbito, estudios bucky)	5,09	5,36	6,70
71	71045	Examen radiológico de tórax (estándar), vista única frontal	2,01	2,12	2,65
72	71046	Examen radiológico de tórax, 2 proyecciones, frontal y lateral	2,97	3,13	3,91
73	71047	Examen radiológico, tórax; 3 vistas	5,09	5,36	6,70
74	71048	Examen radiológico de tórax completo, mínimo 4 proyecciones	5,66	5,96	7,45
75	71100	Examen radiológico de costillas, unilateral, 2 proyecciones	7,52	7,59	7,67
76	71101	Examen radiológico de costillas, incluyendo tórax postero-anterior, mínimo 3 proyecciones	9,33	9,42	9,51
77	71110	Examen radiológico de costillas, bilateral, 3 proyecciones (tórax óseo)	8,98	9,07	9,16
78	71111	Examen radiológico de costillas, incluyendo tórax postero-anterior, mínimo 4 proyecciones	16,18	16,34	16,51
79	71120	Examen radiológico de esternón, mínimo 2 proyecciones	7,52	7,59	7,67
80	71130	Examen radiológico de articulación esterno clavicular, 3 proyecciones	9,89	9,99	10,09
81	71250	Tomografía computarizada de tórax, sin material(es) de contraste	0,00	9,29	11,62
82	71260	Tomografía computarizada de tórax, con material(es) de contraste. (**)	0,00	13,07	16,33
83	71270	Tomografía computarizada de tórax, sin material de contraste seguida por materiales de contraste y más cortes adicionales (*)(**) (para tomografía computarizada cardíaca ver los códigos 75571-75574) (para reportar honorarios por interpretación 3D, ver los códigos 76376, 76377)	0,00	13,07	16,33

84	71275	Angiotac de tórax (no coronario) con material(es) de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen (*)(**) (para angiografía por tomografía computarizada de arteria coronaria incluyendo calificación por puntuación y/o morfología cardíaca, usar el código 75574)	0,00	13,85	17,31
85	71550	Resonancia magnética de tórax (por ejemplo: para linfadenopatía iliar y mediastinal); sin material(es) de contraste	0,00	16,96	21,20
86	71551	Resonancia magnética de tórax, (por ejemplo: para evaluación de linfadenopatía iliar y mediastinal). Con material(es) de contraste (**)	0,00	25,44	31,80
87	71552	Resonancia magnética de tórax, (por ejemplo: para evaluación de linfadenopatía iliar y mediastinal). Sin material de contraste, seguido por materiales de contraste y más cortes adicionales (**) (para RM de tórax, ver los códigos 77058 y 77059)	0,00	53,46	54,00
88	71555	Angioresonancia de tórax, (excluyendo miocardio), con o sin material(es) de contraste. (*)(**)	0,00	59,92	60,52
(*) A Más del procedimiento, se añade Honorarios Médicos					
(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.					

COLUMNA Y PELVIS					
N.º	Códigos	Descripción	UVR nivel de Atención		
			UVR I	UVR II	UVR III
89	72020	Examen radiológico de columna, una posición especificando el nivel. (para una proyección que incluye toda la columna torácica y lumbar, ver el código 72081)	2,01	2,12	2,65
90	72040	Examen radiológico de columna cervical; 2 o 3 proyecciones	2,80	2,95	3,69
91	72050	Examen radiológico de columna cervical; 4 o 5 proyecciones	3,76	3,96	4,95
92	72052	Examen radiológico de columna cervical; 6 o más proyecciones	6,42	6,76	8,45
93	72070	Examen radiológico de columna torácica, dos proyecciones	3,82	4,02	5,02
94	72072	Examen radiológico de columna torácica, tres proyecciones	3,83	4,03	5,03
95	72074	Examen radiológico de columna torácica, mínimo cuatro proyecciones.	4,65	4,89	6,11
96	72080	Examen radiológico de unión toracolumbar, mínimo dos proyecciones (para examinación de una proyección de unión toracolumbar, usar el código 72020)	2,97	3,13	3,91
97	72081	Examen radiológico de columna, torácica y lumbar, incluyendo cráneo cervical y columna sacra, si se realiza (por ejemplo: evaluación de escoliosis) una proyección	13,02	13,15	13,28
98	72082	Examen radiológico de columna, torácica y lumbar, incluyendo cráneo cervical y columna sacra, si se realiza (por	18,50	18,69	18,88

		ejemplo: evaluación de escoliosis) 2 o 3 proyecciones			
99	72083	Examen radiológico de columna, torácica y lumbar, incluyendo cráneo cervical y columna sacra, si se realiza (por ejemplo: evaluación de escoliosis) 4 o 5 proyecciones	22,53	22,76	22,99
100	72084	Examen radiológico de columna, torácica y lumbar, incluyendo cráneo cervical y columna sacra, si se realiza (por ejemplo: evaluación de escoliosis) mínimo seis proyecciones	26,04	26,30	26,57
101	72100	Examen radiológico de columna lumbosacra; 2 o 3 proyecciones	3,82	4,02	5,02
102	72110	Examen radiológico de columna lumbosacra; mínimo cuatro proyecciones	4,65	4,89	6,11
103	72114	Examen radiológico de columna lumbosacra, completa, incluyendo proyecciones de curvatura (bending), mínimo seis proyecciones.	21,94	22,16	22,39
104	72120	Examen radiológico de columna lumbosacra, solo visualizaciones de curvas (bending), 2 o 3 proyecciones. (El material de contraste en tomografía contrastada de columna está por inyección intratecal o intravenosa. Para inyección intratecal usar además el código 61055 o 62284. La inyección intravenosa de material de contraste es parte del procedimiento de tomografía contrastada)	20,89	21,10	21,31
105	72125	Tomografía computarizada de columna cervical, sin material de contraste.	0,00	7,02	9,01
106	72126	Tomografía computarizada de columna cervical, con material de contraste. (**)	0,00	7,21	10,76
107	72127	Tomografía computarizada de columna cervical, sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y más cortes adicionales (**) (para el procedimiento de inyección intratecal, ver los códigos 61055 y 62284)	0,00	27,78	28,06
108	72128	Tomografía computarizada de columna dorsal, sin material de contraste	0,00	21,13	21,34
109	72129	Tomografía computarizada de columna dorsal, con material de contraste. (**) (Para el procedimiento de inyección intratecal ver los códigos 61055 y 62284).	0,00	25,71	25,97
110	72130	Tomografía computarizada de columna dorsal, sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y más cortes adicionales (**) (para el procedimiento de inyección intratecal ver los códigos 61055 y 62284)	0,00	25,80	26,06
111	72131	Tomografía computarizada de columna lumbar, sin material de contraste	0,00	20,06	20,26
112	72132	Tomografía computarizada de columna lumbar, con material de contraste. (**)	0,00	24,29	24,54

113	72133	Tomografía computarizada de columna lumbar, sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y cortes adicionales (3D)(*) (**) (PARA EL PROCEDIMIENTO DE INYECCION INTRATECAL VER LOS CODIGOS 61055 Y 62284) (para reportar honorarios por interpretación 3D, ver los códigos 76376, 76377)	0,00	32,18	32,51
114	72141	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) del canal espinal y sus contenidos, cervical; sin material de contraste.	0,00	16,96	21,20
115	72142	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) del canal espinal y sus contenidos, cervical; con material de contraste. (**) (Para la imagen del canal espinal cervical sin material de contraste seguido por materiales de contraste, usar el código 72156).	0,00	25,44	31,80
116	72146	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) del canal espinal y sus contenidos, torácico; sin material de contraste.	0,00	16,96	21,20
117	72147	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) del canal espinal y sus contenidos, torácico; con material(es) de contraste (**) (para la imagen del canal espinal torácico sin material de contraste seguido por materiales de contraste, usar el código 72157).	0,00	25,44	31,80
118	72148	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) del canal espinal y sus contenidos, lumbar; sin material de contraste	0,00	16,96	21,20
119	72149	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) del canal espinal y sus contenidos, torácico; con material de contraste. (**) (Para la imagen del canal espinal lumbar sin material de contraste seguido por materiales de contraste, usar el código 72158).	0,00	25,44	31,80
120	72156	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, sin material de contraste, seguido de materiales de contraste y más cortes adicionales ; cervical (**)	0,00	59,46	60,06
121	72157	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, sin material de contraste, seguido de materiales de contraste y más cortes adicionales ; torácica (**)	0,00	59,46	60,06
122	72158	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, sin material de contraste, seguido de materiales de contraste y más cortes adicionales ; lumbar (**)	0,00	53,46	54,00
123	72159	Angioresonancia del canal espinal y sus contenidos, con o sin material de contraste (*)(**)	0,00	49,41	49,91
124	72170	Examen radiológico de pelvis, 1 o 2 proyecciones	8,05	8,13	8,21
125	72190	Examen radiológico de pelvis, completa, mínimo tres proyecciones (para pelvimetría, usar el código 74710)(para tomografía computarizada combinada (TC) o angiografía por tomografía computarizada de abdomen y estudio pélvico, ver los códigos 74174, 74176-74178)	11,15	11,27	11,38

126	72191	Angiotac de pelvis, con material de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen (*) (**) (no reportar el código 72191 conjuntamente con el código 73706 o 75635. Para angiografía por tomografía computarizada aorto- iliofemoral, usar el código 75635) (no reportar el código 72191 conjuntamente con el código 74175. Para la angiografía por tomografía computarizada combinada de abdomen y estudio pélvico, usar el código 74174)	0,00	66,49	67,16
127	72192	Tomografía computarizada de pelvis, sin material(es) de contraste	0,00	9,29	11,62
128	72193	Tomografía computarizada de pelvis, con material(es) de contraste. (**)	0,00	13,07	16,33
129	72194	Tomografía computarizada de pelvis, sin material de contraste seguida por materiales de contraste y más cortes adicionales (3D) (*) (**) (para tomografía computarizada combinada de abdomen y estudio pélvico, ver los códigos 74176-74178) (para reportar honorarios por interpretación 3D, ver los códigos 76376, 76377) (para colonografía por tomografía computarizada, diagnóstica, ver los códigos 74261- 74262. Para colonografía por tomografía computarizada de Screening, usar el código 74263)	0,00	32,18	32,51
130	72195	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) de pelvis, sin material de contraste	0,00	16,96	21,20
131	72196	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) de pelvis, con material de contraste(**)	0,00	25,44	31,80
132	72197	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) de pelvis, sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y más cortes adicionales (**)(no reportar los códigos 72195, 72196 y 72197 conjuntamente con los códigos 74712 y 74713)(para resonancia magnética de un feto(s), ver los códigos 74712 y 74713)	0,00	53,46	54,00
133	72198	Angioresonancia de pelvis, con o sin materiales de contraste (*)(**)	0,00	52,28	52,81
134	72200	Examen radiológico de articulaciones sacroilíacas, menos de 3 proyecciones	7,46	7,54	7,61
135	72202	Examen radiológico de articulaciones sacroilíacas, 3 o más proyecciones	12,43	12,56	12,69
136	72220	Examen radiológico, sacro y coxis, mínimo 2 proyecciones	2,92	3,07	3,83
137	72240	Mielografía cervical con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)(no reportar el código 72240 conjuntamente con los códigos 62284, 62302, 62303, 62304 y 62305)(cuando ambos códigos 62284 y 72240 son realizados por el mismo médico u otro profesional de la salud calificado para mielografía cervical, usar el código 62302)(para mielografía cervical completa por procedimiento de inyección en c1-c2, ver los códigos 61055 y 72240)	0,00	10,61	14,15

138	72255	Mielografía torácica con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)(no reportar el código 72255 conjuntamente con los códigos 62284, 62302, 62303, 62304 y 62305)(cuando ambos códigos 62284 y 72255 son realizados por el mismo médico u otro profesional de la salud calificado para mielografía torácica, usar el código 62303)(para mielografía torácica completa por procedimiento de inyección en c1-c2, ver los códigos 61055 y 72255)	0,00	8,39	11,18
139	72265	Mielografía lumbosacra con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)(no reportar el código 72265 conjuntamente con 62284, 62302, 62303, 62304 y 62305)(cuando ambos códigos 62284 y 72265 son realizados por el mismo médico u otro profesional de la salud calificado para Mielografía lumbosacra, usar el código 62304)(para mielografía lumbosacra completa por procedimiento de inyección en c1-c2, ver los códigos 61055 y 72265)	0,00	8,39	11,18
140	72270	Mielografía de 2 o más regiones (por ejemplo: lumbar/torácica, cervical/torácica, lumbar/cervical, lumbar/torácica/cervical) con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)(no reportar el código 72270 conjuntamente con los códigos 62284, 62302, 62303, 62304 y 62305)(cuando ambos códigos 62284 y 72270 son realizados por el mismo médico u otro profesional de la salud calificado para mielografía de dos o más regiones, usar el código 62305)(para mielografía completa de dos o más regiones por procedimiento de inyección en c1-c2 ver los códigos 61055 y 72270).	0,00	10,61	14,15
141	72275	Epidurografía, supervisión radiológica e interpretación	0,00	10,59	14,12
142	72285	Discografía cervical o torácica, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**) (los códigos 72291 y 72292 se eliminaron del CPT 2017. Para reportarlos ver los códigos 22510, 22511, 22512, 22513, 22514, 22515).	0,00	12,34	16,45
143	72295	Discografía lumbar con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0,00	12,34	16,45
(*) A más del procedimiento, se añade Honorarios Médicos					
(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.					

EXTREMIDADES SUPERIORES					
144	73000	Examen radiológico de clavícula, completo	2,63	2,77	3,46
145	73010	Examen radiológico de escápula, completo	7,46	7,54	7,61
146	73020	Examen radiológico de hombro, proyección simple	2,01	2,12	2,65
147	73030	Examen radiológico de hombro, completo, mínimo dos proyecciones	2,92	3,07	3,83
148	73040	Examen radiológico de hombro mediante artrografía, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**) (***) (no reportar el código 77002 conjuntamente con el código 73040)	0,00	75,21	75,97

149	73050	Examen radiológico de articulaciones acromioclaviculares bilateral, con o sin carga ponderada	3,18	3,35	4,19
150	73060	Examen radiológico de húmero, mínimo dos proyecciones	3,30	3,47	4,34
151	73070	Examen radiológico de codo, dos proyecciones	2,97	3,13	3,91
152	73080	Examen radiológico de codo, completo, mínimo tres proyecciones	3,30	3,47	4,34
153	73085	Examen radiológico, codo, artrografía, supervisión radiológica e interpretación (*) (**) (***)	0,00	75,21	75,97
154	73090	Examen radiológico de antebrazo, dos proyecciones	2,97	3,13	3,91
155	73092	Examen radiológico de extremidad superior, infante, mínimo dos proyecciones	2,37	2,49	3,12
156	73100	Examen radiológico de muñeca, dos proyecciones	2,80	2,95	3,69
157	73110	Examen radiológico de muñeca, completa, mínimo tres proyecciones.	3,30	3,47	4,34
158	73115	Examen radiológico de muñeca, mediante artrografía, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**) (***)	0,00	75,21	75,97
159	73120	Examen radiológico de mano, dos proyecciones	2,80	2,95	3,69
160	73130	Examen radiológico de mano, mínimo tres proyecciones	11,70	11,82	11,94
161	73140	Examen radiológico de dedo(s), mínimo dos proyecciones	2,94	3,09	3,86
162	73200	Tomografía computarizada de extremidades superiores, sin material de contraste	0,00	20,06	20,26
163	73201	Tomografía computarizada de extremidades superiores, con material(es) de contraste (**)	0,00	28,49	28,78
164	73202	Tomografía computarizada de extremidades superiores, sin material de contraste seguida por materiales de contraste y más cortes adicionales (*)(**) (para reportar honorarios por interpretación 3D, ver los códigos 76376, 76377)	0,00	29,88	30,18
165	73206	Angiotac de miembro superior, con material(es) de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen (*)(**)	0,00	66,49	67,16
166	73218	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) no articular de extremidad superior simple	0,00	25,44	31,80
167	73219	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) no articular de extremidad superior, simple y contrastada (**)	0,00	25,44	31,80
168	73220	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) no articular de extremidad superior, simple y contrastada más cortes	0,00	25,94	32,80

		adicionales (**)			
169	73221	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) de cualquier articulación de las extremidades superiores, sin material de contraste	0,00	16,96	21,20
170	73222	Resonancia magnética de cualquier articulación de miembro superior, con material(es) de contraste. (**)	0,00	25,44	31,80
171	73223	Resonancia magnética de cualquier articulación de miembro superior, sin material de contraste, seguido de materiales de contraste y más cortes adicionales (**)	0,00	25,44	31,80
172	73225	Angioresonancia de miembro superior, con o sin material(es) de contraste (*)(**)	0,00	52,28	52,81
<p>(*) A más del procedimiento, se añade Honorarios Médicos (**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales, por ejemplo: medio de contraste (***) Cuando se realice estudio de artrotomografía añadir el código 73200 y si es estudio de artroresonancia añadir el código 73221 (extremidades superiores).</p>					

EXTREMIDADES INFERIORES					
173	73501	Examen radiológico de cadera unilateral, cuando se realiza con pelvis, una proyección	4,56	4,61	4,66
174	73502	Examen radiológico de cadera unilateral, cuando se realiza con pelvis, 2-3 proyecciones	8,19	8,27	8,36
175	73503	Examen radiológico de cadera unilateral, cuando se realiza con pelvis, mínimo 4 proyecciones (el código 73510 se eliminó del CPT 2017. Para reportarlo ver los códigos 73502 y 73503) (el código 73520 se eliminó del CPT 2017. Para reportarlo ver los códigos 73521, 73522 y 73523)	13,17	13,30	13,43
176	73521	Examen radiológico de caderas, bilateral, cuando se realiza con pelvis, dos proyecciones	8,19	8,27	8,36
177	73522	Examen radiológico de caderas, bilateral, cuando se realiza con pelvis, 3-4 proyecciones	12,43	12,56	12,69
178	73523	Examen radiológico de caderas, bilateral, cuando se realiza con pelvis, mínimo 5 proyecciones	17,85	18,03	18,21
179	73525	Examen radiológico de cadera, mediante artrografía, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**) (***) (no reportar el código 73525 conjuntamente con el código 77002) (los códigos 73530 y 73540 se eliminaron del CPT 2017. Para reportarlos ver los códigos 73501, 73502 y 73503) (el código 73550 se eliminó del CPT 2017. Para reportarlo ver los códigos 73551 y 73552)	0,00	75,21	75,97
180	73551	Examen radiológico de fémur, una proyección	4,71	4,76	4,81
181	73552	Examen radiológico de fémur, mínimo 2 proyecciones	8,19	8,27	8,36

182	73560	Examen radiológico de rodilla , 1 o 2 proyecciones	2,80	2,95	3,69
183	73562	Examen radiológico de rodilla, 3 proyecciones	4,93	12,56	12,69
184	73564	Examen radiológico de rodilla , completa, 4 o más proyecciones	12,43	5,19	6,48
185	73565	Examen radiológico de ambas rodillas con carga (de pie) anteroposterior	2,80	2,95	3,69
186	73580	Examen radiológico de rodilla, mediante artrografía, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**)(***) (no reportar el código 73580 conjuntamente con el código 77002)	0,00	75,21	75,97
187	73590	Examen radiológico de tibia y peroné, 2 proyecciones	2,97	3,13	3,91
188	73592	Examen radiológico de extremidad inferior, infante, mínimo 2 proyecciones	2,37	2,49	3,12
189	73600	Examen radiológico de tobillo, 2 proyecciones	2,97	3,13	3,91
190	73610	Examen radiológico de tobillo, completo, mínimo 3 proyecciones	3,88	4,08	5,10
191	73615	Examen radiológico de tobillo mediante artrografía, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**)(***) (no reportar el código 73615 conjuntamente con el código 77002)	0,00	75,21	75,97
192	73620	Examen radiológico de pie, 2 proyecciones	2,97	3,13	3,91
193	73630	Examen radiológico de pie, completo, mínimo 3 proyecciones	3,3	3,47	4,34
194	73650	Examen radiológico de calcáneo, mínimo 2 proyecciones	3,08	3,24	4,05
195	73660	Examen radiológico, de dedo(s) de los pies, mínimo 2 proyecciones	2,94	3,09	3,86
196	73700	Tomografía computarizada de extremidades inferiores, sin material de contraste	0	18,35	18,54
197	73701	Tomografía computarizada de extremidades inferiores, con material de contraste (**)	0	29,08	29,37
198	73702	Tomografía computarizada de extremidades inferiores, sin material de contraste seguido por materiales de contraste y más cortes adicionales (*) (**) (para reportar honorarios por interpretación 3D, ver los códigos 76376, 76377)	0	29,88	30,18
199	73706	Angiotac de extremidad inferior, con material de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen (*) (**) (para Angiotac aorto-iliofemoral, usar el código 75635)	0	22,66	28,32
200	73718	Imágenes por resonancia magnética (p. Ej., Protón), extremidad inferior distinta de la articulación; sin material de contraste (s)	0	22,66	28,32

201	73719	Imágenes por resonancia magnética (p. Ej., Protón), extremidad inferior distinta de la articulación; con material de contraste (s)(**)	0	22,66	28,32
202	73720	Resonancia magnética de extremidad inferior, distinta a la articulación; sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y más cortes adicionales (**)	0	56,44	57,01
203	73721	Resonancia magnética de cualquier articulación de miembro inferior, sin material de contraste	0	30,56	30,87
204	73722	Resonancia magnética de cualquier articulación de miembro inferior, con material de contraste. (**)	0	45,62	46,08
205	73723	Resonancia magnética de cualquier articulación de miembro inferior, sin material de contraste, seguido de materiales de contraste y más cortes adicionales (**)	0	53,46	54
206	73725	Angioresonancia de miembro inferior, con o sin material(es) de contraste (*)(**)	0	59,92	60,52
<p>(*) A Más del procedimiento, se añade Honorarios Médicos (**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales, por ejemplo: medio de contraste, etc. (***) Cuando se realice estudio de artrotomografía añadir el código 73200 y si es estudio de artroresonancia añadir el código 73221 (extremidades inferiores).</p>					
ABDOMEN					
207	74000	Examen radiológico de abdomen, proyección anteroposterior simple	2,5	2,63	3,29
208	74010	Examen radiológico de abdomen anteroposterior y proyecciones adicionales oblicuas y en cono	2,97	3,13	3,91
209	74020	Examen radiológico de abdomen incluido posición de cúbito y de pie	2,97	3,13	3,91
210	74022	Examen radiológico de abdomen, serie de abdomen aguda completa, incluyendo proyecciones de pie, de cúbito, tórax de una vista	5,64	5,94	7,43
211	74150	Tomografía computarizada de abdomen, sin material de contraste	0	9,29	11,62
212	74160	Tomografía computarizada de abdomen con material(es) de contraste (**)	0	30,17	30,48
213	74170	Tomografía computarizada de abdomen sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y secciones adicionales (**) (para tomografía computarizada combinada de abdomen y estudio pélvico, ver los códigos 74176-74178) (para reportar honorarios por la interpretación 3D, ver los códigos 76376, 76377) (para colonografía tomográfica computarizada, diagnóstica, ver los códigos 74261- 74262. Para colonografía tomográfica computarizada por Screening, usar el código 74263)(no reportar los códigos 74150- 74170 conjuntamente con los códigos 74261-74263)(para estudios trifásicos añadir el código 74150)	0	13,07	16,33

214	74174	Angiotac de abdomen y pelvis, con material(es) de contraste, incluye imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen (*)(**)(no reportar el código 74174 conjuntamente con los códigos 72191, 73706, 74175, 75635, 76376 y 76377)(para angiografía por tomografía computarizada aorto-iliofemoral, usar el código 75635)	0	92,35	93,28
215	74175	Angiotac de abdomen, con material(es) de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen (*) (**) (no reportar el código 74175 conjuntamente con el código 73706 o 75635. Para angiografía por tomografía computarizada aorto-iliofemoral, usar el código 75635) (no reportar el código 74175 conjuntamente con el código 72191. Para una angiografía de tomografía computarizada combinada de abdomen y estudio pélvico, usar el código 74174)	0	13,85	17,31
216	74176	Tomografía computarizada de abdomen y pelvis, sin material de contraste	0	12,44	15,55
217	74177	Tomografía computarizada de abdomen y pelvis, con material(es) de contraste (**)	0	48,7	49,19
218	74178	Tomografía computarizada de abdomen y pelvis, sin material de contraste en una o dos regiones del cuerpo, seguida por material(es) de contraste y secciones adicionales en una o dos regiones del cuerpo (**)(no reportar los códigos 74176-74178 conjuntamente con los códigos 72192-72194, 74150-74170)(reportar los códigos 74176, 74177 o 74178 sólo una vez por tomografía computarizada de abdomen y examen de pelvis)	0	55,78	56,34
219	74181	Resonancia magnética (por ejemplo: protón) de abdomen, sin material de contraste.	0	16,96	21,2
220	74182	Resonancia magnética de abdomen, con material(es) de contraste. (**)	0	42,62	43,05
221	74183	Resonancia magnética de abdomen, sin material de contraste, seguida de material(es) de contraste y más cortes adicionales (3D)(*)(**)	0	59,46	60,06
222	74185	Angioresonancia de abdomen, con o sin material(es) de contraste (*)(**)	0	53,76	54,3
223	74190	Peritoneograma (por ejemplo: luego de inyección de aire o contraste), con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)(para el procedimiento, usar el código 49400)(para tomografía computarizada, ver los códigos 72192 y 74150)	0	30,29	30,6
(*) A Más del procedimiento, se añade Honorarios Médicos					
(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.					

TRACTO GASTROINTESTINAL

224	74210	Examen radiológico de faringe y/o esófago cervical	14,63	14,78	14,93
225	74220	Examen radiológico de esófago	4,8	5,05	6,31
226	74230	Evaluación de función de deglución con guía cineradiografía /videoradiografía	0	20,48	20,69
227	74235	Extracción de cuerpo extraño esofágico mediante el uso de catéter con balón, supervisión e interpretación radiológica	14,77	14,92	15,07
228	74240	Examen radiológico del tracto gastrointestinal superior, con o sin placas tardías, sin (riñón, uréter y vejiga)	20,27	20,48	20,69
229	74241	Examen radiológico tracto gastrointestinal superior, con o sin placas tardías, con (riñón, uréter y vejiga)	20,42	20,63	20,84
230	74245	Examen radiológico con intestino delgado, incluye múltiples series de imágenes	23,17	23,41	23,64
231	74246	Examen radiológico del tracto gastrointestinal superior, con contraste gaseoso con bario específico de alta densidad, agente efervescente, con o sin glucagón, con o sin imágenes tardías, sin estudio de riñones, uréteres y vejiga (*)(**)	0	6,18	7,72
232	74247	Examen radiológico del tracto gastrointestinal superior, con contraste gaseoso con bario específico de alta densidad, agente efervescente, con o sin glucagón, con o sin placas tardías, con estudio de riñones, uréteres y vejiga (*)(**)	0	23,64	23,88
233	74249	Examen radiológico del tracto gastrointestinal superior, con contraste gaseoso con bario específico de alta densidad, agente efervescente, con o sin glucagón, con o sin imágenes tardías, con seguimiento de intestino delgado (*)(**)	0	9,49	11,86
234	74250	Examen radiológico de intestino delgado, incluye múltiples series de imágenes (**)	0	8,23	10,29
235	74251	Examen radiológico de intestino delgado, incluye múltiples series de imágenes por vía de tubo de enteroclisis. (*)(**)	0	33,62	33,96
236	74260	Examen radiológico de intestino delgado, incluye múltiples series de placas. Duodenografía hipotónica (**)	0	25,3	25,56
237	74261	Colonoscopia virtual (tomografía computarizada) que incluye imagen post proceso, sin material de contraste (*)	0	38,05	38,43
238	74262	Colonografía diagnóstica por tomografía computarizada, incluye el post procesamiento de la imagen, con material de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan (*)(**) (no reportar los códigos 74261 y 74262 conjuntamente con los códigos 72192-72194, 74150-74170, 74263, 76376 y 76377)	0	45,81	46,27
239	74263	Colonografía por tomografía computarizada de Screening, incluyendo el post procesamiento de la imagen (*) (no reportar el	0	34,58	34,93

		código 74263 conjuntamente con los códigos 72192-72194, 74150-74170, 74261, 74262, 76376 y 76377)			
240	74270	Examen radiológico de colon, contrastada (por ejemplo: bario enema (*)(**))	0	7,69	9,61
241	74280	Examen radiológico de colon, con aire contrastado con bario específico de alta densidad, sin glucagón (*)	0	24,75	25
242	74283	Enema terapéutico, con contraste de gas, para la reducción de intususcepción u otra obstrucción intraluminal (por ejemplo: íleo meconial) (*)	0	34,72	35,07
243	74290	Examen radiológico de colecistografía oral (**)	0	14,92	15,07
244	74300	Colangiografía y/o pancreatografía; intraoperatoria, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	4,78	5,98
245	74301	Colangiografía y/o pancreatografía, para cada estudio intraoperatorio adicional, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**) (listar separadamente además del código para el procedimiento primario) (usar el código 74301 conjuntamente con el código 74300) (el código 74305 se eliminó del CPT 2017. Para reportarlo usar el código 47531) (el código 74320 se eliminó del CPT 2017. Para reportarlo usar el código 47532) (el código 74327 se eliminó del CPT 2017. Para extracción de cálculo percutáneo biliar, usar el código 47544)	0	22,16	22,39
246	74328	Cateterización endoscópica del conducto biliar, con supervisión radiológica e interpretación (**)(para honorarios por el procedimiento, ver los códigos 43260-43278, como sea apropiado)	0	8,78	11,71
247	74329	Cateterización endoscópica del conducto pancreático, con supervisión radiológica e interpretación (**) (para honorarios por el procedimiento ver los códigos 43260-43278, como sea apropiado)	0	14,92	15,07
248	74330	Cateterización endoscópica combinada del conducto pancreático y biliar, con supervisión radiológica e interpretación (**) (para honorarios por el procedimiento ver los códigos código 43260)	0	14,92	15,07
249	74340	Introducción de un tubo gastrointestinal largo (por ejemplo: Miller Abbott), incluye múltiples fluoroscopias y placas, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	29,55	29,85
250	74355	Colocación percutánea de tubo de enterolisis, supervisión e interpretación radiológica (*)	0	14,92	15,07
251	74360	Dilatación intraluminal de estenosis y/o obstrucciones (por ejemplo: esófago), con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	21,15	28,2
252	74363	Dilatación trans hepática percutánea de la estenosis del conducto biliar con o sin colocación de stent, supervisión e interpretación	0	4,53	5,67

		radiológicas. (*)(**)			
(*) A Más del procedimiento, se añade Honorarios Médicos					
(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.					

TRACTO URINARIO					
253	74400	Urografía (pielografía) intravenosa, con o sin tomografía (**)	0	5,49	6,86
254	74410	Urografía, infusión con técnica de goteo y técnica de bolus	0	5,9	7,37
255	74415	Urografía con nefrotomografía	0	4,08	5,1
256	74420	Urografía retrógrada con o sin (riñones, uréter, vejiga)	0	5,49	6,86
257	74425	Urografía anterógrada (pielostograma, nefrostograma, asostograma), con supervisión radiológica e interpretación (*)(**) (no reportar el código 74425 conjuntamente con los códigos 50430, 50431, 50432, 50433, 50434, 50435, 50693, 50694 y 50695)	0	21,04	21,25
258	74430	Cistografía, mínimo 3 proyecciones, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	4,53	5,67
259	74440	Vasografía, vesiculografía, epididimografía, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	3,04	4,05
260	74445	Cavernosografía cuerpos penianos, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	23,79	24,03
261	74450	Uretrocistografía retrógrada, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	4,54	5,67
262	74455	Uretrocistografía post miccional, con supervisión de la imagen e interpretación (*)(**)	0	4,54	5,67
263	74470	Examen radiológico, estudio de quiste renal, translumbar, con visualización de contraste, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**) (los códigos 74475 y 74480 se eliminaron del CPT 2017. Para reportarlos, ver los códigos 50432, 50433, 50434, 50435, 50606, 50693, 50694 y 50695)	0	49,8	50,3
264	74485	Dilatación de nefrostomía , uréteres o uretra con supervisión radiológica e interpretación (*)(**) (para dilatación de uréter sin guía radiológica, usar los códigos 52341 y 52344)(para cambio de tubo de nefrostomía o tubo de pielostomía, usar el código 50435)	0	73,88	74,63
(*) A Más del procedimiento, se añade honorarios médicos					
(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.					

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA					
265	74710	Pelvimetría, con o sin localización placentaria (*)	4,06	4,27	5,34
266	74712	Resonancia magnética (por ejemplo: protón), imagen fetal, incluyendo imagen pélvica placentaria y materna, cuando se realiza en producto	0	29,26	29,55

		único			
267	74713	Resonancia magnética (por ejemplo: protón), imagen fetal, incluyendo imagen pélvica placentaria y materna, cuando se realiza, para cada gestación adicional (en caso de gestaciones múltiples)(listar separadamente además del código para el procedimiento primario) (usar el código 74713 conjuntamente con el código 74712)(no reportar los códigos 74712 y 74713 conjuntamente con los códigos 72195, 72196 y 72197)(si se observa solo la placenta o pelvis materna sin la imagen fetal, ver los códigos 72195, 72196 y 72197)	0	59,7	60,3
268	74740	Histerosalpingografía, con supervisión radiológica e interpretación(*)(**)(para la introducción de solución salina o contraste para isterosalpingografía, ver el código 58340)	0	3,04	4,05
269	74742	Cateterización transcervical de la trompa de falopio, con supervisión radiológica e interpretación (**)(para honorarios por el procedimiento, usar el código 58345)	0	36,94	37,31
270	74775	Perineograma (por ejemplo: vaginograma para la determinación del sexo o la extensión de anomalías)(*)(**)	0	4,68	5,85
(*) A Más del procedimiento, se añade honorarios médicos					
(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.					

CORAZÓN					
271	75557	Resonancia magnética cardíaca, para morfología y función, sin material de contraste	0	46,54	47,01
272	75559	Imágenes de resonancia magnética cardíaca para morfología y función sin material de contraste; con imágenes de estrés	0	94,04	95,01
273	75561	Resonancia magnética cardíaca para morfología y función, sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y más cortes adicionales (**)	0	96,04	97,01
274	75563	Imagen de resonancia magnética cardíaca para morfología y función sin material (es) de contraste, seguido de material (es) de contraste y secuencias adicionales; con imágenes de estrés (**)	0	96,04	97,01
275	75565	Resonancia magnética de corazón para mapeo de velocidad de flujo (registrar separadamente en adición al procedimiento primario)	0	4,68	5,85
276	75571	Tomografía computarizada de corazón, sin material de contraste, con evaluación cuantitativa del calcio coronario	0	14,92	15,07
277	75572	Tomografía computarizada de corazón, con material de contraste, para la evaluación de la estructura cardíaca y morfología (incluyendo el post procesamiento de la imagen 3D, evaluación de la función cardíaca y evaluación de estructuras venosas, si se realiza. (*) (**)) (Para reportar honorarios por la interpretación 3D, ver los códigos 76376,76377).	0	96,04	97,01
278	75573	Tomografía computarizada de corazón, con material de contraste, para evaluación de la estructura y morfología cardíaca en el ámbito	0	103,43	104,48

		de la enfermedad cardíaca congénita (incluyendo el post procesamiento de la imagen 3D, la evaluación de la función y estructura del ventrículo izquierdo y ventrículo derecho y la evaluación de la función de las estructuras venosas. (*) (**) (para reportar honorarios por la interpretación 3D, ver los códigos 76376,76377)			
279	75574	Angiotac coronaria, arterias coronarias y bypass, (Cuando se presenta con material de contraste, incluyendo el post procesamiento de la imagen 3D (incluye la evaluación de la estructura y morfología cardíaca y evaluación de estructuras venosas, si se realizan. (*) (**)	0	96,04	97,01
(*) A Más del procedimiento, se añade honorarios médicos. (**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.					

PROCEDIMIENTOS VASCULARES (*)(**)					
280	75600	Aortografía torácica, sin serialografía, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)(para realizar aortografía supra valvular al tiempo de la cateterización cardíaca, usar el código 93567 que incluye la supervisión de la imagen, interpretación e informe)	0	12,34	16,45
281	75605	Aortografía torácica, por serialografía, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
282	75625	Aortografía abdominal, por serialografía, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
283	75630	Aortografía abdominal más arterias iliofemorales bilaterales, catéter, por serialografía, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	25,38	33,84
284	75635	Angiotac de aorta abdominal y arterias iliofemorales bilaterales, con valoración de flujo del miembro inferior, con material de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen (*)(**)(no reportar el código 75635 conjuntamente con 72191, 73906, 74174 o 74175)	0	13,85	17,31
285	75658	Angiografía braquial retrograda, supervisión e interpretación radiológica (*)(**)	0	12,34	16,45
286	75705	Angiografía espinal selectiva, con supervisión de la imagen e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
287	75710	Angiografía de extremidad interpretación (*)(**)	0	11,04	14,72
288	75716	Angiografía de extremidad interpretación (*)(**)	0	17,35	23,13
289	75726	Angiografía visceral selectiva o supraselectiva (con o sin aortograma por flush), con supervisión radiológica e interpretación (*)(**) (para la angiografía selectiva y para cada estudio visceral adicional después de la examinación básica, usar el código 75774)	0	12,34	16,45
290	75731	Angiografía adrenal unilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológica (*)(**)	0	11,04	14,72

291	75733	Angiografía adrenal bilateral selectiva, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
292	75736	Angiografía pélvica, selectiva o supraseductiva, supervisión e interpretación radiológica (*)(**)	0	12,34	16,45
293	75741	Angiografía pulmonar unilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológica (*)(**)	0	11,04	14,72
294	75743	Angiografía pulmonar bilateral selectiva, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
295	75746	Angiografía pulmonar no selectiva, por catéter o inyección intravenosa, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**) (para angiografía pulmonar por catéter no selectivo o inyección venosa realizado al mismo tiempo de la cateterización cardíaca, usar el código 93568 que incluye supervisión de la imagen, interpretación e informe)	0	12,34	16,45
296	75756	Angiografía mamaria interna, supervisión e interpretación radiológica (*)(**)	0	12,34	16,45
297	75774	Angiografía selectiva, para cada vaso adicional estudiado, después de la examinación básica, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**). (listar separadamente además del código para el procedimiento primario) (usar el código 75774 en adición al código para el vaso inicial específico estudiado) (No reportar el código 75774 como parte de la angiografía diagnóstica de los vasos cervicocerebrales extracraneales e intracraneales. Puede ser apropiado para reportar el código 75774 para la angiografía diagnóstica de extremidades superiores y otros leos vasculares realizados en la misma sesión)(para la angiografía, ver los códigos 75600-75756)(para cateterizaciones, ver los códigos 36215-36248)(para el procedimiento de cateterización cardíaca, ver los códigos 93452-93462, 93531-93533, 93563- 93568)(el código 75791 se eliminó del CPT 2017, para reportarlo ver los códigos 36901, 36902, 36903, 36904, 36905 y 36906)(para la supervisión radiológica e interpretación de la angiografía con circuito de diálisis realizada a través del acceso(s) existente o acceso arterial basado en catéter, usar el código 36901 con modificador 52)	0	21,15	28,2
(*) A Más del procedimiento, se añade honorarios médicos.					
(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.					

VENAS Y LINFÁTICOS (*)(**)					
298	75801	Linfangiografía, sólo extremidad, unilateral, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	8,04	10,72
299	75803	Linfangiografía, sólo extremidad, bilateral, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	10,68	13,91
300	75805	Linfografía unilateral pélvica/ abdominal, supervisión e interpretación radiológica (*)(**)	0	9,68	12,91
301	75807	Linfografía bilateral pélvica/ abdominal, supervisión e interpretación	0	10,68	13,91

		radiológica (*)(**)			
302	75809	Shuntogram para la investigación de derivación no vascular permanente previamente colocada (p. Ej., Derivación LeVeen, derivación ventriculoperitoneal, bomba de infusión permanente), supervisión e interpretación radiológica (**) (Para el procedimiento, ver 49427 o 61070)	0	5,48	6,04
303	75810	Esplenoportografía, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
304	75820	Flebografía de extremidad unilateral, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	6,44	8,59
305	75822	Flebografía de extremidad bilateral, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	8,7	11,6
306	75825	Venografía, cava, superior, con estudio seriado, supervisión e interpretación radiológica (*)(**)	0	8,7	11,6
307	75827	Flebografía de cava superior, con serialografía, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
308	75831	Flebografía renal unilateral selectiva, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
309	75833	Flebografía renal bilateral selectiva, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
310	75840	Venografía adrenal unilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológicas (*)(**)	0	12,34	16,45
311	75842	Venografía adrenal bilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológicas (*)(**)	0	13,34	17,45
312	75860	Venografía, seno venoso (p.ej. Petroso o sagital inferior) o yugular, catéter, supervisión e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
313	75870	Venografía, seno sagital superior, supervisión e interpretación radiológica (*)(**)	0	12,34	16,45
314	75872	Flebografía epidural, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
315	75880	Flebografía orbital, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	12,34	16,45
316	75885	Portografía trans hepática percutánea, con evaluación hemodinámica, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	21,15	28,2
317	75887	Esplenoportografía trans hepática percutánea sin evaluación hemodinámica, supervisión e interpretación (*)(**)	0	21,15	28,2
318	75889	Venografía hepática, cuneiforme o libre con evaluación hemodinámica, supervisión e interpretación (*)(**)	0	21,15	28,2
319	75891	Venografía hepática, cuneiforme o libre sin evaluación hemodinámica, supervisión e interpretación (*)(**)	0	21,15	28,2

320	75893	Obtención de muestra venosa por catéter, con o sin angiografía, (p.ej. hormona paratiroidea, renina), supervisión e interpretación radiológica (**) (para reportar honorarios por el procedimiento ver código 36500)	0	21,15	28,2
(*) A Más del procedimiento, se añade honorarios médicos.					
(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.					

PROCEDIMIENTOS TRANSCATÉTER (*)(**)					
321	75894	Terapia transcáteter, embolización, cualquier método, con supervisión radiológica e interpretación (*) (**) (no reportar el código 75894 en conjunto con 36475, 36476, 36478, 36479, 37241 y 37244) (el código 75896 se eliminó del CPT 2017. Para la supervisión radiológica e interpretación de trombólisis diferente a coronaria, ver los códigos 37211, 37212, 37213 y 37214. Para la supervisión radiológica e interpretación para administración arterial intracraneal de agentes farmacológicos que no sean para trombólisis, ver los códigos 61650 y 61651)	0	19,31	25,72
322	75898	Angiografía a través de catéter ya colocado, para seguimiento de seguimiento de terapia (*)(**)	0	12,34	16,45
323	75901	Extracción mecánica de material obstructivo pericáteter (p. ej, vaina de fibrina) del dispositivo venoso central mediante acceso venoso separado, supervisión e interpretación radiológicas (**) (para reportar honorarios por el procedimiento usar código 36595)	0	21,15	28,2
324	75902	Remoción mecánica de material obstructivo intraluminal (intracáteter) de dispositivo venoso central a través de lumen del dispositivo, supervisión e interpretación radiológica (**) (para reportar honorarios por el procedimiento usar código 36596)	0	3,04	4,05
325	75958	Colocación de la prótesis de extensión proximal para la reparación endovascular de aorta torácica descendente (por ejemplo: aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural, o disrupción traumática), con supervisión radiológica e interpretación. (**) (reportar el código 75958 para cada extensión proximal) (para honorarios por la implantación de extensión endovascular proximal, ver los códigos 33883 y 33884)	0	8,39	11,18
326	75959	Colocación de la prótesis de extensión distal (tardía) después de la reparación endovascular de aorta torácica descendente, como sea necesario, al nivel de origen celíaco, con supervisión radiológica e interpretación (**) (no reportar el código 75959 conjuntamente con los códigos 75956, 75957) (reportar el código 75959 una sola vez, independientemente del número de módulos desplegados)(para la implantación de extensión endovascular distal, usar el código 33886)(el código 75960 se eliminó del CPT 2017)(la supervisión radiológica para colocación transcáteter de stent(s) está incluida en los códigos de servicio terapéutico)(para eliminación de filtro de vena cava, usar el código 37193)(los códigos 75962, 75964, 75966, y 75968 se eliminaron del CPT 2017. Para reportarlos, ver los códigos 36902, 36905, 37246, y 37247)	0	8,39	11,18
327	75970	Biopsia transcáteter, supervisión e interpretación radiológicas (**) (Para el procedimiento de inyección solo para terapia transcáteter o biopsia, ver	0	11,38	11,49

		36100-36299)			
328	75984	Cambio de tubo percutáneo o catéter de drenaje con control de contraste (P. ej., sistema gastrointestinal, sistema genitourinario, absceso), supervisión e interpretación (*)(**)	0	8,39	11,18
329	75989	Orientación radiológica (fluoroscopia, ultrasonido o tomografía computarizada) para el drenaje percutáneo (por ejemplo: absceso, recolección de muestras), con colocación de catéter, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**) (no reportar el código 75989 conjuntamente con los códigos 10030, 32554, 32555, 32556, 32557, 47490, 49405, 49406, 49407)	0	73,88	74,63
(*) A Más del procedimiento, se añade honorarios médicos.					
(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.					

OTROS PROCEDIMIENTOS					
330	76000	Fluoroscopia (procedimiento separado), hasta 1 hora de tiempo médico u otro profesional calificado de atención médica (No informe 76000 junto con 33274, 33275, 33957, 33958, 33959, 33962, 33963, 33964) (**)	0	2,35	3,19
331	76001	Fluoroscopia, médico u otro profesional de la salud calificado más de una hora, asistiendo a un médico no radiólogo u otro profesional de la salud calificado (por ejemplo: nefrolitotomía, CPRE, broncoscopia, biopsia transbronquial) (no reportar el código 76001 en conjunto con los códigos 33957, 33958, 33959, 33962, 33963, 33964) (**)	0	3,35	4,19
332	76010	Examen radiológico desde la nariz hasta el recto en busca de cuerpo extraño, vista única, niño	2,8	2,95	3,69
333	76080	Examen radiológico, absceso, fístula o tracto de seno, supervisión e interpretación radiológicas	2,8	2,95	3,69
334	76098	Examen radiológico de muestra quirúrgica	0	2,35	3,19
335	76100	Examen radiológico, sección corporal en un solo plano (P. ej., tomografía), excepto con urografía	0	3,24	4,05
336	76101	Examen radiológico, sección corporal de movimiento complejo (es decir, hipercicloidal) (p. Ej., Politomografía mastoidea), que no sea con urografía; unilateral	0	3,24	4,05
337	76102	Examen radiológico, movimiento complejo (es decir, hipercicloidal), sección corporal (P. ej., politomografía de mástoides), exceptuando urografía; bilateral	0	4,24	5,05
338	76120	Cineradiografía / videoradiografía, excepto donde se incluye específicamente (*)(**)	0	3,24	4,05
339	76125	Cineradiografía/videoradiografía para complementar un examen de rutina (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario) (*)(**)	0	2,35	3,19

340	76380	Tomografía computarizada, estudio de seguimiento limitado o localizado	0	4,24	5,05
341	76390	Espectroscopía de Resonancia Magnética	0	10,93	13,66
342	76496	Procedimiento fluoroscópico no incluido en la lista (P. ej. diagnóstico, intervencionista)	0	2,35	3,19
343	76497	Procedimiento de tomografía computarizada no incluido en la lista (P. ej. diagnóstico, intervencionista)	0	4,24	5,05
344	76498	Procedimiento de resonancia magnética no incluido en la lista (P. ej. diagnóstico, intervencionista)	0	16,96	21,2
345	76499	Procedimiento radiológico de diagnóstico, que no aparece en la lista	0	3,24	4,05

- **Ultrasonido**

CABEZA Y CUELLO (*)					
346	76506	Ecoencefalografía, en tiempo real con documentación de la imagen. (por ejemplo: transfontanelar)(Escala de grises) para la determinación ventricular del contenido cerebral y detección de masa u otras anomalías incluyendo encefalografía en modo a como componente secundario cuando este indicado (*)	0	3,24	4,05
347	76510	Ultrasonido oftalmológico diagnóstico; en modo B o modo A realizados durante la misma consulta con el usuario/paciente (*)	0	3,24	4,05
348	76511	Ultrasonido oftalmológico diagnóstico; solo cuantitativo en modo A (*)	0	3,24	4,05
349	76512	Ultrasonido oftalmológico diagnóstico; solo en modo B (*)	0	3,24	4,05
350	76513	Ultrasonido oftalmológico diagnóstico; segmento anterior, inmersión (baño de agua) modo b o en alta resolución con biomicroscopia. (*) (para la exploración del diagnóstico oftálmico computarizado de imagen de los segmentos anterior y posterior utilizando tecnología distinta del ultrasonido, ver los códigos 92132, 92133, 92134)	0	3,24	4,05
351	76514	Ultrasonido oftalmológico diagnóstico; paquimetría corneal, unilateral o bilateral (*) (determinación del grosor de la córnea).	0	3,24	4,05
352	76516	Biometría oftálmica por ecografía modo A (baño de agua) (*)	0	3,24	4,05
353	76519	Biometría oftálmica por ecografía modo A; cálculo de poder de lente intraocular por inmersión (baño de agua) cálculo de poder de lente intraocular (*)	0	3,24	4,05
354	76529	Ubicación ultrasónica de cuerpo extraño oftálmico (*)	0	3,24	4,05
355	76536	Ultrasonido de tejidos blandos de la cabeza y cuello (por ejemplo: tiroides, paratiroides, parótida) en tiempo real con documentación de la imagen)	3,08	3,24	4,05
TÓRAX (*)					
356	76604	Ultrasonido de tórax (incluye mediastino) en tiempo real	3,08	3,24	4,05

357	76641	Ultrasonido de mama, unilateral, en tiempo real con documentación de la imagen, incluyendo axila, cuando se realiza; completa	4,19	4,24	4,28
358	76642	Ultrasonido de mama, bilateral, en tiempo real con documentación de la imagen, incluyendo axila, cuando se realiza; limitada (reportar los códigos 76641, 76642, solo una vez por mama y por sesión) (para ultrasonido axilar usar el código 76882) (el código 76645 se eliminó del CPT 2017. Para reportarlo ver los códigos 76641 y 76642)	7,02	7,09	7,16
ABDOMEN Y RETROPERITONEO (*)					
359	76700	Ultrasonido abdominal en tiempo real con documentación de la imagen, completa	3,08	3,24	4,05
360	76705	Ultrasonido abdominal, en tiempo real con documentación de la imagen; limitada (por ejemplo: estudio de un solo órgano o un cuadrante)	3,08	3,24	4,05
361	76706	Ultrasonido de aorta abdominal, en tiempo real con documentación de la imagen. Estudio de detección del aneurisma de aorta abdominal	0	6,98	7,05
362	76770	Ecografía retroperitoneal (por ejemplo: renal, aorta, ganglios), en tiempo real con documentación de la imagen, completa	0	7,24	7,31
363	76775	Ecografía retroperitoneal (renal, aorta, ganglios), en tiempo real con imágenes documentadas, limitada	0	3,62	3,65
364	76776	Ecografía de riñón trasplantado, en tiempo real con Doppler, con documentación de la imagen (*)	0	3,24	4,05

CANAL ESPINAL (*)					
365	76800	Ecografía del canal espinal y sus contenidos	0	6,87	6,94

PELVIS: OBSTÉTRICO (*)					
366	76801	Ultrasonido de útero gestante, en tiempo real con documentación de la imagen, evaluación materna y fetal, primer trimestre (menor a 14 semanas) enfoque transabdominal, primera gestación (para reportar la translucencia nucal del primer trimestre usar el código 76813)	3,08	3,24	4,05
367	76802	Ultrasonido de útero gestante en tiempo real con documentación de la imagen; evaluación fetal y materna, primer trimestre menor a 14 semanas cero días). Abordaje transabdominal; cada gestación adicional (listar separadamente además del código para el procedimiento primario) (usar el código 76802 conjuntamente con el código 76801). (para reportar la medida de translucencia nucal fetal en el primer trimestre, usar el código 76814 en cada gestación adicional (listar separadamente además del código para el procedimiento primario)	3,08	3,24	4,05
368	76805	Ultrasonido de útero gestante en tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna. Después del primer trimestre (mayor o igual a 14 semanas cero días). Enfoque transabdominal. Primera o única gestación	3,08	3,24	4,05
369	76810	Ultrasonido de útero gestante, en tiempo real con documentación de la imagen, evaluación materna y fetal, primer trimestre (mayor a 14	3,08	3,24	4,05

		semanas), para cada gestación adicional (listar separadamente además del código para el procedimiento primario) (usar el código 76810 conjuntamente con el código 76805)			
370	76811	Ultrasonido uterino en el embarazo (morfológico), en tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna más examen anatómico fetal detallado, con enfoque transabdominal, única o primera gestación.	3,08	3,24	4,05
371	76812	Ultrasonido de útero gestante, en tiempo real con documentación de la imagen, evaluación materna y fetal, más un examen anatómico detallado, con enfoque transabdominal, para cada gestación adicional (listar separadamente además del código para el procedimiento primario)(usar el código 76812 conjuntamente con el código 76811)	3,08	3,24	4,05
372	76813	Ultrasonido de útero gestante, en tiempo real con documentación de la imagen, medición de grosor nucal en el primer trimestre, abordaje transabdominal o transvaginal, primera gestación	3,08	3,24	4,05
373	76814	Ultrasonido de útero gestante, en tiempo real con documentación de la imagen, medición de grosor nucal en el primer trimestre, abordaje transabdominal o transvaginal, para cada gestación adicional (listar separadamente además del código para el procedimiento primario) (usar el código 76814 conjuntamente con el código 76813)	3,08	3,24	4,05
374	76815	Ecografía de útero gestante, en tiempo real con documentación de la imagen, limitada (por ejemplo: frecuencia cardíaca, localización placentaria, posición fetal y/o volumen cualitativo de fluido amniótico, 1 o más fetos. (usar el código 6815 solo una vez por examen y no por elemento) (para reportar la medida de translucencia nucal fetal del primer trimestre ver los códigos, 76813 y 76814)	3,08	3,24	4,05
375	76816	Ultrasonido de útero gestante, en tiempo real con documentación de la imagen, seguimiento (evaluación del tamaño fetal mediante parámetros de crecimiento estándar y volumen de fluido amniótico, re evaluación del sistema de órganos sospechoso o confirmado para ser anormal en una exploración anterior) con enfoque transabdominal, por feto (reportar el código 76816 con modificador 59 para cada examinación de feto adicional en embarazo múltiple)	3,08	3,24	4,05
376	76817	Ultrasonido de útero gestante, en tiempo real con documentación de la imagen transvaginal. (para la ecografía transvaginal no obstétrica, usar el código 76830) (si el examen transvaginal se realiza además de la ecografía obstétrica transabdominal, usar el código 76817 además del código de examen transabdominal apropiado)	3,08	3,24	4,05
377	76818	Perfil biofísico fetal; con pruebas sin estrés	10,73	10,84	10,95
378	76819	Perfil biofísico fetal, sin test de estrés. (evaluaciones del perfil biofísico fetal para cada feto adicional, deben ser reportados por separado código 76818 o 76819 con el modificador 59 añadido)	11,22	11,33	11,44
379	76820	Doppler fetal en arteria umbilical	11,26	11,38	11,49

380	76821	Doppler fetal en arteria cerebral media	10,87	10,98	11,09
381	76825	Ecocardiografía, sistema fetal, cardiovascular, en tiempo real con documentación de la imagen (2D). Con o sin modo m (*)	0	4,1	4,59
382	76826	Ecocardiografía, sistema fetal, cardiovascular, en tiempo real con documentación de la imagen (2D). Con o sin modo de grabación m; seguimiento o repetición de estudio (*)	0	4,1	4,59
383	76827	Ecocardiografía Doppler, fetal, con onda pulsada y/o onda continua con visualización espectral; completa (*)	0	4,1	4,59
384	76828	Ecocardiografía Doppler, fetal, con onda pulsada y/o onda continua con visualización espectral; seguimiento o repetición de estudio (*)	0	4,1	4,59

NO OBSTÉTRICOS (*)					
385	76830	Ultrasonido transvaginal. (para la ecografía obstétrica, usar el código 76817) (si el examen transvaginal se realiza la ecografía transabdominal no obstétrica, usar el código 76830 además del examen transabdominal apropiado)	3,08	3,24	4,05
386	76831	Sono histerografía de infusión salina incluido Doppler de flujo de color, Cuando se realiza. (*)	0	15,37	15,52
387	76856	Ultrasonido pélvico (no obstétrico) en tiempo real con documentación de la imagen, completa	3,08	3,24	4,05
388	76857	Ultrasonido pélvico (no obstétrico), en tiempo real con documentación de imagen; limitada o de seguimiento por ejemplo para los folículos	3,68	3,87	4,84

GENITALES (*)					
389	76870	Ultrasonido de escroto y contenidos	3,08	3,24	4,05
390	76872	Ultrasonido transrectal (no reportar el código 76872 conjuntamente con los códigos 45341, 45342, 45391, 45392, 0249t, 0421t)	6,66	6,72	6,79
391	76873	Ecografía transrectal, estudio de volumen prostático para planeamiento de tratamiento braquiterápico (procedimiento independiente)	8,66	8,72	8,79

EXTREMIDADES (*)					
392	76881	Ultrasonido de extremidad no vascular, en tiempo real con documentación de la imagen; completa	5,8	5,86	5,92
393	76882	Ultrasonido de extremidad no vascular, en tiempo real con documentación de la imagen; limitada, específica anatómica	5,8	5,86	5,92
394	76885	Ultrasonido de caderas infantiles, tiempo real con documentación de imágenes; dinámico (que requiere medico u otro profesional de salud calificado) (*)	3,08	3,24	4,05

395	76886	Ecografía de caderas de niños, en tiempo real con documentación de la imagen, limitado, estático (no requiere manipulación por el médico)	3,08	3,24	4,05
-----	-------	---	------	------	------

PROCEDIMIENTOS POR GUÍA DE ULTRASONIDO (*)

396	76930	Orientación ecográfica para pericardiocentesis, supervisión e interpretación de imágenes (*)	0	1,56	1,71
397	76932	Orientación ecográfica para biopsia endomiocárdica, supervisión e interpretación de imágenes (*)	0	1,56	1,71
398	76936	Reparación de pseudoaneurisma arterial o fístula arteriovenosa con guía ultrasonográfica (incluye evaluación diagnóstica por ultrasonido, compresión de la lesión y obtención de las imágenes) (*)	0	20,24	20,45
399	76937	Orientación ecográfica para acceso vascular que requiere evaluación ultrasonográfica de potenciales lugares de acceso, documentación de viabilidad de canalización del vaso seleccionado, visualización ultrasonográfica concurrente (en tiempo real) de entrada de aguja vascular, con registro y reporte permanente (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario) (*)	0	1,56	1,71
400	76940	Ecografía guiada para ablación tisular y monitoreo (no reportar el código 76940 conjuntamente con los códigos 20982, 20983, 50250, 50542, 76942, 76998). (*) (**)	0	27,58	38,88
401	76941	Guía ultrasonográfica para transfusión fetal intrauterina o cordocentesis, supervisión e interpretación radiológica (*) (**)	0	3,24	4,05
402	76942	Ecografía guiada para la colocación de la aguja (por ejemplo: biopsia, aspiración, inyección, dispositivo de localización). Imagen supervisión e interpretación (*) (**) (no reportar el código 76942 conjuntamente con los códigos 10030, 19083, 19285, 20604, 20606, 20611, 27096, 32554, 32555, 32556, 32557, 37760, 3776, 43232, 43237, 43242, 45341, 45342, 64479-64484, 64490, 64495, 76975).	0	3,24	4,05
403	76945	Guía ultrasonográfica para muestreo de vellosidad coriónica, supervisión e interpretación de imágenes (*) (**)	0	2,24	3,05
404	76946	Guía ecográfica o ultrasónica para amniocentesis, imágenes y supervisión radiológica e interpretación. (*) (**)	0	3,24	4,05
405	76948	Guía ultrasonográfica para aspiración de óvulos, supervisión e interpretación de imágenes (*) (**)	0	3,24	4,05
406	76965	Guía ultrasónica para la aplicación de radioelementos intersticiales (*) (**)	0	3,24	4,05

(*) A Más del procedimiento, se añade honorarios médicos.

(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.

OTROS PROCEDIMIENTOS (*)

407	76970	Estudio de ultrasonido de seguimiento (especifico)	0	8,87	8,96
-----	-------	--	---	------	------

408	76975	Ecografía o ultrasonido endoscópico gastrointestinal con supervisión radiológica e interpretación (*) (**). (no reporte el código 76975 conjuntamente con los códigos 43231, 43232, 43237, 43238, 43240, 43242, 43259, 44406, 44407, 45341, 45342, 45391, 45392, 76942)	0	20	20
409	76977	Medición e interpretación de densidad ósea por ultrasonido en sitio(s) periférico(s), cualquier método	0	2,8	3,5
410	76998	Guía ecográfica intraoperatoria (**)	0	3,24	4,05
411	76999	Procedimiento ultrasónico que no aparece en la lista (ej. diagnóstico, intervencionista)	0	3,24	4,05
(*) A Más del procedimiento, se añade honorarios médicos.					
(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio de contraste, etc.					

PROCEDIMIENTOS GUIADOS POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (*)(**)					
412	77001	Guía fluoroscópica para colocación, remplazo o remoción de dispositivo de acceso venoso central (catéter solamente o completo), (incluye guía fluoroscópica para acceso vascular y manipulación de catéter, cualquiera de las inyecciones de contraste a través de sitio o catéter de abordaje con venografía relacionada, supervisión e interpretación radiológica, y documentación radiográfica de posición final de catéter) (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	0	8,87	8,96
413	77002	Guía fluoroscópica para localización de la aguja (P. ej. biopsia, aspiración, inyección, localización (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0	8,87	8,96
414	77003	Orientación y localización fluoroscópica de la aguja o la punta del catéter para la columna vertebral o los procedimientos de inyección diagnóstica o terapéutica paraespinal (epidural o subaracnoidea) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0	8,87	8,96
415	77011	Guía tomográfica para localización estereotáctica	0	43,2	48,03
416	77012	Guía tomográfica para localización de aguja (P. ej. biopsia, aspiración, inyección, localización de dispositivo), supervisión e interpretación radiológicas	0	25,2	30,03
417	77013	Guía por tomografía computarizada para el seguimiento de ablación de tejido (no reportar el código 77013 conjuntamente con los códigos 20982, 20983, y 0340t)	0	43,2	48,03
418	77014	Guía tomográfica para colocación de campo de radioterapia	0	25,2	30,03
PROCEDIMIENTOS GUIADOS POR RESONANCIA MAGNÉTICA (*)(**)					

419	77021	Guía con resonancia magnética para colocación de aguja (P. ej.: biopsia, aspiración, inyección)	0	25,2	30,03
420	77022	Guía por resonancia magnética para la ablación de tejido. (No reportar el código 77022 conjuntamente con los códigos 0071t, 0072l, 20982, 20983 y 0340t). (Para la ablación percutánea ver los códigos 32998, 47382, 47383, 50592 y 50593). (para el tratamiento enfocado en la ablación por ultrasonido uterino leiomiomatosis ver los códigos 0071t, 0072t) (para reportar la guía de localización esterotáctica para biopsia de mama o para la localización de dispositivos en mama, ver los códigos 19081, y 19283) (Para reportar la colocación de dispositivos localizados en mama, usar el código 19281).	0	43,2	48,03

MAMOGRAFÍA					
421	77053	Ductograma mamario o galactografía, ducto único, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)(para la inyección de ductograma y mamario y galactograma usar el código 19030)	0	6,37	8,49
422	77054	Ductograma mamario o galactografía, múltiples ductos, con supervisión radiológica e interpretación (*)(**)	0	7,81	10,41
423	77058	Resonancia magnética de mama bilateral, sin material de contraste	0	25,42	31,77
424	77059	Resonancia magnética de mama bilateral, sin y con material de contraste, bilateral (**)	0	35,65	42
425	77061	Tomosíntesis digital de mama; unilateral	0	15,22	15,37
426	77062	Tomosíntesis digital de mama; bilateral. (no reportar los códigos 77061 y 77062 conjuntamente con los códigos 76377 y 77067)	0	22,28	22,5
427	77063	Tomosíntesis digital de mama para Screening bilateral (listar separadamente además del código para el procedimiento primario) (no reportar el código 77063 conjuntamente con los códigos 76375, 76377, 77065 y 77066)	0	22,83	23,06
428	77065	Mamografía diagnóstica, incluida la detección asistida por ordenador (cad), cuando se realiza, unilateral	0	2,55	3,19
429	77066	Mamografía diagnóstica, incluida la detección asistida por ordenador (cad), cuando se realiza, bilateral	0	4,05	5,07
430	77067	Mamografía bilateral para Screening (estudio de dos proyecciones de la mama). Incluyendo la detección asistida por ordenador (cad), cuando se realiza. (para el scan de mama por impedancia eléctrica usar el código 76499)	0	4,05	5,07
(*) A Más del procedimiento, se añade honorarios médicos.					
(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales, por ejemplo: medio de contraste, etc.					

ESTUDIOS ÓSEO/ARTICULAR					
431	77071	Aplicación manual de estrés realizado por un médico para una radiografía de articulación, incluyendo la articulación contralateral si se indica	1,46	1,48	1,49
432	77072	Estudio de edad ósea	3,8	3,84	3,88
433	77073	Estudio de longitud ósea (escanograma)	13,9	14,04	14,18
434	77074	Examen radiológico de estudio óseo limitado (por ejemplo: para metástasis)	13,9	14,04	14,18
435	77075	Examen radiológico de serie ósea, completa (axial y apendicular).	6,14	6,21	6,27
436	77076	Examen radiológico de serie ósea, infante	7,83	7,91	7,99
437	77077	Examen radiológico articular específico, una proyección, una o más articulaciones	13,75	13,89	14,03
438	77078	Tomografía computarizada, estudio de densidad mineral ósea, uno o más sitios, esqueleto axial (por ejemplo: cadera, pelvis y columna)	0	1,48	1,49
439	77080	Densitometría ósea, uno o más sitios, esqueleto axial (caderas, pelvis, columna) (no reportar el código 77080 conjuntamente con los códigos 77085 y 77086)	0	1,92	1,94
440	77081	Densitometría ósea, esqueleto apendicular (periférico) (por ejemplo: radio, muñeca, talón). Para densitometría (dxa) de cuerpo total, usar el código 76499)	0	2,14	2,16
441	77085	Densitometría (dxa) de esqueleto axial, uno o más sitios; (por ejemplo: caderas, pelvis, columna vertebral), incluyendo la evaluación de fracturas vertebrales. (no reportar el código 77085 conjuntamente con los códigos 77080 y 77086)	0	4,58	4,63
442	77086	Evaluación de fractura vertebral mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA)	0	4,58	4,63
443	77084	Resonancia magnética de flujo sanguíneo de la médula ósea	0	30,88	31,19

3.2.1 Procedimientos de Medicina Nuclear

En esta sección los insumos, reactivos o radiofármacos se deberán facturar por separado (**)

MEDICINA NUCLEAR – DIAGNÓSTICO (**)					
SISTEMA ENDÓCRINO			UVR Nivel de Atención		
Nº	Códigos	Descriptivo	UVR I	UVR II	UVR III
444	78012	Gammagrafía de tiroides (con tecnecio o yodo)	0	0	24,15
445	78013	Gammagrafía y captación de tiroides (con tecnecio o yodo)	0	0	24,15

446	78018	Gammagrafía de metástasis de carcinoma de tiroides; todo el cuerpo (rastreo corporal total). (bajo criterio médico del especialista pasar al código 78018001 o 78018002)	0	0	24,15
447	78018001	Gammagrafía de metástasis de carcinoma de tiroides; todo el cuerpo (rastreo corporal total) con spect	0	0	40,26
448	78018002	Gammagrafía de metástasis de carcinoma de tiroides; todo el cuerpo (rastreo corporal total) con spect ct	0	0	48,31
449	78070	Gammagrafía paratiroidea (bajo criterio médico del especialista pasar al código 78071 o 78072)	0	0	24,15
450	78071	Gammagrafía paratiroidea + spect	0	0	40,26
451	78072	Gammagrafía paratiroidea + spect ct	0	0	48,31
452	78075	Gammagrafía de corteza y/o medula suprarrenal	0	0	24,15
453	78099	Procedimiento de diagnóstico endócrino no listado de medicina nuclear	0	0	24,15
454	78099001	Gammagrafía para detección de tumores neuroendócrinos con tecnecio octreotide (bajo criterio médico del especialista pasar al código 78099002 o 78099003)	0	0	24,15
455	78099002	Gammagrafía para detección de tumores neuroendócrinos con tecnecio octreotide con spect	0	0	40,26
456	78099003	Gammagrafía para detección de tumores neuroendócrinos con tecnecio octreotide con spect ct	0	0	48,31
457	78099004	Gammagrafía para detección de tumores neuroendócrinos con indio 111 octreotide (bajo criterio médico del especialista pasar al código 78099005 o 78099006)	0	0	24,15
458	78099005	Gammagrafía para tumores neuroendócrinos con Indio 111 octreotide con spect	0	0	40,26
459	78099006	Gammagrafía para tumores neuroendócrinos con Indio 111 octreotide con spect ct	0	0	48,31
460	78099007	Gammagrafía para detección de tumores neuroendócrinos con meta-iodo- bencil-guanidina (MIBG) (bajo criterio médico del especialista pasar al código 78099008 o 78099009)	0	0	24,15
461	78099008	Gammagrafía para detección de tumores neuroendócrinos con meta-iodo- bencil-guanidina (MIBG) con spect	0	0	40,26
462	78099009	Gammagrafía para detección de tumores neuroendócrinos con meta-iodo- bencil-guanidina (MIBG) con spect ct	0	0	48,31
463	78099010	Gammagrafía para detección de tumores con metoxi-iso-butilisonitrilo (MIBI) (bajo criterio médico del especialista pasar al	0	0	24,15

		código 780990011 o 780990012)			
464	78099011	Gammagrafía para detección de tumores con metoxi-iso-butil-isonitrilo (mibi) con spect	0	0	40,26
465	78099012	Gammagrafía para detección de tumores con metoxi-iso-butil-isonitrilo (mibi) con spect ct	0	0	48,31
466	78099013	Gammagrafía de cuerpo total con galio 67 (bajo criterio médico del especialista pasar al código 780990014 o 780990015)	0	0	24,15
467	78099014	Gammagrafía de cuerpo total con galio 67 con spect	0	0	40,26
468	78099015	Gammagrafía de cuerpo total con galio 67 con spect ct	0	0	48,31

SISTEMA HEMATOPOYÉTICO RETICULOENDOTELIAL Y LINFÁTICO (**)

469	78185	Gammagrafía esplénica con o sin flujo vascular	0	0	24,15
470	78195	Linfogammagrafía	0	0	24,15
471	78195001	Gammagrafía para detección de ganglio centinela (bajo criterio médico del especialista pasar al código 78195002 o 78195003)	0	0	24,15
472	78195002	Gammagrafía para detección de ganglio centinela + spect	0	0	40,26
473	78195003	Gammagrafía para detección de ganglio centinela + spect ct	0	0	48,31
474	78199	Procedimientos de diagnóstico hematopoyéticos, reticuloendoteliales y linfáticos no listados de medicina nuclear	0	0	24,15

SISTEMA GASTROINTESTINAL (**)

475	78205	Gammagrafía hepática + spect	0	0	40,26
476	78205001	Gammagrafía hepática + spect ct	0	0	48,31
477	78206	Gammagrafía hepática con flujo vascular (sulfuro coloidal/ glóbulos rojos marcados)	0	0	24,15
478	78215	Gammagrafía hepatoesplénica	0	0	24,15
479	78216	Gammagrafía hepatoesplénica con flujo vascular	0	0	24,15
480	78226	Gammagrafía hepatobiliar	0	0	24,15
481	78227	Gammagrafía hepatobiliar, con intervención farmacológica + spect	0	0	40,26
482	78227001	Gammagrafía hepatobiliar, con intervención farmacológica + spect ct	0	0	48,31
483	78230	Gammagrafía de glándulas salivales	0	0	24,15
484	78258	Gammagrafía para motilidad esofágica	0	0	24,15

485	78261	Gammagrafía de la mucosa gástrica	0	0	24,15
486	78262	Gammagrafía del reflujo gastroesofágico	0	0	24,15
487	78264	Gammagrafía de vaciamiento gástrico (por ejemplo: sólido, líquido o ambos)	0	0	24,15
488	78265	Gammagrafía de vaciamiento gástrico (por ejemplo: sólido, líquido, ambos); con tránsito de intestino delgado	0	0	24,15
489	78278	Gammagrafía de sangrado gastrointestinal aguda (bajo criterio médico del especialista pasar al código 78278001 o 78278002)	0	0	24,15
490	78278001	Gammagrafía de sangrado gastrointestinal aguda + spect	0	0	40,26
491	78278002	Gammagrafía de sangrado gastrointestinal aguda + spect ct	0	0	48,31
492	78290	Gammagrafía del intestino (por ejemplo: mucosa gástrica ectópica, localización de divertículo de Meckel, vólvulo) (bajo criterio médico del especialista pasar al código 78290001 o 78290002)	0	0	24,15
493	78290001	Gammagrafía del intestino (por ejemplo: mucosa gástrica ectópica, localización de divertículo de Meckel, vólvulo) + spect	0	0	40,26
494	78290002	Gammagrafía del intestino (por ejemplo: mucosa gástrica ectópica, localización de divertículo de Meckel, vólvulo) + spect ct	0	0	48,31
495	78299	Procedimiento de diagnóstico gastrointestinal no listado de medicina nuclear	0	0	24,15

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO (**)

496	78306	Gammagrafía ósea rastreo cuerpo total (bajo criterio médico del especialista pasar al código 78306001 o 78306002)	0	0	24,15
497	78306001	Gammagrafía ósea ; cuerpo total + spect	0	0	40,26
498	78306002	Gammagrafía ósea ; cuerpo total + spect ct	0	0	48,31
499	78315	Gammagrafía ósea ; estudio de 3 fases (infección y/o vitalidad)	0	0	24,15
500	78399	Procedimiento de diagnóstico musculoesquelético no listado de medicina nuclear.	0	0	24,15

SISTEMA CARDIOVASCULAR (**)

501	78414	Gamma ventriculografía radioisotópica.	0	0	24,15
502	78428	Gammagrafía para detección de shunt cardíaco	0	0	24,15
503	78445	Flebogammagrafía (angiografía / venografía)	0	0	24,15
504	78451	Spect de perfusión miocárdica. Estudio de reposo	0	0	40,26

505	78451001	Spect ct de perfusión miocárdica	0	0	48,31
506	78452	Spect de perfusión miocárdica con esfuerzo físico/ estrés farmacológico	0	0	40,26
507	78452000	Gammagrafía con pirofosfato para diagnóstico de amiloidosis	0	0	24,15
508	78459	Gammagrafía miocárdica, tomografía por emisión de positrones (PET), evaluación metabólica (para el estudio de perfusión miocárdica, ver los códigos 78491)(los códigos 78460-78465 se eliminaron del CPT 2017.para reportarlos ver los códigos 78451)	0	0	24,15
509	78466	Gammagrafía spect de viabilidad miocárdica	0	0	40,26
510	78481	Gammagrafía de pool vascular cardiaco técnica de primer paso.	0	0	24,15
511	78491	Gammagrafía miocárdica por tomografía de emisión de positrones (PET), perfusión.	0	0	24,15
512	78499	Procedimiento de diagnóstico cardiovascular no listado de medicina nuclear	0	0	24,15

SISTEMA RESPIRATORIO (**)

513	78579	Gammagrafía de ventilación pulmonar (con aerosol o gas)	0	0	24,15
514	78580	Gammagrafía de perfusión pulmonar con macroagregados de albúmina (MAA)	0	0	24,15
515	78582	Gammagrafía ventilatoria y perfusoria pulmonar	0	0	24,15
516	78597	Gammagrafía de perfusión pulmonar diferencial cuantificado	0	0	24,15
517	78598	Gammagrafía ventilatoria perfusoria con pulmón diferencial cuantificado (por ejemplo: aerosol o gas)	0	0	24,15
518	78599	Procedimiento de diagnóstico respiratorio no listado de medicina nuclear	0	0	24,15

SISTEMA NERVIOSO (**)

519	78600	Gammagrafía cerebral, menos de cuatro proyecciones estáticas	0	0	24,15
520	78601	Gammagrafía cerebral, menos de cuatro proyecciones estáticas, con flujo vascular	0	0	24,15
521	78607	Gammagrafía cerebral, tomográfica (spect)	0	0	40,26
522	78607001	Gammagrafía cerebral, tomográfica (spect ct)	0	0	48,31
523	78608	Tomografía por emisión de positrones (PET) cerebral; evaluación metabólica	0	0	24,15
524	78630	Cisternogammagrafía (para el procedimiento de inyección, ver los	0	0	24,15

		códigos 61000-61070, 62270-62327) (bajo criterio médico del especialista pasar al código 78630001 o 78630002)			
525	78635	Ventriculografía cerebral (para el procedimiento de inyección, ver los códigos 61000-61070, 62270-62294) (bajo criterio médico del especialista pasar al código 78635001 o 78635002)	0	0	24,15
526	78635001	Ventriculografía cerebral (para el procedimiento de inyección, ver los códigos 61000-61070, 62270-62294) + spect	0	0	40,26
527	78635002	Ventriculografía cerebral (para el procedimiento de inyección, ver los códigos 61000-61070, 62270-62294) + spect ct	0	0	48,31
528	78647	Cisternogramgrafía spect (para el procedimiento de inyección, ver los códigos 61000-61070, 62270-62294)	0	0	48,31
529	78647001	Cisternogramgrafía (para el procedimiento de inyección, ver los códigos 61000-61070, 62270-62327) + spect ct	0	0	48,31
530	78650	Gammagrafía para detección y localización de fugas de fluido cerebroespinal (para el procedimiento de inyección, ver los códigos 61000-61070, 62270-62294)	0	0	24,15
531	78660	Dacriocistografía con radiofármaco	0	0	24,15
532	78699	Procedimiento de diagnóstico del sistema nervioso no listados de medicina nuclear	0	0	24,15

SISTEMA GENITOURINARIO (**)

533	78700	Gammagrafía renal estática	0	0	24,15
534	78708	Gammagrafía renal con flujo vascular y función con intervención farmacológica (ejm. inhibidor de la enzima de angiotensina y/o diurético)	0	0	24,15
535	78710	Gammagrafía renal + spect	0	0	40,26
536	78710001	Gammagrafía renal + spect ct	0	0	48,31
537	78725	Gammagrafía de función renal	0	0	24,15
538	78740	Cistogammagrafía (reflujo)	0	0	24,15
539	78761	Gammagrafía testicular con flujo vascular	0	0	24,15
540	78799	Procedimiento de diagnóstico genitourinario no listado de medicina nuclear	0	0	24,15

OTROS PROCEDIMIENTOS (**)

Para un órgano específico, ver el título apropiado; para identificación de tumor de radiofósforo ocular, ver el código 78800.

541	590021	Histerosalpingografía radioisotópica	0,00	0,00	24,15
542	78808	Procedimiento de inyección para localización radiofarmacéutica	0	0	24,15

		por estudio de sonda sin imagen intravenosa (por ejemplo: adenoma paratiroideo) (para la identificación de nodos linfáticos de sentina, usar el código 38792)(para tomografía por emisión de positrones (PET) de cerebro, ver los códigos 78608 y 78609)(para tomografía por emisión de positrones (PET) de imagen miocárdica, ver los códigos 78459, 78491) (*)			
543	78811	Tomografía por emisión de positrones (PET); área limitada (por ejemplo: tórax, cabeza o cuello)	0	0	24,15
544	78812	Tomografía por emisión de positrones (PET); desde la base del cráneo hasta la mitad del muslo	0	0	24,15
545	78813	Tomografía por emisión de positrones (PET); cuerpo entero	0	0	24,15
546	78814	Tomografía por emisión de positrones (PET) con tomografía computarizada simultáneamente para la corrección de atenuación y la imagen de localización anatómica; área limitada (por ejemplo: tórax, cabeza/cuello)	0	0	24,15
547	78815	Tomografía por emisión de positrones (PET) con tomografía computarizada simultáneamente, para la corrección de atenuación y la imagen de localización anatómica; desde la base del cráneo hasta la mitad del muslo	0	0	24,15
548	78816	Tomografía por emisión de positrones (PET) con tomografía computarizada simultáneamente para la corrección de atenuación y la imagen de localización anatómica; cuerpo entero (reportar los códigos 78811-78816 una sola vez por sesión de imagen)(tomografía computarizada realizada para otras correcciones de la atenuación y la localización anatómica está reportado usando el sitio apropiado específico de tomografía computarizada con código con el modificador 59)	0	0	24,15
549	78999	Otros procedimientos de diagnóstico misceláneos no listados de medicina nuclear	0	0	24,15
550	78999001	Gammagrafía para detección de infecciones con ciprofloxacina – tc	0	0	24,15
551	78999002	Gammagrafía para detección de infecciones con galio 67	0	0	24,15
552	78999003	Gammagrafía para detección de infecciones con ubiquidina	0	0	24,15
553	78999004	Tomografía por emisión de positrones PET/CT con F18-fdg	0	0	193,24
554	78999005	Tomografía por emisión de positrones PET/CT con F18-naf	0	0	193,24
555	78999006	Tomografía por emisión de positrones PET/CT con F18-colina	0	0	193,24
556	78999007	Tomografía por emisión de positrones PET/CT con F18-flt	0	0	193,24
557	78999008	Tomografía por emisión de positrones PET/CT con ga 68-dota-octreotato (tate, toc, etc.)	0	0	193,24

558	78999009	Tomografía por emisión de positrones PET/CT con 68 ga-psma	0	0	193,24
559	78999010	Tomografía por emisión de positrones PET/CT con 68 ga-nota-ubi	0	0	193,24
560	78999011	Tomografía por emisión de positrones PET/CT con 15o- 2o	0	0	193,24
561	78999012	Tomografía por emisión de positrones PET/CT con 11c-metionina	0	0	193,24
562	78999013	Tomografía por emisión de positrones PET/CT con 11c-pib	0	0	193,24

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS (**)					
563	79005	Terapia radiofarmacéutica por administración oral (ejm. yodo radioactivo I-131)	0	0	24,15
564	79101	Terapia radiofarmacéutica por administración intravenosa. (no reportar el código 79101 conjuntamente con los códigos 36400, 36410, 79403, 96360, 96374 o 96375, 96409)(para anticuerpo monoclonal radiomarcado por infusión intravenosa, usar el código 79403)(para infusión o instilación de solución de radioelemento sin anticuerpo que incluye tratamiento de seguimiento de 3 meses, usar el código 77750)	0	0	24,15
565	79200	Terapia radiofarmacéutica por administración intracavitaria	0	0	24,15
566	79300	Terapia radiofarmacéutica por administración intersticial de coloides radioactivos	0	0	24,15
567	79403	Terapia radiofarmacéutica, anticuerpo monoclonal radiomarcado por infusión intravenosa. Para imagen pre tratamiento, ver los códigos 78802 y 78804)(no reportar el código 79403 conjuntamente con el código 79101)	0	0	24,15
568	79440	Terapia radiofarmacéutica por administración intra-articular	0	0	24,15
569	79445	Terapia radiofarmacéutica por administración intra arterial de partículas	0	0	24,15
570	79999	Procedimientos no listados de terapia radiofarmacéutica	0	0	24,15

3.3 Procedimientos Especiales

Se incluye en su valor el uso del equipo, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril no descartable, gastos de personal paramédico y administrativo, mantenimiento, seguros y dispositivos médicos fungibles de uso colectivo, se diferencia por nivel de atención. En los casos identificados con asterisco, se planillarán por separado los medios de contrastes y dispositivos médicos aplicados directamente al usuario/paciente y servicios médicos profesionales.

NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA					
N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III

1	231010	Cistometrograma	0,00	2,18	2,62
2	231021	Estudio completo de impotencia (incluye: falodinamia y estudio vascular)	0,00	27,21	32,65
3	231032	Cistometría	0,00	3,55	4,26
4	231043	Uroflujometría	0,00	1,07	1,28
5	231054	Cambio de catéter urinario	0,00	1,04	1,25
6	231075	Esfinteromanometría	0,00	1,83	2,20
7	231086	Perfil de presión uretral	0,00	1,72	2,06
8	231097	Estudio de urodinamia standard (Uroflujometría, Electromiografía Esfinteriana y Cistometría)	0,00	3,90	4,11
9	231108	Estudio de urodinamia con test de fentolamina	0,00	9,72	11,66
10	231119	Estudio de urodinamia con test de betanecol	0,00	8,93	10,72
11	231120	Estudio de urodinamia con test de diazepam	0,00	8,93	10,72
12	231141	Perfil de presión uretral con test de denervación uretral	0,00	1,78	2,14
13	231152	Aspiración vesical suprapúbica	0,00	2,38	2,86
14	231163	Catéterismo vesical	0,00	1,04	1,25
15	231174	Instilación vesical	0,00	2,00	2,40
16	231185	Litotripsia extracorpórea para cálculos complejos: incluye sala con equipo propio, honorarios médicos, personal apoyo, dispositivos médicos	0,00	140,81	159,71
17	231196	Litotripsia extracorpórea para cálculos simples (piélico, calicial y ureteral único): incluye sala con equipo propio, honorarios médicos, personal apoyo, dispositivos médicos	0,00	115,06	128,96
18	231207	Manometría piélica	0,00	2,18	2,62
19	231218	Dilatación uretral (por sesión)	0,00	1,83	2,20

NEUMOLOGÍA/TERAPIA RESPIRATORIA

N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III
1	241019	Espirometría simple	0,00	1,93	2,32
2	241020	Espirometría simple y con broncodilatadores	0,00	3,89	4,67
3	241031	Espirometría simple más capacidad residual funcional	0,00	6,51	7,81
4	241042	Espirometría simple más volumen respiratorio y capacidad pulmonar total (incluye: radiografía de tórax anteroposterior y lateral)	0,00	6,06	7,27
5	241053	Espirometría simple más difusión de monóxido de carbono	0,00	6,51	7,81
6	241064	Gasometría arterial (cada muestra)	0,00	1,41	1,69
7	241075	Espirometría simple más difusión de monóxido de carbono y gasometría arterial	0,00	7,51	9,01
8	241086	Volumen de cierre	0,00	1,93	2,32
9	241097	Curva de flujo de volumen	0,00	2,31	2,77
10	241108	Curva de flujo de volumen pre y post- broncodilatadores	0,00	4,71	5,65
11	241119	Estudio fisiológico del sueño	0,00	5,30	6,36
12	241120	Test de bronco motricidad	0,00	6,50	7,80
13	241131	Respuesta ventilatoria a la hipoxia, hiperoxia e hipercapnia	0,00	3,82	4,58
14	241142	Medición presión inspiratoria y respiratoria máxima	0,00	0,40	0,48
15	241153	Gases arteriales y venosos mixtos, determinación de contenidos, Diferencia Contenido arterio-venoso de Oxígeno (D(A/V)O ₂), extracción periférica y aporte de O ₂	0,00	5,08	6,10
16	241164	Mecánica respiratoria, pletismografía inductiva tórax y abdomen, fuerza y resistencia de músculo respiratorio	0,00	5,08	6,10
17	241175	Resistencia total de vías aéreas	0,00	2,09	2,51
18	241186	Distensibilidad Pulmonar	0,00	4,93	5,92
19	241197	Ergoespirometría completa, (MV,BF,FCO ₂ , RQ, HR, VO ₂ , VCO ₂ , FO ₂ , VO ₂ /HR, VO ₂ /KG, MET, EQO ₂)	0,00	9,33	11,20
20	241220	Punción Pleural *	0,00	3,05	3,66
21	241231	Curva de Hiperoxia (cinco muestras de arteriales con oxígeno al 100%)	0,00	9,04	10,85
22	241242	Test de ejercicio pulmonar	0,00	15,07	18,08
23	241253	Saturación percutánea de CO ₂	0,00	10,85	13,02
24	241264	Oximetría de pulso	0,00	1,20	1,44

25	241275	Terapia respiratoria: higiene bronquial (uso de incentivo, percusión, drenaje y ejercicios respiratorios), por sesión (**)	0,00	0,77	0,92
26	241286	Inhaloterapia, sesión (nebulizador ultrasónico o presión positiva intermitente) (**)	0,00	0,77	0,92

NOTA:

(*) A Más del Procedimiento, se añade honorarios médicos, dispositivos médicos identificables al procedimiento y consumo de oxígeno u otros gases a procedimientos que apliquen.

(*) A más del procedimiento, se añade honorarios médicos.

(**) Al procedimiento se le añade dispositivos médicos adicionales por ejemplo: medio contraste, etc.

CARDIOLOGÍA Y HEMODINAMIA (**)					
N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III
1	230001	Angioplastia *	0,00	41,20	45,78
2	230002	Fibrinólisis intracoronaria*	0,00	35,80	39,81
3	230003	Atrioseptostomia*	0,00	35,80	39,81
4	230004	Biopsia endomiocardiaca*	0,00	35,80	39,81
5	230005	Catéterismo cardiaco*	0,00	35,80	39,81
6	230006	Catéterismo cardiaco + angiografía*	0,00	41,20	45,78
7	230007	Catéterismo Swan Ganz*	0,00	35,80	39,81
8	230008	Colocación marcapaso temporal*	0,00	16,40	18,23
9	230009	Coronariografía*	0,00	35,80	39,81
10	230010	Cinecoronariografía + angioplastia*	0,00	53,20	59,15
11	230011	Valvulo plastia con balón*	0,00	41,20	45,78
12	230012	Tratamiento invasivo de Infarto Agudo*	0,00	41,20	45,78
13	230013	Valvuloplastia tricuspidea*	0,00	35,80	39,81
14	230014	Valvuloplastia mitral*	0,00	41,20	45,78
15	230015	Valvuloplastia pulmonar*	0,00	35,80	39,81
16	230016	Valvuloplastia aortica*	0,00	35,80	39,81
17	230017	Implantación de dispositivo cardiovascular central y periférico*	0,00	41,20	45,78
18	230018	Hisograma	0,00	26,20	29,11
19	230019	Ablación*	0,00	43,20	48,03
20	230025	Estudio electrofisiológico y Ablación*	0,00	51,80	57,52
21	230028	Catéterismo de emergencia*	0,00	38,40	42,72
22	230029	Catéter + Angioplastia de Emergencia*	0,00	56,60	62,94
23	550121	Análisis de marcapasos*	0,00	2,90	3,20
24	550122	Análisis de ritmo*	0,00	1,00	1,06
25	93000	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; con interpretación e informe (*).	0,00	2,30	2,50
26	93005	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; trazado solamente, sin interpretación e informe	0,00	1,15	1,25
27	93010	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; interpretación e informe solamente	0,00	1,15	1,25
28	550124	Ergometría	0,00	3,70	4,07
29	550125	Holter de electrocardiografía(*)	0,00	3,70	4,09
30	550126	Holter de presión arterial(*)	0,00	3,50	3,89
31	550127	Potenciales tardíos	0,00	4,50	4,96
32	550128	Estimulación trans-esofágica*	0,00	3,00	3,38
33	550131	Ecocardiograma de stress/ejercicio(*)	0,00	4,00	4,45
34	550132	Eco transesofágico(*)	0,00	4,00	4,45
35	550133	Ecocardiografía Doppler y color(*)	0,00	2,90	3,24
36	550140	Ecocardiografía(*)	0,00	4,10	4,59
37	550141	Ecocardiografía de Seguimiento(*)	0,00	2,10	2,30
38	550154	Eco estrés con dobutamina*	0,00	5,10	5,66

NOTA:

(*) Añadir honorarios médicos (no aplica ayudantías excepto en procedimientos de alta complejidad)

(**) Añadir dispositivos médicos identificables.

(No incluye derecho de sala de procedimientos de alta o moderada complejidad. En este tipo de procedimientos se

facturará por separado).

NEUROLOGIA					
Nº	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III
1	261010	Electroencefalograma	0,00	4,15	5,00
2	261021	Electroencefalograma con electrodos nasofaríngeos	0,00	4,15	5,00
3	261032	Electroencefalograma para evaluación muerte cerebral *	0,00	6,32	7,61
4	261043	Punción lumbar*	0,00	1,52	1,83
5	261054	Sala y servicios de apoyo para procedimientos neurológicos.	0,00	2,32	2,80
6	261065	Electromiografía basal *	0,00	6,57	7,91
7	261076	Electromiografía media *	0,00	8,42	10,14
8	261087	Electromiografía avanzada *	0,00	14,39	17,34
9	261098	Potenciales somatosensoriales *	0,00	12,33	14,86
10	261109	Potenciales visuales *	0,00	10,10	12,17
11	261110	Potenciales auditivos *	0,00	10,10	12,17
12	261151	Estudio polisomnográfico *	0,00	25,32	30,50
13	261162	Electrocorticografía	0,00	2,51	3,02
14	261173	Telemetría (hora de examen)	0,00	5,88	7,09
15	261184	Monitoreo de apnea	0,00	7,97	9,60
16	261195	Monitoreo ambulatorio de apneas del sueño *	0,00	19,67	23,70
17	261206	Monitoreo ambulatorio de piernas inquietas *	0,00	19,67	23,70
18	261217	Corticografía transoperatoria *	0,00	15,19	18,30
19	261228	Monitoreo para focalización de foco epileptógeno *	0,00	17,68	21,30
20	261239	Monitoreo para identificación de foco epileptiforme *	0,00	34,11	41,10
21	261240	Análisis digital de Electroencefalograma	0,00	8,09	9,75
22	261251	Colocación de electrodos esfenoideales	0,00	4,98	6,00
23	261262	Electroencefalograma con privación de sueño.	0,00	4,81	5,80
24	261273	Electroencefalograma con sueño inducido.	0,00	8,80	10,60
25	261284	Electroencefalograma prolongado, más de una hora	0,00	10,13	12,20
26	261295	Mapeo cortical/subcortical por estimulación	0,00	10,04	12,10
27	261306	Mapeo cortical cada hora adicional	0,00	8,13	9,80
28	261317	Neuroestimulador: análisis/implante	0,00	10,79	13,00
29	261328	Neuroestimulador: análisis por cada 30 minutos adicional.	0,00	5,23	6,30

(*) Añadir honorarios médicos (no aplica ayudantías)

MEDICINA TRANSFUSIONAL					
Nº	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III
1	370012	Preparación Alícuota	0,00	4,36	4,36
2	370013	Irradiación de Sangre	0,00	3,18	3,18
3	370017	Plasmaféresis**	0,00	60,84	60,84
4	370018	Eritroféresis**	0,00	60,84	60,84
5	370021	Transfusión de componentes sanguíneos (requerimiento completo por usuario/paciente, se cobra por una sola vez por transfusión NO por unidad)	0,00	2,29	2,29
6	370027	Flebotomía terapéutica	0,00	2,67	2,67
7	370040	Autotransfusión - Cell Saver (*)	0,00	3,41	3,41
8	370048	Leucofiltración	0,00	3,18	3,18

(*) Añadir honorarios médicos

(**) Añadir insumos

OTORRINOLARINGOLOGÍA: EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS

Nº	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III

1	271010	Audiometría de Bekesy	0,00	1,12	1,35
2	271021	Audiometría tonal	0,00	1,00	1,21
3	271032	Audiometría verbal (logo audiometría)	0,00	1,00	1,21
4	271043	Audiometría de tallo cerebral	0,00	5,05	6,08
5	271054	Pruebas de reclutamiento (Sisa Tdt) C/U	0,00	0,86	1,04
6	271065	Pruebas de fatiga (Toné Decaí, Etc.) C/U	0,00	0,64	0,77
7	271076	Estudio vestibular con foto electronistagmografía	0,00	11,17	13,46
8	271087	Adaptación de audífono	0,00	2,41	2,90
9	271098	Punción seno maxilar*	0,00	1,12	1,35
10	271109	Impedanciometría	0,00	1,05	1,27
11	271110	Nebulizaciones C/U	0,00	0,42	0,50
12	271121	Proetz (desplazamiento) C/U	0,00	0,42	0,50
13	271132	Acufenometría (inhibición residual)	0,00	0,70	0,84
14	271143	Rinomanometría	0,00	2,76	3,33
15	271154	Lavado de oídos	0,00	0,70	0,84
16	271165	Curación de oído (bajo microscopio)*	0,00	1,12	1,35
17	271176	Valoración eléctrica de nervio facial (prueba de Hilger)	0,00	3,11	3,75
18	271187	Drenaje absceso simple o hematoma de oído externo*	0,00	1,68	2,03
19	271198	Extracción cuerpo extraño conducto auditivo externo, sin incisión	0,00	1,68	2,03
20	271209	Extracción cuerpo extraño de nariz	0,00	1,68	2,03
21	271210	Taponamiento nasal anterior	0,00	2,25	2,71
22	271221	Taponamiento nasal posterior	0,00	4,22	5,08
23	271232	Drenaje de absceso periamigdalino	0,00	1,68	2,03
24	271243	Electronistagmografía	0,00	8,39	10,11
25	271254	Curación de nariz o senos paranasales*	0,00	0,70	0,84
26	271265	Infiltración de cornetes*	0,00	0,70	0,84
27	271276	Pruebas vestibulares calóricas y/o térmicas*	0,00	1,76	2,12
28	271287	Criocoagulación de cornetes*	0,00	3,37	4,06
29	271298	Electrococleografía	0,00	8,44	10,17
30	271309	Electrocoagulación de mucosa nasal*	0,00	1,40	1,69
31	271310	Sialometría	0,00	4,63	5,58
32	271321	Laringoscopia con estroboscopio	0,00	6,02	7,25
33	271332	Nasolaringoscopia	0,00	4,61	5,55

NOTA: (*) Añadir honorarios médicos (no aplica ayudantías)

OFTALMOLOGÍA

N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III
1	281010	Ultrasonografía	0,00	5,61	6,76
2	281021	Angiofluoresceinografía unilateral, con fotografías a color de segmento posterior	0,00	7,58	9,13
3	281032	Tomografía con pruebas provocativas	0,00	15,99	19,27
4	281043	Campo visual central y periférico bilateral	0,00	2,18	2,63
5	281054	Sondeo Vías lagrimales (mínimo tres sesiones), incluye: estricturotomía	0,00	4,13	4,97
6	281065	Cauterización de puntos lagrimales	0,00	1,81	2,18
7	281076	Electrólisis de pestañas	0,00	1,81	2,18
8	281087	Extracción cuerpo extraño de la conjuntiva	0,00	1,81	2,18
9	281098	Curetaje de la conjuntiva o córnea	0,00	1,94	2,34
10	281109	Inyección sub conjuntival	0,00	1,52	1,83
11	281110	Drenaje absceso córnea	0,00	3,02	3,64
12	281121	Extracción cuerpo extraño superficial de córnea	0,00	1,81	2,18
13	281132	Extracción cuerpo extraño superficial de esclerótica	0,00	1,81	2,18
14	281143	Examen optométrico	0,00	1,40	1,69
15	281154	Evaluación ortóptica	0,00	1,79	2,16

16	281164	Evaluación y tratamiento ortóptico (sesión)	0,00	0,42	0,50
17	281175	Evaluación y tratamiento pleóptico (sesión)	0,00	0,42	0,50
18	281186	Topografía corneal computarizada, unilateral	0,00	3,78	4,56
19	281197	Recuento de células endoteliales	0,00	3,78	4,56
20	281208	Betaterapia sesión	0,00	0,94	1,13
21	281229	Paquimetría (unilateral)	0,00	2,90	3,49
22	281230	Biometría ocular (unilateral)	0,00	2,90	3,49
23	281241	Electrorretinografía (bilateral)	0,00	14,53	17,51
24	281262	Electrooculograma (bilateral)	0,00	14,53	17,51
25	281273	Interferometría (unilateral)	0,00	2,02	2,43
26	281284	Interferometría (bilateral)	0,00	3,01	3,63
27	281295	Fotografía a color de segmento posterior (unilateral)	0,00	2,05	2,47
28	281306	Campo visual computarizado (bilateral)	0,00	5,27	6,35
29	281317	Drenaje absceso palpebral	0,00	1,54	1,85
30	281328	Drenaje chalazión	0,00	1,54	1,85
31	281339	Fotocoagulación con Yag láser (capsulotomía, iridectomía ruptura de bandas).	0,00	22,21	26,76
32	281340	Fotocoagulación, con láser de argón o kriptón.	0,00	22,21	26,76
33	281351	Panfotocoagulación de retina, con láser de argón o kriptón	0,00	24,55	29,58
34	281352	OCT (scanner computarizado con diagnóstico de imagen oftalmológica) de nervio óptico o mácula.	0,00	5,2	5,80
35	281362	Fotocoagulación de conjuntiva con láser.	0,00	0,00	19,28

Nota: exámenes y procedimientos (tarifa integral en su valor incluye todo lo necesario para la prestación)

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA					
N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III
1	281380	Monitoreo fetal (no aplica en sala de labor y parto)	0,00	1,7	2,05

ONCOLOGÍA					
N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III
Telecobaltoterapia (Incluye honorarios médicos en la aplicación de tratamiento)					
1	331017	Tratamiento por región con campo único, por sesión	0,00	0,00	9,63
2	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)					
3	332019	Tipo I tratamientos superficiales y combinados o dosis de refuerzo, con Rx , por sesión	0,00	0,00	9,63

Braquiterapia/curiterapia ginecológica (aplicación del tratamiento, añadir estadía hospitalaria y honorarios profesionales)					
4	333010	Tipo I baja tasa, tratamiento x aplicación	0,00	0,00	46,93
5	333021	Tipo II alta tasa, tratamiento x aplicación	0,00	0,00	56,20

Braquiterapia /Curiterapia Intersticial (Aplicación del tratamiento)					
6	334012	Tipo I planar simple, por aplicación	0,00	0,00	38,54
7	334023	Tipo II biplanar, por aplicación	0,00	0,00	46,93
8	334034	Tipo III volumétrica, por aplicación	0,00	0,00	56,20
Añadir estadía hospitalaria y honorarios médicos					

Radioterapia acelerador lineal (incluye simulación más planificación) (añadir honorarios médicos, dispositivos médicos identificables al usuario/paciente)					
9	335014	Por 1 sesión	0,00	0,00	20,12
10	335015	Por 10 sesiones	0,00	0,00	201,17
11	335026	Por 20 sesiones	0,00	0,00	402,34
12	335037	Por 30 sesiones	0,00	0,00	603,51
13	335048	Por 35 sesiones con radioterapia de intensidad modulada (IMRT)	0,00	0,00	776,31

En el caso de que un paciente no cumpla el número de sesiones determinado en el paquete se cobrará por cada sesión efectiva (por una sesión el código 335014)

Simulación (añadir dispositivos médicos identificables al usuario/paciente, medio de contraste y honorarios médicos)					
14	335080	Simulación de baja complejidad, sin contraste	0,00	0,00	9,90
15	335091	Simulación de baja complejidad, con contraste. (**)	0,00	0,00	13,50
16	335113	Simulación de alta complejidad, sin contraste	0,00	0,00	11,00
17	335124	Simulación de alta complejidad, con contraste (**).	0,00	0,00	20,20

Quimioterapia (añadir honorarios médicos, medicamentos y dispositivos médicos)					
18	336005	Quimioterapia intratecal	0,00	0,00	4,00
19	336016	Quimioterapia ambulatoria por sesión	0,00	0,00	3,00
20	336027	Quimioterapia hospitalaria por sesión	0,00	0,00	5,00

Nota: En quimioterapia añadir honorarios médicos, medicamentos, dispositivos médicos - el reconocimiento será con habitación de individual

NECROPSIAS					
N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III
1	204018	Completa con estudio macro y microscópico	0,00	14,09	16,20
2	204049	Formolización	0,00	4,79	5,51
3	204050	Feto y placenta	0,00	5,54	6,37

Nota: exámenes y procedimientos (tarifa integral en su valor incluye todo lo necesario para la prestación)

4. Soporte vital extracorpóreo (ECLS) con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO)

SOPORTE VITAL EXTRACORPÓREO (ECLS) CON MEMBRANA DE OXIGENACION EXTRACORPÓREA (ECMO)			
N°	CÓDIGOS	DESCRIPCIÓN	VALOR
1	70300009	Costo total por implante o recambio o extracción del soporte vital extracorpóreo (ECLS) con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO); (incluye honorarios profesionales, uso de equipos, infraestructura, mobiliario necesarios para el procedimiento y costos indirectos)	\$ 1.439,07
2	70300010	Costo total por cuidado diario del soporte vital extracorpóreo (ECLS) con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO); (incluye honorarios profesionales, uso de equipos, infraestructura, mobiliario necesarios para el procedimiento y costos indirectos)	\$ 2.547,90

El soporte vital extracorpóreo (ECLS) con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO), debe ser realizado en hospitales de III Nivel debidamente equipados.

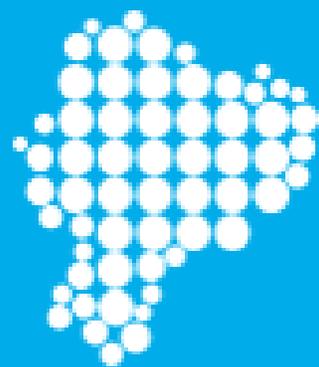
En los códigos descritos para el soporte vital extracorpóreo (ECLS) con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO), **NO** se encuentra incluido el kit del dispositivo especializado por cada usuario/paciente y los medicamentos que se requieran de acuerdo a la condición clínica del usuario/paciente.

No están incluidos los procedimientos de apoyo diagnóstico de laboratorio e imagenología requeridos exclusivamente para el soporte vital extracorpóreo (ECLS) con membrana de

oxigenación extracorpórea (ECMO).

No están incluidos otros procedimientos clínicos o quirúrgicos realizados antes, durante y después de la implantación ECMO (ejemplo: colocaciones de vías, valvuloplastias, bypass, etc).

Honorarios médicos de otros especialistas (distintos a los que implantan y operan el ECMO) se planillaran por separado.



RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD

SECCIÓN CUARTA

NORMAS Y CONTENIDOS ESPECÍFICOS

SERVICIOS PROFESIONALES

SECCIÓN CUARTA

NORMAS Y CONTENIDOS ESPECÍFICOS

CAPÍTULO I

1. SERVICIOS PROFESIONALES

1.1 Servicios Odontológicos

En esta sección se detallan los procedimientos de orden general, procedimientos preventivos, procedimientos curativos, periodoncia, procedimientos de rehabilitación, cirugía oral y otros procedimientos. Incluyen también las valoraciones y demás tratamientos, cuando el protocolo médico de una especialidad médica indique que es necesaria una valoración odontológica.

En la valoración de estos procedimientos están incorporados todos los dispositivos médicos registrados como de utilización en estos procedimientos. Los materiales identificados de manera individual, tal es el caso de órtesis, prótesis e implantes serán facturados de manera unitaria.

No será reconocido por la Red Pública Integral de Salud, los procedimientos con fines cosméticos. Se reconocerán las órtesis, prótesis e implantes en valoraciones solicitadas y justificadas por los especialistas.

La primera atención y valoración del usuario/paciente será planillada con el código de consulta odontológica general, y de ser el caso, se referirá a una consulta odontológica de especialidad.

Valoraciones de odontología en control pre quirúrgico se planillaran como consulta odontológica general. En el tratamiento posterior, producto de una consulta general y/o de especialista se planillará los procedimientos indicados en esta sección:

No	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III
GENERAL					
1	200001	Consulta odontológica, general	1,48	1,61	1,74
2	200005	Consulta odontológica, especialista	2,07	2,25	2,44
PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS					
3	200100	Profilaxis	2,12	2,21	2,25
4	200311	Sellantes	1,90	1,98	2,01
5	200315	Fluorización (fluorización en barniz y en gel)	2,28	2,38	2,42
PROCEDIMIENTOS CURATIVOS					
6	200200	Restauraciones con ionómero de vidrio simple (una sola cara)	2,28	2,38	2,43
7	200205	Restauraciones con ionómero de vidrio compuesta (dos caras)	3,13	3,27	3,33
8	200210	Restauraciones con ionómero de vidrio compleja (más de dos caras)	3,27	3,41	3,48
9	200300	Restauraciones con resina simple (una sola cara)	2,97	3,10	3,16
10	200305	Restauraciones con resina compuesta (dos caras)	3,55	3,70	3,78
11	200310	Restauraciones con resina compleja (más de dos caras)	4,46	4,66	4,75
12	200312	Restauraciones con amalgama simple (una sola cara)	0,70	0,77	0,83
13	200313	Restauraciones con amalgama compuesta (dos caras)	0,93	1,02	1,10

14	200314	Restauraciones con amalgama compleja (más de dos caras)	1,40	1,52	1,65
15	200050	Exodoncia pieza erupcionada (simple)	2,94	3,06	3,14
16	200040	Exodoncia pieza erupcionada (con complicación)	3,89	4,05	4,14
17	200055	Exodoncia pieza semi retenida y/o semi incluida	3,54	3,86	4,18
18	200010	Endodoncia uniradicular (por sesión)	3,90	4,07	4,15
19	200015	Endodoncia biradicular (por sesión)	4,80	5,01	5,12
20	200020	Endodoncia multiradicular (por sesión)	8,50	9,05	9,12
OTROS PROCEDIMIENTOS					
21	200330	Obturación provisional	2,39	2,49	2,54
22	200333	Desvitalización y momificación	2,95	3,22	3,49
23	200339	Colocación y cementación de perno	2,95	3,22	3,49
24	200342	Cementación de corona	2,21	2,41	2,62
25	200351	Ferulización con resina	4,43	4,83	5,23
26	200125	Ferulización con alambre	4,43	4,83	5,23
27	200375	Reimplantes (pieza avulsionada)	4,43	4,83	5,23
28	200378	Limpieza quirúrgica	2,36	2,57	2,79
29	200379	Examen histopatológico	2,95	3,22	3,49
30	200380	Urgencia – Control del dolor y/o hemorragia	2,36	2,57	2,79
31	200130	Ajuste oclusal clínico	3,54	3,86	4,18
32	200135	Placa miorrelajante	3,54	3,86	4,18
PERIODONCIA					
33	200105	Gingivoplastia/gingivectomia	2,95	3,22	3,49
34	200110	Colgajo	2,95	3,22	3,49
35	200115	Curetaje	2,36	2,57	2,79
36	200120	Injertos (por pieza)	5,31	5,80	6,28
PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN					
37	200400	Prótesis total superior con acrílico	11,64	12,71	13,76
38	200405	Prótesis total inferior con acrílico	11,64	12,71	13,76
39	200410	Prótesis total superior e inferior con acrílico	18,19	19,87	21,51
40	200420	Prótesis parcial superior o inferior en acrílico de 1 a 5 piezas	3,54	3,86	4,18
41	200425	Prótesis parcial superior o inferior en acrílico de 6 o más piezas	5,31	5,80	6,28
42	200435	Prótesis fija de metal porcelana 1 pieza* (corona metal porcelana)	5,31	5,80	6,28
43	200440	Prótesis fija de metal porcelana 2 piezas*	5,67	6,18	6,70
44	200445	Prótesis fija de metal porcelana 3 piezas*	6,02	6,57	7,12
45	200450	Prótesis fija de metal porcelana 4 piezas*	6,37	6,95	7,53
46	200455	Prótesis fija de metal porcelana 5 piezas*	6,73	7,34	7,95
47	200460	Prótesis fija de metal porcelana 6 a 8 piezas*	7,08	7,73	8,37
48	200465	Coronas Jaquet en acrílico	3,54	3,86	4,18
49	200466	Corona Davis incluido perno muñón	3,54	3,86	4,18
50	200467	Corona metal acrílico	3,54	3,86	4,18
51	200468	Corona acrílico	3,19	3,48	3,77
CIRUGÍA ORAL					
52	200060	Exodoncia de pieza retenida / incluida/ impactada	4,43	4,83	5,23
53	200357	Cirugía para biopsia	2,95	3,22	3,49
54	200360	Cirugía de tejidos blandos	3,54	3,86	4,18
55	200363	Cirugía apical	4,43	4,83	5,23
56	200366	Cirugía periradicular	4,43	4,83	5,23
57	200369	Comunicación buco maxilar	5,90	6,44	6,98
58	200372	Comunicación buco nasal	5,90	6,44	6,98
<p>Nota: *Aplicará en casos de accidentes de trabajo y SPPAT. Se emitirán notas de débito cuando los tratamientos no hayan sido finalizados, según el informe de auditoría médica</p>					

1.2 Servicios de Profesionales de la Salud

En esta sección se hace referencia a las prestaciones de servicios otorgados por los profesionales en salud, mediante la estimación del 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 Médica Americana (AMA), que es la nomenclatura internacional estándar de los códigos de dichos procedimientos.

Para médicos residentes, posgradistas 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 reconocerá los valores monetarios expresados en esta sección.

El establecimiento de las unidades de valor relativo (UVR) para cada procedimiento está determinado por cinco criterios: tiempo, habilidad, severidad de la enfermedad, riesgo para el usuario/paciente y riesgo para el médico.

En esta sección se 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.

1.2.1 Estructura del componente 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 los siguientes componentes:

COMPONENTES	DESCRIPCIÓN
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
MEDICINA	Procedimientos divididos por aparatos y sistemas que se aplican para este tipo de atenciones por especialidades y subespecialidades
CIRUGÍA	Exámenes y procedimientos quirúrgicos divididos por aparatos y sistemas
ANESTESIOLOGÍA	Procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico y tratamiento
IMAGENOLOGÍA	Procedimientos de quirúrgicos, diagnóstico y tratamiento (aplica en aquellos procedimientos identificados en la sección correspondiente)

1.2.2 Reglas de utilización

1.2.2.1 Honorarios médicos

Los honorarios médicos serán planillados, aplicando las unidades de valor relativo (UVR) para servicios profesionales médicos indicados en esta sección. El personal médico para el cobro de honorarios registrará el nombre del procedimiento en el protocolo correspondiente, en caso de servicios de evaluación y manejo serán planillados de acuerdo a los criterios indicados en la

sección correspondiente.

Los valores expresados en unidades de valor relativo (UVR) de los diferentes procedimientos de esta sección, se consideran el **Techo Máximo** 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 práctica médica 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 (100%).

1.2.2.2 Factor de conversión monetaria (FCM)

Se aplicarán los factores de conversión monetaria, según el tipo de procedimiento multiplicado por la unidad de valor relativo.

1.2.2.3 Aplicación de las unidades de valor relativo (UVR) en el componente de servicios profesionales

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

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO	UNIDAD DE VALOR RELATIVO CIRUGÍA	VALOR RELATIVO ANESTESIA
27750	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis tibial con o sin fractura de peroné; sin manipulación	5.6	3

(1) Esta columna indica el código numérico o alfanumérico 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.

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

El valor del punto (UVR) de cirugía más alto será el primario para el cirujano y el valor del punto (UVR) más alto del de anestesia será el valor base para el anestesiólogo. Para obtener el valor total de los honorarios médicos, se multiplicará el valor monetario del factor de conversión por el número de unidades de valor relativo que corresponde para cada procedimiento.

Ejemplo: si el factor de conversión 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

1.2.2.4 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 al usuario/paciente hospitalizado por primera vez
- Atención de emergencia
- Cuidados intensivos adultos, pediátricos, neonatos, cuidados intermedios recién nacidos de 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 último día de hospitalización del usuario/paciente; excepto para procedimientos quirúrgicos, en el cual el honorario de cirugía, incluye los controles del usuario/paciente hasta por siete días.

Pasado este tiempo, el cirujano podrá facturar las visitas diarias, utilizando los códigos de cuidado diario al usuario/paciente. El factor de conversión monetaria (FCM) expresado en dólares americanos que se utilizará, es el de evaluación y manejo.

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**.

1.1.1.1.1. Guía de uso de evaluación y manejo

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.

- ***Motivo de consulta***

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

- ***Componentes***

Cada nivel de servicio tiene siete componentes que son:

HISTORIA. - Se relaciona al tipo de historia que se obtiene acerca del usuario/paciente durante la visita. Son 3 tipos:

- **Historia breve focalizada:** al problema principal, y revisión de sistemas pertinente.
- **Historia focalizada extendida:** al problema principal, con revisión de sistemas amplios, pasado pertinente, e historia familiar y social.
- **Historia clínica completa y detallada:** enfocada al problema principal y al resto de

problemas de salud, con revisión completa de aparatos y sistemas, antecedentes patológicos personales, familiares, quirúrgicos y relación social-ambiental.

EXAMEN FÍSICO. - Este componente se relaciona al tipo de examen físico realizado al usuario/paciente.

- **Focalizado al problema:** El examen se limita al área del cuerpo o sistema orgánico afectado.
- **Focalizado extendido:** Examen sobre el área o sistema orgánico afectado y otros sistemas orgánicos relacionados o sintomáticos.
- **Detallado:** un examen extenso del área y sistemas afectados y otros sistemas relacionados o sintomáticos.
- **Completo:** Un examen multisistémico completo; órganos, áreas, aparatos y sistemas.

TOMA DE DECISIONES MÉDICAS. - La toma de decisiones médicas está dividida en tres categorías. El nivel de decisión médica es determinado por la documentación en la historia clínica de tres subcategorías que incluyen: número de posibles diagnósticos y/o el número de opciones de manejo consideradas; la cantidad y la complejidad de test 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 usuario/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

CONSEJERÍA. - Diálogo con el usuario/paciente y/o su familia acerca de uno o más de los puntos relacionados con la coordinación del cuidado a usuarios/paciente:

- Diagnóstico, impresiones, y/o estudios diagnósticos recomendados
- Pronóstico
- Riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento
- Importancia del cumplimiento del tratamiento y manejo elegido
- Reducción de factores de riesgo
- Educación al usuario/paciente y familia

NATURALEZA DEL PROBLEMA ACTUAL. - El problema actual es una enfermedad, condición, daño, síntoma, signo, malestar, 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 en el cual 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 en el cual el riesgo de morbilidad, sin tratamiento es alto, tiene un moderado riesgo de mortalidad, sin tratamiento o alta probabilidad de secuela prolongada severa.

TIEMPO. - Es el período de tiempo que el médico permanece en el servicio e incluye:

- Revisa la historia clínica
- Examina al usuario/paciente
- Escribe indicaciones y evoluciones
- Se comunica con otros médicos respecto al usuario/paciente
- Habla con los familiares
- Revisa radiografías, resultados de patología, etc. en otras áreas del hospital.

1.2.2.4.1 Contenido de Evaluación y Manejo

A. Servicios de consulta externa

- **Consulta externa inicial**

Estos códigos se aplican como valor integral no exclusivamente como servicios profesionales médicos. Los tiempos de aplicación de la Consulta General o Médico especialista serán determinados por la Autoridad Sanitaria en la Normativa correspondiente.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99201	Visita al consultorio u otra consulta ambulatoria para la evaluación y el manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: un historial centrado en el problema; un examen centrado en el problema; sencilla toma de decisiones médicas. el asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados, se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. por lo general, los problemas de presentación son autolimitados o menores. por lo general, se pasan 10 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	7,00
99202	Visita al consultorio u otra consulta ambulatoria para la evaluación y el manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: un historial ampliado centrado en el problema; un examen ampliado centrado en el problema; toma de decisiones médicas sencilla. el asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados, se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. por lo general, los problemas de presentación son de gravedad baja a moderada. por lo general, se pasan 20 minutos cara a cara con el paciente y / o la	9,50

	familia.	
99203	Visita al consultorio u otra consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: una historia detallada; un examen detallado; toma de decisiones médicas de baja complejidad. el asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados, se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada. por lo general, se pasan 30 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	14,00
99204	Visita al consultorio u otra consulta ambulatoria para la evaluación y el manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: una historia completa; un examen completo; toma de decisiones médicas de complejidad moderada. el asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados, se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada a alta. por lo general, se pasan 45 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	20,00
99205	Visita al consultorio u otra consulta ambulatoria para la evaluación y el manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: una historia completa; un examen completo; toma de decisiones médicas de alta complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados, se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada a alta. Por lo general, se pasan 60 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	26,00

- **Consulta externa subsecuente**

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

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		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	3,5
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 auto limitado 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	19,50

	componentes: 1.- historia completa 2.- examen completo 3.- decisión medica de alta complejidad tiempo de duración 40 minutos	
--	--	--

B. Cuidados en observación

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
Alta del día de cuidado en Observación		
99217	Alta del día de cuidado en Observación. Incluye: 1.- Examen físico final. 2.- Información sobre ingreso. 3.- Instrucciones de cuidado posterior. 4.- Preparación de papeles de alta. Este código debe ser utilizado para el alta de usuario/pacientes de un servicio/estado de observación cuando el alta se realiza un día diferente al del ingreso a la sala de observación	9,00

- **Cuidados en observación - cuidado inicial**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99218	Atención de observación inicial, por día, para la evaluación y el manejo de un paciente que requiere estos 3 componentes clave: una historia detallada o completa; un examen detallado o exhaustivo; y toma de decisiones médicas que sea directa o de baja complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, el (los) problema (s) que requieren la admisión al "estado de observación" de un hospital es de baja gravedad. Por lo general, tiempo de duracion 30 minutos.	12,00
99219	Atención de observación inicial, por día, para la evaluación y el manejo de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave: una historia completa; un examen completo; y toma de decisiones médicas de complejidad moderada. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados, se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, el (los) problema (s) que requieren la admisión al "estado de observación" es de gravedad moderada. Tiempo de duracion 50 minutos	21,50
99220	Atención de observación inicial, por día, para la evaluación y el manejo de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave: una historia completa; un examen completo; y toma de decisiones médicas de alta complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados, se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, el (los) problema (s) que requieren la admisión al "estado de observación" es de alta gravedad. Tiempo de duracion 70 minutos	27,00

- **Cuidados en observación - cuidado subsecuente**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		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 35 minutos.	18,50

C. 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 usuario/paciente, desde la última vez que fue revisado por el médico tratante.

- **Cuidado hospitalario inicial**

Estos códigos aplican al primer cara a cara medico paciente y solo aplican a un médico por cada ingreso hospitalario. Aplica siempre y cuando no planille honorarios de emergencia.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		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**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		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**

Estos códigos se utilizarán en todas las altas hospitalarias clínicas y quirúrgicas en el último día de estancia. No se podrá aplicar el código del cuidado hospitalario subsecuente, una vez utilizado los códigos de alta hospitalaria; excepto en recién nacido sano, en el que el último día se pagará con el código 99462. Estos códigos se aplicarán una sola vez por usuario/paciente, por cada ingreso hospitalario.

No se podrá aplicar el código del cuidado hospitalario subsecuente a la misma especialidad que otorga el alta hospitalaria.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99238	Alta hospitalaria por el último día: este código será usado para reconocer los honorarios médicos por el período utilizado para el alta del usuario/paciente. Este código es apropiado para el examen final del usuario/paciente, elaboración de nota de alta con la discusión de la estancia hospitalaria del usuario/paciente, estado del usuario/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 usuario/paciente y familiares, los formularios de contra referencia y de ser necesario la coordinación con otras instituciones en el caso de procesos de referencia. Tiempo estimado 30 minutos	18,00
99239	Alta hospitalaria por el último día: este código será usado para reconocer los honorarios médicos por el período utilizado para el alta del usuario/paciente. Este código es apropiado para el examen final del usuario/paciente, elaboración de nota de alta con la discusión de la estancia hospitalaria del usuario/paciente, estado del usuario/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 usuario/paciente y familiares, los formularios de contra referencia y de ser necesario la coordinación con otras instituciones en el caso de procesos de referencia. Será aplicado en cirugías de alta complejidad. Tiempo estimado mayor a 30 minutos	30,00

D. Interconsultas

Una interconsulta es un tipo de servicio prestado por un profesional de la salud y cuya opinión o evaluación y/o manejo de un problema específico es requerido por otro profesional de la salud. El profesional de la salud interconsultado puede iniciar el manejo diagnóstico o terapéutico. La solicitud de interconsulta debe ser anotada en la historia clínica, y el profesional de la salud interconsultado debe anotar en la historia clínica sus opiniones y comunicar al médico que solicitó la interconsulta.

- **Interconsulta en usuario/paciente hospitalizado por primera vez**

Solo una consulta inicial debe ser reportada por la especialidad interconsultada y por admisión. Para las valoraciones o interconsultas subsecuentes realizadas por la misma especialidad, aplicar los códigos de cuidado hospitalario subsecuente

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99251	Interconsulta consulta inicial para un paciente nuevo o establecido, que requiere estos 3 componentes clave: un historial centrado en el problema; un examen centrado en el problema; y toma de decisiones médicas directas. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas son autolimitados o menores. tiempo estimado 20 minutos .	9,25
99252	Interconsulta consulta inicial para un paciente nuevo o establecido, que requiere estos 3 componentes clave: un historial ampliado de problemas centrados; un examen ampliado centrado en el problema; y toma de decisiones médicas directas. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados, se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas son de baja gravedad. Tiempo estimado 40 minutos	15,50
99253	Interconsulta consulta inicial para un nuevo usuario/paciente que requiere de estos tres componentes: una historia detallada; un examen detallado; y toma de decisiones médicas de baja complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Los problemas son de gravedad moderada. Tiempo estimado 55 minutos.	23,50
99254	Interconsulta consulta inicial para un nuevo usuario/paciente que requiere de estos tres componentes: una historia completa; un examen completo; y toma de decisiones médicas de complejidad moderada. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Los problemas de presentación son de gravedad moderada a alta. Tiempo estimado 80 minutos.	30,00
99255	Interconsulta consulta inicial para un nuevo usuario/paciente que requiere de estos tres componentes: una historia completa; un examen completo; y toma de decisiones médicas de alta complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Los problemas de presentación	35,00

	son de gravedad moderada a alta. Tiempo estimado 110 minutos	
--	--	--

E. Atención de emergencia

Si planilla código de emergencia, no podrá planillar evolución inicial. Luego de planillar emergencia se aplicarán códigos de interconsultas o visitas subsecuentes según corresponda.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99281	Visita en emergencia para evaluación y manejo de un usuario/paciente que requiere de estos tres componentes: 1.- historia breve focalizada al problema 2.- examen físico focalizado al problema 3.- decisión médica simple y directa. El problema es auto limitado y de menor complejidad	6,20
99282	Visita en emergencia para evaluación y manejo de un usuario/paciente, que requiere de estos tres componentes: 1.- historia focalizada extendida al problema 2.- examen físico focalizado extendido del problema 3.- decisión médica de baja complejidad. El problema es de baja a moderada severidad.	10,00
99283	Visita en emergencia para evaluación y manejo de un usuario/paciente que requiere de estos tres componentes: 1.- historia focalizada extendida al problema 2.- examen físico focalizado extendido 3.-decisión médica de moderada complejidad. El problema es de moderada severidad	16,50
99284	Visita en emergencia para evaluación y manejo de un usuario/paciente que requiere de estos tres componentes: 1.- historia detallada 2.- examen físico detallado 3.- decisión medica de moderada complejidad. El problema es de alta severidad, y requiere de evaluación urgente por el médico, pero no pone en riesgo inmediato a la vida	25,00
99285	Visita en emergencia para evaluación y manejo de un usuario/paciente que requiere de estos tres componentes: 1.- historia clínica completa y detallada 2.- examen físico completo 3.-decision medica de alta complejidad. El problema es de alta severidad y pone en riesgo inmediato a la vida o deterioro severo funcional	37,00
99288	Médico en reanimación, dirigir la ejecución del sistema de emergencias en soporte cardiaco avanzado	40,00

- **Interconsulta en usuario/paciente en la sala de consulta externa, emergencia, observación.**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99241	Consulta en el consultorio, sala de emergencia/observación para un paciente nuevo o establecido, que requiere estos 3 componentes clave: un historial centrado en el problema; Un examen centrado en el problema; y toma de decisiones médicas directas. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son autolimitados o menores. Por lo general, se pasan 15 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	6,50
99242	Consulta en el consultorio, sala de emergencia/observación para un paciente nuevo o establecido, que requiere estos 3 componentes clave: un historial ampliado centrado en el problema; Un examen ampliado centrado en el problema; y toma de decisiones médicas directas. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de atención médica calificados se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de baja gravedad. Por lo general, se pasan 30 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	10,00
99243	Consulta en el consultorio, sala de emergencia/observación para un paciente nuevo o establecido, que requiere estos 3 componentes clave: un historial detallado; Un examen detallado; y toma de decisiones médicas de baja complejidad. El asesoramiento y / o la	15,50

	coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de atención médica calificados se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada. Por lo general, se pasan 40 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	
99244	Consulta en el consultorio, sala de emergencia/observación para un paciente nuevo o establecido, que requiere estos 3 componentes clave: Una historia completa; Un examen completo; y toma de decisiones médicas de complejidad moderada. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada a alta. Por lo general, se pasan 60 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	24,00
99245	Consulta en el consultorio, sala de emergencia/observación para un paciente nuevo o establecido, que requiere estos 3 componentes clave: Una historia completa; Un examen completo; y toma de decisiones médicas de alta complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada a alta. Por lo general, se pasan 80 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	30,00

F. Cuidados Intensivos / Intermedios

- **Consulta intensivos/intermedios inicial y subsecuente adultos**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99291	Cuidado crítico de adultos, evaluación y manejo de un usuario/paciente con enfermedad crítica o un usuario/paciente traumatizado crítico, durante los primeros 30 a 74 minutos por día, cuidado intensivo en una fecha dada. Este código se utilizará una vez por día, incluso si el tiempo empleado no es continuo en esa fecha	42,00
99292	Se utiliza este código para informar los 30 minutos adicionales de consulta médica, su aplicación será después de los primeros 74 minutos	21,00
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

- **EJEMPLOS DE USO DE CÓDIGOS EN CUIDADOS INTENSIVOS / INTERMEDIOS ADULTOS**

Ejemplo 1: Reporte de Servicios de Cuidado Crítico

DURACIÓN TOTAL DE CUIDADOS CRÍTICOS	CÓDIGO CPT APROPIADO
Menos de 30 minutos	99232 o 99233 (o el código apropiado de Visita hospitalaria subsecuente)
31-74 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 tabla anterior)

Ejemplo 2: Usuario/paciente con enfermedad cerebrovascular hemorrágica, que ingresa directamente

desde el Servicio de 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 una consulta de 40 minutos. Se aplica así:

DÍAS	MINUTOS	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 3: usuario/Paciente con enfermedad coronaria, que ingresa con infarto agudo de miocardio después de realizarse la coronariografía más 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 tuvo una consulta de 40 minutos. El tercer día tuvo una consulta de 2 horas= 120 minutos, el 4to, 5to, 6to y 7mo día una consulta de 40 minutos. En este ejemplo, se aplica de la siguiente forma:

DÍAS	MINUTOS	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 para los Servicios de Enfermería en el 50% por turno de atención de los honorarios que se reconozcan al médico intensivista, en el caso que la condición clínica del usuario/paciente requiera atención individualizada de enfermería.

- **Cuidados intensivos/intermedios para niños y neonatos**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99466	Servicios presenciales de atención crítica, durante un transporte de interfaz de un paciente pediátrico gravemente enfermo o con lesiones graves, de 24 meses de edad o menos; primeros 30-74 minutos de cuidado práctico durante el transporte	38,00
99467	Servicios presenciales de atención crítica, durante un transporte de interfaz de un paciente pediátrico gravemente enfermo o con lesiones graves, de 24 meses de edad o menos; cada 30 minutos adicionales (enumere por separado además del código para el servicio primario)	20,00

99468	Atención crítica neonatal inicial para pacientes hospitalizados, por día, para la evaluación y manejo de un recién nacido en estado crítico, de 28 días de edad o menos	150,00
99469	Atención crítica neonatal hospitalaria posterior, por día, para la evaluación y el tratamiento de un recién nacido en estado crítico, de 28 días de edad o menos.	65,00
99471	Atención crítica pediátrica inicial para pacientes hospitalizados, por día, para la evaluación y el manejo de un bebé o un niño pequeño en estado crítico, de 29 días a 24 meses de edad	130,00
99472	Atención crítica pediátrica hospitalaria posterior, por día, para la evaluación y el manejo de un lactante o niño pequeño en estado crítico, de 29 días a 24 meses de edad	65,00
99475	Atención crítica pediátrica inicial para pacientes hospitalizados, por día, para la evaluación y el manejo de un bebé o niño pequeño en estado crítico, de 2 a 5 años de edad	95,00
99476	Atención crítica pediátrica hospitalaria posterior, por día, para la evaluación y el manejo de un lactante o niño pequeño en estado crítico, de 2 a 5 años de edad	58,00

G. Cuidados pediátricos

- **Recién nacido**

En esta sección los siguientes códigos deben ser reportados para los servicios provistos al recién nacido desde su nacimiento hasta el 28avo día de vida en diferentes circunstancias. El uso de estos códigos es exclusivamente para el cuidado inicial desde el primer día de vida hasta el egreso con la madre.

Incluye la entrega de información a 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 el piso o en consulta ambulatoria, se utiliza los códigos 99201, 99215, 99381, 99391.

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

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99460	Atención inicial en el hospital o centro de parto, por día, para la evaluación y el manejo del recién nacido normal (Para iniciar el cuidado hospitalario del recién nacido normal, use 99460) (se puede informar 99360 además de 99460, 99465 según corresponda) (99465 puede notificarse junto con 99460, 99468, 99477) (99464 puede notificarse junto con 99460, 99468, 99477) (No informe 94002-94004 junto con los servicios de evaluación y gestión 99201-99499)	22
99461	Atención inicial, por día, para la evaluación y el manejo del recién nacido normal visto en otro hospital o centro de maternidad. (No informe 94002-94004 junto con los servicios de evaluación y gestión 99201-99499)	18
99462	Atención hospitalaria posterior, por día, para evaluación y manejo del recién nacido normal. (No informe 94002-94004 junto con los servicios de evaluación y gestión 99201-99499)	10
99463	Atención inicial en el hospital o centro de parto, por día, para la evaluación y el manejo del recién nacido normal admitido y dado de alta en la misma fecha. (Para los servicios de alta proporcionados a los recién nacidos admitidos y dados de alta en la misma fecha, use 99463) (No informe 94002-94004 junto con los servicios de evaluación y gestión 99201-99499) (Para los servicios de alta hospitalaria para recién nacidos prestados en una fecha posterior a la fecha de admisión, ver 99238, 99239)	25,50
99464	Asistencia al parto (cuando lo solicite el médico u otro profesional de la salud calificado) y	25,5

	estabilización inicial del recién nacido (No informar 99360 junto con 99464) (No informar 99465 junto con 99464) (No informe 94002-94004 junto con los servicios de evaluación y gestión 99201-99499)	
99465	Reanimación en el parto / parto, provisión de ventilación con presión positiva y / o compresiones torácicas en presencia de ventilación inadecuada aguda y / o gasto cardíaco. (se puede informar 99360 además de 99460, 99465 según corresponda) (No informar 99464 junto con 99465) (No informe 94002-94004 junto con los servicios de evaluación y gestión 99201-99499) 001: (99465 puede notificarse junto con 99460, 99468, 99477) (Los procedimientos que se realizan como parte necesaria de la reanimación [por ejemplo, intubación, líneas vasculares] se informan por separado además de 99465. Para informar estos procedimientos, deben realizarse como un componente necesario de la reanimación y no como conveniencia antes de la admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales) (No informar 99465 junto con 99464)	25,50

- **Recién nacido de bajo peso**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99477	Atención hospitalaria inicial, por día, para la evaluación y manejo del neonato, de 28 días de edad o menor, que requiere observación intensiva, intervenciones frecuentes y otros servicios de cuidados intensivos. (99465 se puede informar junto con 99460, 99468, 99477) (No informe 99497 y 99498 en la misma fecha de servicio que 99291, 99292, 99468, 99469, 99471, 99472, 99475, 99476, 99477, 99478, 99479, 99480, 99483) (No informe 94780 junto con 93040-93042, 94760, 94761, 99468-99472, 99477-99480) (99464 se puede informar junto con 99460, 99468, 99477) (Para iniciar el cuidado del neonato críticamente enfermo, use 99468) (Para el inicio de la atención hospitalaria del recién nacido enfermo que no requiere observación intensiva, intervenciones frecuentes y otros servicios de cuidados intensivos, ver 99221-99223) (Para iniciar la atención hospitalaria del recién nacido normal, use 99460)	100,00
99478	Cuidados intensivos posteriores, por día, para la evaluación y el manejo del recién nacido en recuperación de muy bajo peso (peso corporal actual inferior a 1500 gramos)	25,00
99479	Cuidados intensivos posteriores, por día, para la evaluación y el manejo del recién nacido en recuperación de bajo peso (peso corporal actual de 1500-2500 gramos)	20,00
99480	Cuidados intensivos posteriores, por día, para la evaluación y el manejo del bebé en recuperación (peso corporal actual de 2501-5000 gramos)	20,00

H. Atención en cuidados hospitalarios de larga estancia

- **Cuidado Inicial**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99304	Atención inicial en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el manejo de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave: un historial detallado o completo; Un examen detallado o exhaustivo; y toma de decisiones médicas que sea directa o de baja complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas que requieren admisión son de baja gravedad. Por lo general, se pasan 25 minutos junto a la cama y en el piso o la unidad de las instalaciones del paciente.	11,00
99305	Atención inicial en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el manejo de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave: Una historia completa; Un examen completo; y toma de decisiones médicas de complejidad moderada. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas que requieren admisión son de gravedad moderada. Por lo general, se pasan 35 minutos junto a la cama y en el piso o la	16,00

	unidad de las instalaciones del paciente.	
99306	Atención inicial en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el manejo de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave: Una historia completa; Un examen completo; y toma de decisiones médicas de alta complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas que requieren admisión son de alta gravedad. Por lo general, se pasan 45 minutos junto a la cama y en el piso o la unidad de las instalaciones del paciente.	20,00

- **Cuidado Subsecuente**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
		UVR
99307	Atención posterior en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el manejo de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: Un historial de intervalos centrado en el problema; Un examen centrado en el problema; Sencilla toma de decisiones médicas. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, el paciente está estable, recuperándose o mejorando. Por lo general, se pasan 10 minutos junto a la cama y en el piso o la unidad de las instalaciones del paciente.	6,00
99308	Atención posterior en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el manejo de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: un historial ampliado de intervalos centrados en problemas; Un examen ampliado centrado en el problema; Toma de decisiones médicas de baja complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, el paciente responde de manera inadecuada a la terapia o ha desarrollado una complicación menor. Por lo general, se pasan 15 minutos junto a la cama y en el piso o la unidad de las instalaciones del paciente.	9,50
99309	Atención posterior en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el manejo de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: un historial detallado de intervalos; Un examen detallado; Toma de decisiones médicas de complejidad moderada. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, el paciente ha desarrollado una complicación significativa o un nuevo problema significativo. Por lo general, se pasan 25 minutos junto a la cama y en el piso o la unidad de las instalaciones del paciente.	13,00
99310	Atención posterior en un centro de enfermería, por día, para la evaluación y el manejo de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: Un historial comprensivo de intervalos; Un examen completo; Toma de decisiones médicas de alta complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. El paciente puede ser inestable o puede haber desarrollado un nuevo problema significativo que requiere atención médica inmediata. Por lo general, se pasan 35 minutos junto a la cama y en el piso o la unidad de las instalaciones del paciente.	17,00

I. Consulta en Domicilio

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	HONORARIOS MÉDICOS
99324	Visita domiciliaria o de descanso para la evaluación y manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: un historial centrado en el problema; Un examen centrado en el problema; y toma de decisiones médicas	1.59

	directas. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de baja gravedad. Por lo general, se pasan 20 minutos con el paciente y / o la familia o el cuidador.	
99325	Visita domiciliaria o de descanso para la evaluación y el manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: un historial ampliado centrado en el problema; Un examen ampliado centrado en el problema; y toma de decisiones médicas de baja complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada. Por lo general, se pasan 30 minutos con el paciente y / o la familia o el cuidador.	2.31
99326	Visita domiciliaria o de descanso para la evaluación y manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: Una historia detallada; Un examen detallado; y toma de decisiones médicas de complejidad moderada. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada a alta. Por lo general, se pasan 45 minutos con el paciente y / o la familia o el cuidador.	4.01
99327	Visita domiciliaria o de descanso para la evaluación y manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: Una historia completa; Un examen completo; y toma de decisiones médicas de complejidad moderada. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de alta gravedad. Por lo general, se pasan 60 minutos con el paciente y / o la familia o el cuidador.	5.34
99328	Visita domiciliaria o de descanso para la evaluación y manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: Una historia completa; Un examen completo; y toma de decisiones médicas de alta complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, el paciente es inestable o ha desarrollado un nuevo problema significativo que requiere atención médica inmediata. Por lo general, se pasan 75 minutos con el paciente y / o la familia o el cuidador.	6.27
99334	Visita domiciliaria o de reposo para la evaluación y manejo de un paciente establecido, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: un historial de intervalos centrado en el problema; Un examen centrado en el problema; Sencilla toma de decisiones médicas. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son autolimitados o menores. Por lo general, se pasan 15 minutos con el paciente y / o la familia o el cuidador.	1.73
99335	Visita domiciliaria o de descanso para la evaluación y manejo de un paciente establecido, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: un historial	2.73

	ampliado de intervalos centrados en problemas; Un examen ampliado centrado en el problema; Toma de decisiones médicas de baja complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad baja a moderada. Por lo general, se pasan 25 minutos con el paciente y / o la familia o el cuidador.	
99336	Visita domiciliaria o de descanso para la evaluación y manejo de un paciente establecido, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: un historial detallado de intervalos; Un examen detallado; Toma de decisiones médicas de complejidad moderada. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada a alta. Por lo general, se pasan 40 minutos con el paciente y / o la familia o el cuidador.	3.88
99337	Visita domiciliaria o de reposo para la evaluación y el manejo de un paciente establecido, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: un historial de intervalos completo; Un examen completo; Toma de decisiones médicas de complejidad moderada a alta. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada a alta. El paciente puede ser inestable o puede haber desarrollado un nuevo problema significativo que requiere atención médica inmediata. Por lo general, se pasan 60 minutos con el paciente y / o la familia o el cuidador.	5.55
99341	Visita domiciliaria para la evaluación y manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: un historial centrado en el problema; Un examen centrado en el problema; y toma de decisiones médicas directas. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de baja gravedad. Por lo general, se pasan 20 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	1.58
99342	Visita domiciliaria para la evaluación y el manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: un historial ampliado centrado en el problema; Un examen ampliado centrado en el problema; y toma de decisiones médicas de baja complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada. Por lo general, se pasan 30 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	2.28
99343	Visita domiciliaria para la evaluación y manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: Una historia detallada; Un examen detallado; y toma de decisiones médicas de complejidad moderada. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo	3.75

	general, los problemas de presentación son de gravedad moderada a alta. Por lo general, se pasan 45 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	
99344	Visita domiciliaria para la evaluación y manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: Una historia completa; Un examen completo; y toma de decisiones médicas de complejidad moderada. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de alta gravedad. Por lo general, se pasan 60 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	5.26
99345	Visita domiciliaria para la evaluación y manejo de un nuevo paciente, que requiere estos 3 componentes clave: Una historia completa; Un examen completo; y toma de decisiones médicas de alta complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, el paciente es inestable o ha desarrollado un nuevo problema significativo que requiere atención médica inmediata. Por lo general, se pasan 75 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	6.37
99347	Visita domiciliaria para la evaluación y manejo de un paciente establecido, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: un historial de intervalos enfocado en el problema; Un examen centrado en el problema; Sencilla toma de decisiones médicas. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son autolimitados o menores. Por lo general, se pasan 15 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	1.59
99348	Visita domiciliaria para la evaluación y manejo de un paciente establecido, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: un historial ampliado de intervalos centrados en problemas; Un examen ampliado centrado en el problema; Toma de decisiones médicas de baja complejidad. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad baja a moderada. Por lo general, se pasan 25 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	2.43
99349	Visita domiciliaria para la evaluación y manejo de un paciente establecido, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: un historial detallado de intervalos; Un examen detallado; Toma de decisiones médicas de complejidad moderada. El asesoramiento y / o la coordinación de la atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada a alta. Por lo general, se pasan 40 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	3.70
99350	Visita domiciliaria para la evaluación y el manejo de un paciente establecido, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave: un historial de intervalos completo; Un examen completo; Toma de decisiones médicas de complejidad moderada a alta. El asesoramiento y / o la coordinación de la	5.13

	atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se brindan de acuerdo con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y / o la familia. Por lo general, los problemas de presentación son de gravedad moderada a alta. El paciente puede ser inestable o puede haber desarrollado un nuevo problema significativo que requiere atención médica inmediata. Por lo general, se pasan 60 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	
99354	Evaluación y gestión prolongada o servicios de psicoterapia (más allá del tiempo de servicio típico del procedimiento primario) en el consultorio u otro entorno ambulatorio que requiere contacto directo con el paciente más allá del servicio habitual; primera hora (Enumere por separado además del código para el consultorio u otro servicio de evaluación y gestión ambulatoria o psicoterapia)	3.73
99355	Evaluación y gestión prolongada o servicios de psicoterapia (más allá del tiempo de servicio típico del procedimiento primario) en el consultorio u otro entorno ambulatorio que requiere contacto directo con el paciente más allá del servicio habitual; cada 30 minutos adicionales (enumere por separado además del código para servicio prolongado)	2.81

1.2.2.4.2 Honorarios por procedimientos quirúrgicos

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 estas razones, estos procedimientos son parte de los honorarios médicos de cada procedimiento de acuerdo al periodo global correspondiente. Los servicios incluidos pueden diferir ligeramente en los procesos terapéuticos y diagnósticos.

- **Honorarios por estadía del usuario/paciente**

En este componente constan el reconocimiento de la unidad de valor relativo (UVR) para procedimientos quirúrgicos clasificadas por sistemas o áreas del cuerpo; en el valor final de pago están incluidas las visitas diarias de los cirujanos a los usuarios/pacientes, hasta por siete días. A partir del octavo día, el cirujano cobrará lo correspondiente al cuidado diario del usuario/paciente, establecido en esta normativa y el valor por el alta hospitalaria por el último día de hospitalización del usuario/paciente. Sin embargo, si el cirujano no hubiere realizado las visitas diarias establecidas por complejidad del procedimiento quirúrgico, se descontará por cada día, el valor de la visita médica, primera o subsecuente, según el caso. En el caso de que no se cumplan las visitas se aplicará el descuento indicado, con el código 99233.

- **Procedimientos quirúrgicos terapéuticos**

Las unidades de valores relativos (UVR), son considerados de forma global (integral), incluyen:

- La atención preoperatoria inmediata, que empieza **después** de la decisión de realizar la cirugía y que se hace cuando no hay complicaciones que requieren una atención de estabilización extra por parte de la especialidad que realizará el procedimiento.
- Incluye en pacientes programados un único código del servicio de evaluación y manejo (atención ambulatoria) en una fecha inmediatamente cercana previa a la fecha del procedimiento, implica la historia clínica y examen físico del usuario/paciente.

- Si las condiciones clínicas del usuario/paciente lo requieren, se facturarán los códigos y UVR respectivos 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 usuario/paciente para la realización de procedimiento primario
 - Cuando los procedimientos no son usualmente parte del procedimiento quirúrgico de base (por ejemplo: broncoscopia, antes de una cirugía pulmonar), son provistas durante el periodo preoperatorio inmediato.
- El procedimiento quirúrgico, incluye infiltración local, bloqueo metacarpal/ metatarsal/ digital, o anestesia tópica. Cuando se realiza este procedimiento quirúrgico, no se considerará los códigos de anestesia en forma extra.
- La atención de seguimiento del procedimiento quirúrgico complicado, NO es parte del período global correspondiente, incluye: el protocolo operatorio, conversar con la familia, interconsultar con otros especialistas, órdenes por escrito y evaluar al usuario/paciente en el periodo pos anestésico en el área de recuperación.
- 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 o recurrencia.
 - Enfermedades no relacionadas al procedimiento quirúrgico primario o daños que se tratan durante el período de seguimiento.
- No se debe reportar en conjunto códigos relacionados con el mismo servicio, estos códigos están incluidos en un procedimiento primario. Ejemplo no reportar el 67036 en conjunto con el 67039; o el 93454 con el 93455.

1.2.2.4.3 Procedimientos diagnósticos

En los procedimientos de atención diagnóstica (ejemplo: endoscopia, procedimientos radiológicos con contraste, etc.), la atención de condiciones para las cuales los procedimientos desarrollados responden a otras condiciones concomitantes no incluidas, serán listadas separadamente. La atención de seguimiento relacionado con estos procedimientos diagnósticos está incluida para el período global indicado.

1.2.2.4.4 Procedimientos quirúrgicos adicionales

Cuando un procedimiento quirúrgico es efectuado dentro del período relacionado con el seguimiento de una cirugía previa, el período de seguimiento se lo continuará de forma concurrente (paralela) a la terminación normal de la cirugía previa.

1.2.2.4.5 Período global

El período global para un código de procedimiento quirúrgico dado, empieza el día después de la cirugía y continúa por el período definido, de la siguiente forma:

- **Cirugías de baja complejidad:** el periodo global será hasta de 30 días. Incluye las consultas requeridas de la especialidad que realiza el procedimiento hasta los siete días, una

consulta en oficina (consulta externa) incluida y una consulta en oficina (consulta externa) adicional, que podrá ser planillada de ser necesaria. En la última consulta, se entregará el formulario de contra referencia al establecimiento de salud de origen.

- **Cirugías de mediana complejidad**, el período global será hasta 60 días. Incluye las consultas requeridas de la especialidad que realiza el procedimiento hasta los siete días, dos consultas en oficina (consulta externa) incluidas y dos consultas en oficina (consulta externa) adicionales, que podrán ser planilladas de ser necesarias en el período definido. En la última consulta, se entregará el formulario de contra referencia, al establecimiento de salud de origen.
- **Cirugías de alta complejidad**, el período global será hasta 90 días. Incluye las consultas requeridas de la especialidad que realiza el procedimiento hasta los siete días y dos consultas en oficina (consulta externa) incluidas y diez consultas en oficina (consultas externas) adicionales, que podrán ser planilladas de ser necesarias en el período definido. En la última consulta, se entregará el formulario de contra referencia al establecimiento de salud de origen. Excepto en casos en los cuales, el seguimiento posterior no pueda realizarse en el establecimiento de salud de origen. Por ejemplo: trasplante hepático que solamente se realiza en tercer nivel.

Bajo ninguna circunstancia el valor de medicamentos, insumos (NO FUNGIBLES), auxiliares diagnósticos, consultas adicionales y de otras especialidades, y otros procedimientos requeridos están incluidos en el procedimiento del periodo global. Estos deberán ser reconocidos adicionalmente.

1.2.2.4.6 Visitas médicas post quirúrgicas

El honorario de cirugía incluye los controles del usuario/paciente hasta por siete días calendario, incluye hospitalización y luego del alta. Si antes de los siete días el cirujano da el alta por su especialidad al paciente (manteniéndose hospitalizado por otras patologías), este no podrá facturar visitas subsecuentes, únicamente podrá facturar visita subsecuente si vuelve a ser interconsultado con la respectiva justificación clínica (esta interconsulta será facturada como visita subsecuente). Pasados estos siete días, el cirujano podrá facturar, de acuerdo con los códigos de Evaluación y Manejo, hasta la finalización del período global.

1.2.2.4.7 Procedimientos por separado

- No es apropiado listar con códigos separados, cuando un procedimiento está incluido en el valor del periodo global de otro código. (por ejemplo, código 29870 no es apropiado colocarlo, cuando se conjuga con el código 29874 que es el código de un procedimiento global).
- Cuidados preoperatorios, cirugía o cuidados postoperatorios que son proporcionados por diferentes médicos.
- Solo atención quirúrgica: cuando un médico provee únicamente la atención quirúrgica y otro médico los cuidados preoperatorios y postoperatorios.

- Si el cirujano no hubiere realizado las visitas diarias establecidas en el servicio de hospitalización, cuando se encuentra en un procedimiento global se descontará por separado el descuento por cada día, correspondiente al valor de la visita médica, primera o subsecuente, según el caso.

1.2.2.4.8 Modificadores para las prestaciones de servicios de salud

A. Modificadores Numéricos (ver anexo 5)

- **Modificador 25**

Servicios de evaluación y manejo identificables de forma urgente: procedimientos realizados por el mismo médico u otro profesional calificado de la salud, el mismo día del procedimiento base: Este modificador permite reconocer el equivalente al 100 por ciento del valor indicado cuando se realizan más de un procedimiento diferente de evaluación y manejo en el mismo día.

No se requieren diagnósticos diferentes para la notificación de los servicios de evaluación y manejo en la misma fecha. Esta circunstancia puede ser reportada, agregando el modificador 25 al nivel apropiado del procedimiento.

- **Modificador 50**

Procedimientos bilaterales: aplicarlo en un procedimiento definidos como bilaterales cuando se lo realizó en ambos lados del cuerpo del usuario/paciente en la misma zona quirúrgica y en el mismo tiempo quirúrgico o de la atención. Se disminuye el 50% del valor del segundo procedimiento realizado en el mismo tiempo quirúrgico o que se tarifo dos veces en un mismo día.

No aplica el modificador 50 cuando: 1) la descripción del código establezca que el procedimiento realizado es bilateral; 2) la descripción del código diferencie el lado izquierdo del derecho; 3) cuando los procedimientos se realicen por dos equipos quirúrgicos diferentes. 4) cuando los procedimientos se realicen por distintas vías de abordaje. En los casos donde no aplica modificador 50, aplicará el 100% del UVR por cada procedimiento.

- **Modificador 51**

Procedimientos múltiples: aplica para procedimientos múltiples, distintos de los servicios de evaluación y manejo, medicina física y rehabilitación o provisión de servicios (por ejemplo, vacunas), son realizados en la misma sesión por el mismo individuo. El (los) procedimiento(s) adicional(es) o servicio(s) pueden identificarse añadiendo el modificador 51 al procedimiento adicional o código(s) de servicio.

Se debe colocar las UVRs de todos los demás procedimientos sean secundarios o terciarios con una disminución del valor del 50% de sus UVRs en cada procedimiento adicional al primario.

- **Modificador 52**

Servicios reducidos: bajo ciertas circunstancias, un servicio o procedimiento es parcialmente reducido o eliminado a discreción del médico u otro profesional de la salud calificado. Bajo estas

circunstancias, el servicio proporcionado puede ser identificado por su número de procedimiento usual y la adición del modificador 52, lo que significa que el servicio se reduce. Por ejemplo, en cambio de tratamiento o terapéutica o en casos de reacciones adversas solicitadas en la primera intervención. Esto proporciona un medio de reportar servicios reducidos sin perturbar la codificación del procedimiento original.

El procedimiento realizado por otro profesional de la salud le corresponde el 50% menos del UVR del procedimiento realizado.

- **Modificador 54**

Cuidados quirúrgicos: cuando un médico u otro profesional de la salud calificado de la misma especialidad realiza el procedimiento quirúrgico pero otro profesional provee el manejo preoperatorio y/o postoperatorio, los servicios quirúrgicos deben ser identificados añadiendo el modificador 54 al número de procedimiento usual.

Este modificador establece que el cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico debe cobrar únicamente el 70 % de la UVR del mismo.

- **Modificador 55**

Manejo postoperatorio: únicamente cuando un médico u otro profesional de la misma especialidad realizó el manejo postoperatorio y otro realizó el procedimiento quirúrgico, el componente postoperatorio puede ser identificado agregando el modificador 55 al número de código del procedimiento usual.

El modificador 55 establece que el cirujano que realiza el postquirúrgico le corresponde el 30 % de la UVR del procedimiento quirúrgico.

- **Modificador 56**

Manejo preoperatorio: Cuando un médico u otro profesional de la salud calificado realizó el cuidado y evaluación preoperatoria y otro realizó el procedimiento quirúrgico, el componente preoperatorio puede ser identificado añadiendo el modificador 56 al número de procedimiento usual. El componente preoperatorio, se paga solo el 10 % de las UVRs del procedimiento quirúrgico.

- **Modificador 59**

Servicio de procedimientos distintos: bajo ciertas circunstancias podría ser 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. El modificador 59 se utiliza para identificar los procedimientos/servicios, distintos de los servicios evaluación y manejo, que normalmente no se presentan conjuntamente, sino que son apropiados según las circunstancias.

Este modificador indica al pagador que el médico no ha presentado un reclamo duplicado de varios procedimientos el mismo día y que pueden ser verificados.

- **Modificador 62**

Dos cirujanos: cuando dos cirujanos trabajan juntos como cirujanos primarios que realizan partes distintas de un procedimiento, cada cirujano debe reportar su trabajo operativo distinto agregando el modificador 62 al código del procedimiento y cualquier código adicional asociado al procedimiento, siempre y cuando ambos cirujanos sigan trabajando juntos como cirujanos primarios. Cada cirujano debe reportar la co-cirugía cada vez usando el mismo código de procedimiento. Si se realizan procedimientos adicionales (incluidos los procedimientos complementarios durante la misma sesión quirúrgica, los códigos separados se pueden también remitir con el modificador 62 añadido.

Cada cirujano factura con el mismo código y el pago a cada uno de ellos será del 62.5 % del UVR correspondiente.

Nota: Si un co-cirujano actúa como asistente durante la misma sesión quirúrgica, dichos servicios pueden repetirse usando código(s) de procedimientos separados con el modificador 80 o el modificador 82, según sea apropiado.

- **Modificador 66**

Equipo quirúrgico: Bajo ciertas circunstancias, para los procedimientos de alta complejidad que se requiere de forma concomitante varios cirujanos u otro personal de salud altamente cualificado, personal entrenado, y varios tipos de equipamiento complejo, que se denomina como “equipo/team quirúrgico”. En estas circunstancias pueden ser identificadas por cada participante de forma individual con la adición de modificador 66 en el procedimiento básico utilizado para notificar los servicios. En estas circunstancias, el pago es del 100% o 125% en cada procedimiento primario por equipo.

- **Modificador 80**

Cirujano Asistente: los servicios de asistente quirúrgico pueden ser identificados agregando el modificador 80 al (los) número(s) de procedimiento usual(es). Este cirujano asistente no es un médico residente ni un posgradista, es un especialista que apoya durante todo el procedimiento quirúrgico y se aplica un pago del 20% de la UVR del procedimiento.

- **Modificador 81**

Cirujano Asistente Mínimo: Los servicios de asistencia quirúrgica mínima se identifican añadiendo el modificador 81 al número de procedimiento habitual. Este profesional es un médico especialista que viene a brindar un soporte al procedimiento quirúrgico. El cirujano asistente con participación mínima en el procedimiento quirúrgico se valora en 15% de la UVR del mismo.

- **Modificador 82**

Cirujano auxiliar: cuando el cirujano auxiliar calificado ofrece asistencia quirúrgica, el uso de este modificador 82 es apropiado y asigna el pago del 20% del procedimiento realizado.

En el Centro quirúrgico no se reconoce los costos por ayudantías de médicos residentes, ni

médicos posgradistas

- **Modificador 99**

Modificadores múltiples: bajo ciertas circunstancias 2 o más modificadores pueden ser necesarios para completar un servicio. En tales situaciones se debe agregar el modificador 99 al procedimiento base y los modificadores asociados a este procedimiento deben ser listados como parte de la descripción del servicio.

B. Modificadores de Honorarios por procedimientos clínicos o quirúrgicos con dos médicos

En el caso de que un procedimiento quirúrgico o clínico complejo (excepto labor de parto) sea realizado por dos médicos especialistas debidamente justificados, 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 usuarios/pacientes, hasta por siete (7) días. A partir del octavo día, el cirujano cobrará lo correspondiente al cuidado diario del usuario/paciente, establecido en esta normativa y el valor por el alta hospitalaria por el último día de hospitalización del paciente.

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 procedimiento global.

C. Modificadores de Procedimientos múltiples

Aplicable para procedimientos realizados en las mismas circunstancias operativas, que aumentan significativamente el tiempo y complejidad de los mismos. El procedimiento primario debería reflejar el mayor valor de su UVRs y no debe incluir el modificador 51, este modificador debe agregarse al código del procedimiento secundario, terciario, etc. No se debe aplicar a códigos específicamente identificados como procedimientos adicionales o a aquellos específicamente identificados como exentos de modificador 51. Los procedimientos múltiples deben incluirse según valor de su UVRs.

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 (código: 39502): 17,2 UVR y la colecistectomía (código: 47600): 16,3 UVR, en el mismo tiempo operatorio. Se deberá reconocer:

CÓDIGO	UVR	PORCENTAJE	UVR FINAL
39502	17,2	100%	17,2
47600	16,3	50%	8,15

- ***Procedimientos bilaterales***

Se deben aplicar en algunos procedimientos que se realizan en la izquierda y derecha del usuario/paciente, (procedimientos bilaterales, de la misma zona quirúrgica), utilizando el modificador 50 para el segundo procedimiento.

- ***Procedimientos con distintos servicios***

Bajo ciertas circunstancias, puede ser necesario indicar que un procedimiento o servicio fue distinto o independiente de otro diferente a los de evaluación y manejo, que se realizan en el mismo día. El modificador 59 es utilizado para identificar los procedimientos o servicios, que no se notifican normalmente juntos.

La documentación que se presente debe sustentar un procedimiento o cirugía diferente, sitio o sistema orgánico diferente, incisión separada, lesión(es) separada(s), o área de lesiones extensas. No necesariamente se realizan en el mismo día. Sin embargo, cuando otro modificador ya establecido es más apropiado, debe ser usado en lugar del modificador 59.

- ***Utilización de Múltiples modificadores***

En ciertas circunstancias si 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 (ver anexo 5).

En ciertos casos dos o más modificadores pueden ser necesarios para completar un servicio, en estas situaciones el modificador 99 debe ser añadido al código principal y otro modificador puede estar listado como parte de la descripción de este servicio.

- Si uno o dos médicos, realiza más de un procedimiento clínico o quirúrgico en el mismo usuario/paciente en la misma vía de abordaje y en el mismo acto quirúrgico, deberá proceder a cobrar de la siguiente manera: el 100% o 125% según corresponda por complejidad 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.

Si uno o dos médicos realizan más de un procedimiento clínico o quirúrgico en el mismo usuario/paciente, con distinta vía de abordaje en un mismo tiempo quirúrgico, o en diferente momento de tiempo en el día (debidamente justificado), procederá a cobrar los procedimientos con el 100% o el 125% según corresponda por complejidad del honorario por cada procedimiento primario. En el valor de pago están incluidas las visitas diarias de los cirujanos a los usuarios/pacientes, hasta por siete días. A partir del octavo día, el cirujano cobrará lo correspondiente al cuidado diario del usuario/paciente, establecido en esta normativa y el valor por el alta hospitalaria por el último día de hospitalización del usuario/paciente.

Son considerados procedimientos clínicos múltiples, los relacionados a endoscopia digestiva, hemodinamia, procedimientos de terapia respiratoria, física, entre otros.

1.2.2.4.9 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 el pago por dos médicos ayudantes quirúrgicos especialistas, dependiendo de la complejidad del procedimiento con 20% de la UVR del código por el primer ayudante y el 10% por el segundo ayudante. Los códigos secundarios en adelante aplican los modificadores correspondientes.

En caso de requerirse el concurso de otros ayudantes, se exigirá la debida justificación en el protocolo quirúrgico o informe del procedimiento; y, se facturará con el 10% de la UVR del código primario, los códigos secundarios en adelante aplican los modificadores correspondientes.

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 solo, 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).

Para ayudantías de perfusionista en cirugías se facturará del honorario del cirujano principal o de los cirujanos principales por los procedimientos realizados durante la perfusión desde la canulación hasta la decanulación el 35% al perfusionista calificado y el 17,5 al cualificado.

1.2.2.4.10 Visitas médicas post quirúrgicas

El honorario de cirugía incluye los controles del usuario/paciente hasta por 7 días calendario, a partir del octavo día, el cirujano podrá facturar, de acuerdo a los códigos de evaluación y manejo.

1.2.2.4.11 Honorarios en cuidados intensivos, de adultos, niños y neonatos

Para el cobro de honorarios en cuidados intensivos de adultos, y niños mayores de 5 años, se aplicará el correspondiente código de cuidados intensivos aplicable a cada caso. Si la condición clínica del usuario/paciente requiere de la atención individualizada del servicio de enfermería, se aplicará el 50% de los honorarios del médico, para la enfermera de turno.

Para el caso de neonatología y niños menores de 5 años en cuidados intensivos, se aplicarán los códigos correspondientes.

1.2.2.4.12 Honorarios a criterio médico (Cm)

Cuando un servicio o procedimiento provisto no se encuentra adecuadamente identificado, use el código de procedimiento no listado relacionado con el área anatómica, con igual UVR.

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

Informe de criterio médico: se debe colocar un UVR de servicios similares y/o justificando el valor

diferencial. En estos casos, el reporte debe incluir:

- Definición o descripción del procedimiento de forma precisa
- Justificación para la variación del procedimiento, cuando es apropiado
- Procedimiento similar y comparación del valor
- Referencia bibliográfica del procedimiento

Procedimiento quirúrgico con microscopio: Cuando se utiliza un microscopio para realizar un procedimiento, en el cual el uso del microscopio es un componente incluido, se debe utilizar el código 69990, además del código primario, salvo que se incluya como un servicio en el código primario.

1.2.2.4.13 Honorarios de anestesiología

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, éstas se encuentran en la columna final.

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.

A. Guía para el cobro de honorarios de anestesiología

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

- **General:** los valores de servicios de anestesia están listados para cada procedimiento en la sección Cirugía, bajo el título Anestesia, con su código respectivo.
- **Anestesia en espera:** Cuando un anestesiólogo es requerido en el quirófano por el médico tratante para monitorización de signos vitales y manejo del usuario/paciente desde el punto de vista anestésico, incluso si la cirugía está siendo realizada con anestesia local. El cálculo será el mismo que para la anestesia general (valor por tiempo + valor base).

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

- Partos
- Hemodinámica
- Intervencionismo neuroquirúrgico (hematoma subdural, etc.)
- Embolectomía arteria femoral o braquial
- Usuario/pacientes con condición física 4 o 5 debe ser documentado por el médico
- Enfermedad sistémica severa
- Colocación de marcapasos cardíaco
- Extracción de cataratas y/o implante de lente
- La anestesia en espera para otros casos diferentes a los anteriormente mencionados, requiere documentación de soporte para su reconocimiento

- **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 adicional.
- **Procedimientos múltiples:** en el caso de procedimientos múltiples, solo se podrá cobrar la anestesia, considerando el código de anestesia más alto valor en unidades de valor relativo (UVRs).

B. Estimación del 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:** equivalente a las unidades de valor relativo (UVRs) listadas en cada procedimiento de cirugías y de diagnóstico/ tratamiento. 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 usuario/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:** considera la duración del tiempo de anestesia. Por cada 15 minutos, se cobrará una unidad de unidad de valor relativo (UVR) fija adiciona 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, mismo que para su cálculo, se adicionará al tiempo de valor básico. El tiempo de anestesia inicia cuando el anestesiólogo, físicamente inicia la preparación del usuario/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 usuario/paciente. Para su cálculo, se tomará en cuenta el tiempo indicado en el protocolo de anestesia.

C. Modificadores específicos

Se reconocerá un valor adicional al establecido de acuerdo a factores tales como edad y condiciones clínicas críticas o por condiciones especiales, debidamente documentadas y verificables en protocolos operatorios.

- **Modificadores por condición crítica del usuario/paciente**

Todos los servicios de anestesia aplican el factor monetario de anestesia y 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 crítica, se representan con la letra P, seguida por un dígito definido así:

N°	código	CONDICIÓN CLÍNICA CRÍTICA/FÍSICA	UVR
P1		Usuario/paciente sano	0
P2		Enfermedad sistémica leve	0
P3	99103	Enfermedad sistémica severa	1
P4	99104	Enfermedad sistémica severa con riesgo para la vida	2
P5	99105	Usuario/paciente moribundo que no sobrevivirá sin cirugía	3

P6	Usuario/paciente con muerte cerebral, cuyos órganos son extraídos con propósitos de donación	0
----	--	---

La aplicación de códigos y unidades se realizará, considerando la variable de condición clínica crítica del usuario/paciente y la aplicación de los modificadores específicos para anestesia, según las normas indicadas anteriormente.

- **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.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR
99100	Anestesia para usuario/paciente de edad extrema, menores de 1 año y mayores de 70 años. (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

Emergencia: Definida como aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del usuario/paciente o la función de un órgano. El factor monetario a aplicarse en estos casos es el correspondiente a procedimientos de anestesia.

D. Procedimientos múltiples

En el caso de procedimientos múltiples, solo se podrá cobrar honorarios, considerando el código de anestesia de más alto valor en unidades (UVR de anestesia).

E. Procedimientos anestésicos que no aplican el cálculo según tiempo anestésico

Debe cobrarse el valor de anestesia por la realización de estos procedimientos.

N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR
1	01953	Anestesia para escisión o desbridamiento de quemadura de segundo o tercer grado con o sin injerto, en cualquier sitio.	1,00
2	01996	Manejo diario de administración continua epidural o subaracnoidea	3,00
3	20526	Bloqueo terapéutica (por ejemplo: anestesia local, cortico esteroides, túnel del carpo)	3,00
4	20550	Bloqueo vaina tendinosa, ligamento	3,00
5	20551	Bloqueo origen/inserción tendinosa	3,00
6	20552	Bloqueo puntos de gatillo simples o múltiples, uno o dos músculos	3,00
7	20553	Bloqueo puntos de gatillo simples o múltiples, tres o más músculos	3,00
8	20600	Artrocentesis, aspiración o bloqueo, articulaciones pequeñas o bursa	3,00
9	20605	Artrocentesis, aspiración o bloqueo, articulaciones medianas o bursa	3,00
10	20610	Artrocentesis, aspiración o bloqueo, articulaciones mayores o bursa	3,00
11	27096	Bloqueo articulación sacro ilíaca	4,00
12	31500	Intubación endotraqueal, procedimiento de emergencia	6,00
13	36400	Venopuntura en menores de tres años, femoral o yugular	3,00
14	36410	Venopuntura en niños mayor de tres años o adulto, que requiera habilidad del médico para propósito terapéutico o diagnóstico. No para ser usado en venopuntura de rutina	3,00
15	36420	Venopunción invasiva en menores de un año	3,00
16	36425	Venopunción invasiva en mayores de un año	3,00
17	36620	Catéterización arterial para muestras, monitoreo o transfusión, percutánea	6,00
18	36625	Catéterización arterial para muestras, monitoreo o transfusión, invasiva	6,00

19	36660	Cateterización arteria umbilical recién nacido para diagnóstico o terapia	6,00
20	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	5,00
21	62270	Punción lumbar diagnóstica	3,00
22	62273	Inyección epidural de sangre o parche de coágulo	3,00
23	62280	Inyección/infusión de sustancia neurotóxica subaracnoidea. (por ejemplo: alcohol, fenol, solución salina congelada), con o sin otras sustancias terapéuticas;	3,00
24	62281	Inyección/infusión de sustancia neurotóxica epidural, cervical o torácica (por ejemplo: alcohol, fenol, solución salina congelada), con o sin otras sustancias terapéuticas	3,00
25	62282	Inyección/infusión de sustancia neurotóxica epidural, lumbar o sacra (por ejemplo: alcohol, fenol, solución salina congelada), con o sin otras sustancias terapéuticas	3,00
26	62310	Inyección epidural simple de medicación (por ejemplo. anestésico, opioides, antiespasmódico esteroides) cervical torácico	5,00
27	62311	Inyección epidural simple de medicación (por ejemplo: anestésico, opioides, antiespasmódico esteroides) lumbar o sacra	5,00
28	62318	Inyección epidural continua de medicación (por ejemplo: anestésico, opioides, antiespasmódico esteroides) cervical o torácica	5,00
29	62319	Inyección epidural continua de medicación (por ejemplo: anestésico, opioides, antiespasmódico esteroides) lumbar o sacra	5,00
30	62350	Implantación, revisión o reposicionamiento de catéter epidural o intratecal para administración externa de medicamentos	8,00
31	62355	Remoción de catéter peridural	5,00
32	62360	Implantación o reemplazo de dispositivo para infusión intratecal: reservorio subcutáneo	5,00
33	62361	Implantación o reemplazo de dispositivo para infusión intratecal: bomba no programable	5,00
34	62362	Implantación o reemplazo de dispositivo para infusión intratecal: bomba programable, incluyendo preparación de bomba con o sin programación.	5,00
35	62365	Remoción de reservorio subcutáneo o bomba para infusión intratecal o epidural	5,00
36	62367	Análisis electrónico de bomba programable para infusión intratecal o epidural, sin reprogramación	5,00
37	62368	Análisis electrónico de bomba programable para infusión intratecal o epidural, con reprogramación	5,00
38	63650	Implantación percutánea epidural de electrodos neuroestimuladores	5,00
39	63660	Revisión o remoción de electrodos neuroestimuladores espinales	8,00
40	63685	Incisión y colocación subcutánea de generador de pulsos neuroestimulantes	5,00
41	63688	revisión o remoción de generador de pulsos neuroestimulantes	5,00
42	64400	Bloqueo nervio trigémino	3,00
43	64402	Bloqueo nervio facial	3,00
44	64405	Bloqueo nervio occipital mayor o menor	3,00
45	64408	Bloqueo nervio vago	3,00
46	64410	Bloqueo nervio frénico	3,00
47	64412	Bloqueo nervio espinal accesorio	3,00
48	64413	Bloqueo plexo cervical	3,00
49	64415	Bloqueo plexo braquial	3,00
50	64416	Bloqueo plexo braquial con infusión continua mediante catéter	3,00
51	64417	Bloqueo nervio axilar	3,00
52	64418	Bloqueo nervio supra escapular	3,00
53	64420	Bloqueo nervio intercostal	3,00
54	64421	Subsecuentes mismo procedimiento, bloqueo nervio intercostal	3,00
55	64425	Bloqueo nervio iliohipogástrico o ilioinguinal	3,00
56	64430	Bloqueo nervio pudendo	3,00
57	64435	Bloqueo nervio paracervical (uterino)	3,00
58	64445	Bloqueo nervio ciático	3,00
59	64446	Bloqueo nervio ciático con infusión continua mediante catéter	3,00
60	64447	Bloqueo nervio femoral	3,00
61	64448	Bloqueo nervio femoral con infusión continua mediante catéter	3,00
62	64450	Bloqueo nervio periférico	3,00

63	64470	Bloqueo articulación o nervio de faceta nivel único cervical o torácico	3,00
64	64472	Cada nivel de bloqueo extra, con el mismo procedimiento, listar individualmente	3,00
65	64475	Bloqueo articulación o nervio de faceta nivel único lumbar o sacro	3,00
66	64476	Cada nivel de bloqueo extra, con el mismo procedimiento, listar individualmente	3,00
67	64479	Inyección epidural transforaminal nivel único cervical o torácica	5,00
68	64483	Inyección epidural transforaminal lumbar o sacra primer nivel	5,00
69	64484	Cada nivel de bloqueo extra, con el mismo procedimiento, listar individualmente	5,00
70	64505	Bloqueo ganglio esfenopalatino	3,00
71	64508	Bloqueo seno carotídeo	3,00
72	64510	Bloqueo ganglio estrellado (diagnóstico-primer)	3,00
73	64520	Inyección neurolítica lumbar o torácica, y articulaciones interfetarias	5,00
74	64530	Inyección anestésica y o esteroides en plexo celiaco con o sin monitoreo radiológico.	3,00
75	64600	Destrucción neurolítica de nervio trigémino, rama supraorbital, infraorbital, mentoneana o alveolar inferior	3,00
76	64605	Destrucción neurolítico de nervio trigémino segunda y tercer rama en foramen oval	3,00
77	64610	Destrucción neurolítica de nervio trigémino segunda y tercer rama en foramen oval bajo monitoreo radiológico	3,00
78	64620	Destrucción neurolítica del nervio intercostal	5,00
79	64622	Destrucción neurolítica nervio de faceta articular lumbar o sacra	5,00
80	64623	Cada nivel de bloqueo extra, con el mismo procedimiento, listar individualmente	5,00
81	64626	Destrucción neurolítica nervio de faceta articular cervical o torácica	5,00
82	64627	Cada nivel de bloqueo extra, con el mismo procedimiento, listar individualmente	5,00
83	64630	Destrucción neurolítica del nervio pudendo	3,00
84	64640	Destrucción neurolítica de otro nervio periférico	3,00
85	64680	Destrucción neurolítica del nervio trigémino	3,00
86	72275	Epidurografía e interpretación	3,00
87	77003	localización de punta de catéter en inyecciones espinales o para espinales mediante guía fluoroscópica	2,00
88	93503	Inserción y posicionamiento de catéter de flotación (Swan Ganz)	4,00
89	94010	Espirometría	8,00
90	94060	Evaluación de bronco espasmo, antes y después de broncodilatador	10,00
91	94150	Capacidad vital total (procedimiento separado)	1,00
92	94375	Curva de flujo respiratorio	8,00
93	94400	Respuesta respiratoria a CO2 (curva de respuesta a CO2)	8,00
94	94450	Respuesta respiratoria a hipoxia (curva de respuesta a hipoxia)	8,00
95	94640	Terapia inhalatoria presurizada o no para obstrucción aguda de vías respiratorias o para inducción de expectoración para propósitos terapéuticos	2,00
96	94660	Manejo de ventilación con presión positiva continua (CPAP)	10,00
97	94662	Manejo de ventilación con presión negativa continua (CNP)	5,00
98	94680	Análisis de captación de oxígeno y gas espirado en reposo y ejercicio	3,00
99	94681	Análisis de captación de oxígeno y gas espirado, incluido eliminación de CO2 y porcentaje de oxígeno extraído	3,00
100	94690	Análisis indirecto de captación de oxígeno y gas espirado	3,00
101	94750	Estudio de Distensibilidad pulmonares (compliance) (pletismografía)	3,00
102	94770	Determinación infrarroja de gas espirado y óxido de carbono	1,00
103	95970	Análisis electrónico de generador de pulsos neuroestimulantes sin reprogramación	2,00
104	95971	Análisis electrónico de generador de pulsos neuroestimulantes con reprogramación	3,00
105	99100	Anestesia para usuario/paciente de edad extrema, menor a un año y mayor de 70 años (anótese separadamente en adición al código primario de anestesia)	1,00
106	99116	Anestesia complicada por la utilización de hipotermia total del cuerpo. (anótese separadamente en adición al código primario de anestesia)	5,00
107	99135	Anestesia complicada por la utilización de hipotensión controlada. (anótese separadamente en adición al código primario de anestesia)	5,00
108	99140	Anestesia complicada por condiciones de emergencia (especificar). (anótese separadamente en adición al código primario de anestesia)	2,00
109	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 usuario/paciente y su status fisiológico;	4,00

		en menores de 5 años, los primeros 30 minutos	
110	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 usuario/paciente y su status fisiológico; en mayores de 5 años, los primeros 30 minutos	3,00
111	99148	Servicios de sedación moderados (diferentes a los mencionados en los códigos 00100-01999), provistos por un médico diferente al que hizo el diagnóstico o seguimiento, en menores de 5 años, los primeros 30 minutos	4,00
112	99149	Servicios de sedación moderados (diferentes a los mencionados en los códigos 00100-01999), provistos por un médico diferente al que hizo el diagnóstico o seguimiento, en mayores de 5 años, los primeros 30 minutos	3,00
113	99150	Servicios de sedación moderados (diferentes a los mencionados en los códigos 00100-01999), provistos por un médico diferente al que hizo el diagnóstico o seguimiento, cada 15 minutos adicionales. (anótese separadamente en adición al código primario)	1,00
114	99170	Servicios de sedación moderados para examinación ano genital con magnificación colonoscópica en niño, por sospecha de trauma	5,00
115	99172	Servicios de sedación moderados para screening de función visual, determinación cualitativa de la agudeza visual, automática o semiautomática, alineamiento ocular, visión de color y campo de visión	0,00
116	99173	Servicios de sedación moderada para screening de agudeza visual, cuantitativo bilateral	0,00

F. Ejemplos del Cálculo 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 (por ejemplo: 00400), los 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 un usuario/paciente sano, 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 Unidad de valor /tiempo

b. Biopsia incisional de seno realizada en 51 minutos (4 unidades de tiempo) en una usuaria/paciente de 80 años con diabetes mellitus tipo II 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 Unidad de valor/tiempo.

• **Contenido de Honorarios Profesionales**

SECCIÓN	CÓDIGO CPT	DESCRIPCIÓN	UVR Médico	UVR ANESTESIA
TEGUMENTARIO	10021	Biopsia por aspiración con aguja fina, sin guía de imagen; primera lesión	3,54	3,00
TEGUMENTARIO	10022	Biopsia por aspiración con aguja fina, con guía de imagen	4,06	3,00
TEGUMENTARIO	10030	Drenaje de recolección de líquido guiado por imagen por catéter (p. Ej., Absceso, hematoma, seroma, linfocelo, quiste), tejido blando (p. Ej., Extremidad, pared abdominal, cuello), percutáneo	20,08	3,00
TEGUMENTARIO	10035	Colocación de dispositivo (s) de localización de tejidos blandos (p. Ej., Clip, bolita metálica, alambre / aguja, semillas radiactivas), percutánea, incluida la guía de imágenes; primera lesión	15,35	3,00
TEGUMENTARIO	10036	Colocación de dispositivo (s) de localización de tejidos blandos (p. Ej., Clip, bolita metálica, alambre / aguja, semillas radiactivas), percutánea, incluida la guía de imágenes; cada lesión adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	13,24	3,00
TEGUMENTARIO	10040	Cirugía de acné (p. Ej., Marsupialización, apertura o extracción de múltiples milias, comedones, quistes, pústulas)	2,96	3,00
TEGUMENTARIO	10060	Incisión y drenaje de abscesos (p. Ej., Carbunco, hidradenitis supurativa, absceso cutáneo o subcutáneo, quiste, forúnculo o paroniquia); simple o simple	3,39	3,00
TEGUMENTARIO	10061	Incisión y drenaje de abscesos (p. Ej., Carbunco, hidradenitis supurativa, absceso cutáneo o subcutáneo, quiste, forúnculo o paroniquia); complicado o múltiple	5,99	3,00
TEGUMENTARIO	10080	Incisión y drenaje de quiste pilonidal; sencillo	5,16	3,00
TEGUMENTARIO	10081	Incisión y drenaje de quiste pilonidal; Complicado	7,78	3,00
TEGUMENTARIO	10120	Incisión y extracción de cuerpo extraño, tejidos subcutáneos; sencillo	4,38	3,00
TEGUMENTARIO	10121	Incisión y extracción de cuerpo extraño, tejidos subcutáneos; Complicado	7,94	3,00
TEGUMENTARIO	10140	Incisión y drenaje de hematomas, seroma o recolección de líquidos.	4,72	3,00
TEGUMENTARIO	10160	Aspiración por punción de absceso, hematoma, bulla o quiste	3,75	3,00
TEGUMENTARIO	10180	Incisión y drenaje, infección compleja, herida postoperatoria	7,22	3,00
TEGUMENTARIO	11000	Desbridamiento de piel eccematosa o infectada extensa; hasta el 10% de la superficie corporal	1,56	3,00

TEGUMENTARIO	11001	Desbridamiento de piel eczematososa o infectada extensa; cada 10% adicional de la superficie del cuerpo, o parte de ella (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0,62	3,00
TEGUMENTARIO	11004	Desbridamiento de la piel, tejido subcutáneo, músculo y fascia para la infección necrosante de tejidos blandos; genitales externos y perineo	17,62	5,00
TEGUMENTARIO	11005	Desbridamiento de la piel, tejido subcutáneo, músculo y fascia para la infección necrosante de tejidos blandos; pared abdominal, con o sin cierre fascial	24,04	3,00
TEGUMENTARIO	11006	Desbridamiento de la piel, tejido subcutáneo, músculo y fascia para la infección necrosante de tejidos blandos; genitales externos, perineo y pared abdominal, con o sin cierre fascial	21,50	5,00
TEGUMENTARIO	11008	Extracción de material protésico o malla, pared abdominal para infección (p. Ej., Para infección crónica o recurrente de malla o infección necrosante de tejidos blandos) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	8,46	3,00
TEGUMENTARIO	11010	Desbridamiento, incluida la extracción de material extraño en el sitio de una fractura abierta y / o una dislocación abierta (por ejemplo, desbridamiento por escisión); piel y tejidos subcutáneos	14,73	3,00
TEGUMENTARIO	11011	Desbridamiento, incluida la extracción de material extraño en el sitio de una fractura abierta y / o una dislocación abierta (por ejemplo, desbridamiento por escisión); piel, tejido subcutáneo, fascia muscular y músculo	15,70	3,00
TEGUMENTARIO	11012	Desbridamiento, incluida la extracción de material extraño en el sitio de una fractura abierta y / o una dislocación abierta (por ejemplo, desbridamiento por escisión); piel, tejido subcutáneo, fascia muscular, músculo y hueso	20,82	3,00
TEGUMENTARIO	11042	Desbridamiento, tejido subcutáneo (incluye epidermis y dermis, si se realiza); primeros 20 cm2 o menos	3,35	3,00
TEGUMENTARIO	11043	Desbridamiento, músculo y / o fascia (incluye epidermis, dermis y tejido subcutáneo, si se realiza); primeros 20 cm2 o menos	6,65	3,00
TEGUMENTARIO	11044	Desbridamiento, hueso (incluye epidermis, dermis, tejido subcutáneo, músculo y / o fascia, si se realiza); primeros 20 cm2 o menos	9,22	3,00
TEGUMENTARIO	11045	Desbridamiento, tejido subcutáneo (incluye epidermis y dermis, si se realiza); cada 20 cm cuadrados adicionales, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	1,19	3,00
TEGUMENTARIO	11046	Desbridamiento, músculo y / o fascia (incluye epidermis, dermis y tejido subcutáneo, si se realiza); cada 20 cm cuadrados adicionales, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,17	3,00
TEGUMENTARIO	11047	Desbridamiento, hueso (incluye epidermis, dermis, tejido subcutáneo, músculo y / o fascia, si se realiza); cada 20 cm cuadrados adicionales, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,70	3,00
TEGUMENTARIO	11055	Pelar o cortar una lesión hiperqueratótica benigna (p. Ej., Maíz o callos); lesión única	1,36	3,00
TEGUMENTARIO	11056	Pelar o cortar una lesión hiperqueratótica benigna (p. Ej., Maíz o callos); 2 a 4 lesiones	1,66	3,00
TEGUMENTARIO	11057	Pelar o cortar una lesión hiperqueratótica benigna (p. Ej., Maíz o callos); más de 4 lesiones	1,87	3,00
TEGUMENTARIO	11100	Biopsia de piel, tejido celular subcutáneo y/o membrana mucosa (incluye sutura simple), a menos que figure en rubro aparte lesión única.	2,98	3,00
TEGUMENTARIO	11101	Biopsia de piel, tejido celular subcutáneo y/o membrana mucosa (incluye sutura simple), a menos que figure en rubro aparte	0,96	3,00

		lesion única. Cada lesion adicional. (Anotar separadamente en adición al código del procedimiento primario).		
TEGUMENTARIO	11200	Eliminación de marcas cutáneas, múltiples marcas fibrocutáneas, cualquier área; hasta e incluyendo 15 lesiones	2,56	3,00
TEGUMENTARIO	11201	Eliminación de marcas cutáneas, múltiples marcas fibrocutáneas, cualquier área; cada 10 lesiones adicionales, o parte de ellas (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0,56	3,00
TEGUMENTARIO	11300	Afeitado de lesión epidérmica o dérmica, lesión única, tronco, brazos o piernas; diámetro de la lesión de 0,5 cm o menos	2,81	3,00
TEGUMENTARIO	11301	Afeitado de lesión epidérmica o dérmica, lesión única, tronco, brazos o piernas; diámetro de la lesión 0.6 a 1.0 cm	3,47	3,00
TEGUMENTARIO	11302	Afeitado de lesión epidérmica o dérmica, lesión única, tronco, brazos o piernas; diámetro de la lesión 1.1 a 2.0 cm	4,09	3,00
TEGUMENTARIO	11303	Afeitado de lesión epidérmica o dérmica, lesión única, tronco, brazos o piernas; diámetro de la lesión de más de 2,0 cm	4,53	3,00
TEGUMENTARIO	11305	Afeitado de la lesión epidérmica o dérmica, lesión única, cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro de la lesión de 0,5 cm o menos	2,84	3,00
TEGUMENTARIO	11306	Afeitado de la lesión epidérmica o dérmica, lesión única, cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro de la lesión 0.6 a 1.0 cm	3,53	3,00
TEGUMENTARIO	11307	Afeitado de la lesión epidérmica o dérmica, lesión única, cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro de la lesión 1.1 a 2.0 cm	4,15	3,00
TEGUMENTARIO	11308	Afeitado de la lesión epidérmica o dérmica, lesión única, cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro de la lesión de más de 2,0 cm	4,35	3,00
TEGUMENTARIO	11310	Afeitado de la lesión epidérmica o dérmica, lesión única, cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro de la lesión de 0,5 cm o menos	3,29	5,00
TEGUMENTARIO	11311	Afeitado de la lesión epidérmica o dérmica, lesión única, cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro de la lesión 0.6 a 1.0 cm	3,21	5,00
TEGUMENTARIO	11312	Afeitado de la lesión epidérmica o dérmica, lesión única, cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro de la lesión 1.1 a 2.0 cm	4,65	5,00
TEGUMENTARIO	11313	Afeitado de la lesión epidérmica o dérmica, lesión única, cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro de la lesión de más de 2,0 cm	5,41	5,00
TEGUMENTARIO	11400	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), tronco, brazos o piernas; diámetro extirpado 0.5 cm o menos	3,58	3,00
TEGUMENTARIO	11401	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), tronco, brazos o piernas; diámetro extirpado 0.6 a 1.0 cm	4,31	3,00
TEGUMENTARIO	11402	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), tronco, brazos o piernas; diámetro extirpado 1.1 a 2.0 cm	4,81	3,00
TEGUMENTARIO	11403	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), tronco, brazos o piernas; diámetro extirpado 2.1 a 3.0 cm	5,59	3,00
TEGUMENTARIO	11404	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), tronco, brazos o piernas; diámetro extirpado de 3.1 a 4.0 cm	6,36	3,00
TEGUMENTARIO	11406	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), tronco, brazos o piernas; diámetro extirpado de más de 4,0 cm	9,22	3,00
TEGUMENTARIO	11420	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cuero	3,52	5,00

		cabelludo, cuello, manos, pies, genitales diámetro extirpado 0.5 cm o menos		
TEGUMENTARIO	11421	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales diámetro extirpado 0.6 a 1.0 cm	4,53	5,00
TEGUMENTARIO	11422	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales diámetro extirpado 1.1 a 2.0 cm	5,09	5,00
TEGUMENTARIO	11423	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales diámetro extirpado 2.1 a 3.0 cm	5,86	5,00
TEGUMENTARIO	11424	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales diámetro extirpado de 3.1 a 4.0 cm	6,82	5,00
TEGUMENTARIO	11426	Escisión, lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales diámetro extirpado de más de 4,0 cm	9,81	5,00
TEGUMENTARIO	11440	Escisión, otra lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro extirpado 0.5 cm o menos	3,87	5,00
TEGUMENTARIO	11441	Escisión, otra lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro extirpado 0.6 a 1.0 cm	4,85	5,00
TEGUMENTARIO	11442	Escisión, otra lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro extirpado 1.1 a 2.0 cm	5,45	5,00
TEGUMENTARIO	11443	Escisión, otra lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro extirpado 2.1 a 3.0 cm	6,52	5,00
TEGUMENTARIO	11444	Escisión, otra lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro extirpado de 3.1 a 4.0 cm	8,22	5,00
TEGUMENTARIO	11446	Escisión, otra lesión benigna que incluye márgenes, excepto papiloma cutáneo (a menos que se indique en otra parte), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro extirpado de más de 4,0 cm	11,44	5,00
TEGUMENTARIO	11450	Escisión de piel y tejido subcutáneo para hidradenitis axilar; con reparación simple o intermedia	11,14	3,00
TEGUMENTARIO	11451	Escisión de piel y tejido subcutáneo para hidradenitis axilar; con reparación compleja	14,21	3,00
TEGUMENTARIO	11462	Escisión de piel y tejido subcutáneo para hidradenitis inguinal; con reparación simple o intermedia	10,86	3,00
TEGUMENTARIO	11463	Escisión de piel y tejido subcutáneo para hidradenitis inguinal; con reparación compleja	14,36	3,00
TEGUMENTARIO	11470	Escisión de piel y tejido subcutáneo para hidradenitis, perianal, perineal o umbilical; con reparación simple o intermedia	12,02	3,00
TEGUMENTARIO	11471	Escisión de piel y tejido subcutáneo para hidradenitis, perianal, perineal o umbilical; con reparación compleja	14,90	3,00
TEGUMENTARIO	11600	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, tronco, brazos o piernas; diámetro extirpado 0.5 cm o menos	5,56	3,00
TEGUMENTARIO	11601	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, tronco, brazos o	6,63	3,00

		piernas; diámetro extirpado 0.6 a 1.0 cm		
TEGUMENTARIO	11602	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, tronco, brazos o piernas; diámetro extirpado 1.1 a 2.0 cm	7,20	3,00
TEGUMENTARIO	11603	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, tronco, brazos o piernas; diámetro extirpado 2.1 a 3.0 cm	8,25	3,00
TEGUMENTARIO	11604	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, tronco, brazos o piernas; diámetro extirpado de 3.1 a 4.0 cm	9,18	3,00
TEGUMENTARIO	11606	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, tronco, brazos o piernas; diámetro extirpado de más de 4,0 cm	13,21	3,00
TEGUMENTARIO	11620	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro extirpado 0.5 cm o menos	5,62	5,00
TEGUMENTARIO	11621	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro extirpado 0.6 a 1.0 cm	6,68	5,00
TEGUMENTARIO	11622	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro extirpado 1.1 a 2.0 cm	7,45	5,00
TEGUMENTARIO	11623	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro extirpado 2.1 a 3.0 cm	8,76	5,00
TEGUMENTARIO	11624	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro extirpado de 3.1 a 4.0 cm	9,91	5,00
TEGUMENTARIO	11626	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro extirpado de más de 4,0 cm	11,96	5,00
TEGUMENTARIO	11640	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cara, orejas, párpados, nariz, labios; diámetro extirpado 0.5 cm o menos	5,80	5,00
TEGUMENTARIO	11641	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cara, orejas, párpados, nariz, labios; diámetro extirpado 0.6 a 1.0 cm	6,90	5,00
TEGUMENTARIO	11642	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cara, orejas, párpados, nariz, labios; diámetro extirpado 1.1 a 2.0 cm	7,90	5,00
TEGUMENTARIO	11643	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cara, orejas, párpados, nariz, labios; diámetro extirpado 2.1 a 3.0 cm	9,33	5,00
TEGUMENTARIO	11644	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cara, orejas, párpados, nariz, labios; diámetro extirpado de 3.1 a 4.0 cm	11,51	5,00
TEGUMENTARIO	11646	Escisión, lesión maligna que incluye márgenes, cara, orejas, párpados, nariz, labios; diámetro extirpado de más de 4,0 cm	15,11	5,00
TEGUMENTARIO	11719	Recorte de uñas no distróficas, cualquier número	0,50	3,00
TEGUMENTARIO	11720	Desbridamiento de uña (s) por cualquier método (s); 1 a 5	0,92	3,00
TEGUMENTARIO	11721	Desbridamiento de uña (s) por cualquier método (s); 6 o más	1,29	3,00
TEGUMENTARIO	11730	Avulsión de una placa ungueal simple, parcial o completa,	3,00	3,00
TEGUMENTARIO	11732	Avulsión de cada placa ungueal simple adicional, parcial o completa. Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario	0,91	3,00
TEGUMENTARIO	11740	Drenaje de hematoma subungueal	1,41	3,00
TEGUMENTARIO	11750	Escisión de la uña y matriz de la uña, parcial o completa (p. Ej., Uña encarnada o deformada), para extracción permanente	4,39	3,00
TEGUMENTARIO	11755	Biopsia de la unidad ungueal (p. Ej., Placa, lecho, matriz, hiponiquio, pliegues ungueales proximales y laterales) (procedimiento separado)	3,81	3,00
TEGUMENTARIO	11760	Reparación de lecho ungueal	5,43	3,00
TEGUMENTARIO	11762	Reconstrucción del lecho ungueal con injerto	8,01	3,00
TEGUMENTARIO	11765	Escisión en cuña de la piel del pliegue ungueal (p. Ej., Para uñas encarnadas)	4,78	3,00
TEGUMENTARIO	11770	Escisión de quiste pilonidal o seno; simple	8,12	5,00
TEGUMENTARIO	11771	Escisión de quiste pilonidal o seno; extenso	16,88	5,00
TEGUMENTARIO	11772	Escisión de quiste pilonidal o seno; Complicado	20,45	5,00
TEGUMENTARIO	11900	Inyección intralesional; hasta 7 lesiones	1,61	3,00
TEGUMENTARIO	11901	Inyección intralesional, más de 7 lesiones	2,04	3,00
TEGUMENTARIO	11920	Tatuaje, introducción intradérmica de pigmentos opacos	4,94	3,00

		insolubles para corregir defectos de color de la piel, incluida la micropigmentación; 6.0 cm cuadrados o menos		
TEGUMENTARIO	11921	Tatuaje, introducción intradérmica de pigmentos opacos insolubles para corregir defectos del color de la piel, incluyendo micro pigmentación; de 6.1 a 20 cm cuadrados	7,00	3,00
TEGUMENTARIO	11922	Tatuaje, introducción intradérmica de pigmentos opacos insolubles para corregir defectos de color de la piel, incluida la micropigmentación; cada 20.0 cm cuadrados adicionales, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,00	3,00
TEGUMENTARIO	11950	Inyección subcutánea de material de relleno (P. ej., colágeno); menos de 1 cc	2,21	3,00
TEGUMENTARIO	11951	Inyección subcutánea de material de relleno (P. ej., colágeno); de 1,1 a 5 cc	2,84	3,00
TEGUMENTARIO	11952	Inyección subcutánea de material de relleno (P. ej., colágeno); de 5,1 a 10 cc	5,60	3,00
TEGUMENTARIO	11954	Inyección subcutánea de material de relleno (por ejemplo, colágeno); más de 10.0 cc	4,49	3,00
TEGUMENTARIO	11960	Inserción de expansor (es) de tejido para otro que no sea de mama, incluida la expansión posterior	28,11	3,00
TEGUMENTARIO	11970	Reemplazo de expansor de tejido con prótesis permanente	18,08	3,00
TEGUMENTARIO	11971	Extracción de expansor (es) de tejido sin inserción de prótesis	13,58	3,00
TEGUMENTARIO	11976	Extracción, cápsulas anticonceptivas implantables	4,14	3,00
TEGUMENTARIO	11980	Implantación de gránulos (perlas) de hormonas subcutáneas (implantación de gránulos de estradiol y / o testosterona debajo de la piel)	2,72	3,00
TEGUMENTARIO	11981	Inserción, implante de suministro de fármacos no biodegradable	4,12	3,00
TEGUMENTARIO	11982	Extracción, implante de suministro de fármacos no biodegradable	4,68	3,00
TEGUMENTARIO	11983	Extracción con reinserción, implante de suministro de fármacos no biodegradable	6,61	3,00
TEGUMENTARIO	12001	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, cuello, axilas, genitales externos, tronco y / o extremidades (incluidas manos y pies); 2,5 cm o menos	2,59	5,00
TEGUMENTARIO	12002	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, cuello, axilas, genitales externos, tronco y / o extremidades (incluidas manos y pies); 2.6 cm a 7.5 cm	3,14	5,00
TEGUMENTARIO	12004	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, cuello, axilas, genitales externos, tronco y / o extremidades (incluidas manos y pies); 7,6 cm a 12,5 cm	3,71	5,00
TEGUMENTARIO	12005	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, cuello, axilas, genitales externos, tronco y / o extremidades (incluidas manos y pies); 12,6 cm a 20,0 cm	4,69	5,00
TEGUMENTARIO	12006	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, cuello, axilas, genitales externos, tronco y / o extremidades (incluidas manos y pies); 20,1 cm a 30,0 cm	5,55	5,00
TEGUMENTARIO	12007	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, cuello, axilas, genitales externos, tronco y / o extremidades (incluidas manos y pies); más de 30.0 cm	6,40	5,00
TEGUMENTARIO	12011	Reparación simple de heridas superficiales de cara, orejas, párpados, nariz, labios y / o membranas mucosas; 2,5 cm o menos	3,16	5,00
TEGUMENTARIO	12013	Reparación simple de heridas superficiales de cara, orejas, párpados, nariz, labios y / o membranas mucosas; 2.6 cm a 5.0 cm	3,30	5,00
TEGUMENTARIO	12014	Reparación simple de heridas superficiales de cara, orejas, párpados, nariz, labios y / o membranas mucosas; 5,1 cm a 7,5 cm	3,87	5,00
TEGUMENTARIO	12015	Reparación simple de heridas superficiales de cara, orejas,	4,70	5,00

		párpados, nariz, labios y / o membranas mucosas; 7,6 cm a 12,5 cm		
TEGUMENTARIO	12016	Reparación simple de heridas superficiales de cara, orejas, párpados, nariz, labios y / o membranas mucosas; 12,6 cm a 20,0 cm	5,95	5,00
TEGUMENTARIO	12017	Reparación simple de heridas superficiales de cara, orejas, párpados, nariz, labios y / o membranas mucosas; 20,1 cm a 30,0 cm	4,70	5,00
TEGUMENTARIO	12018	Reparación simple de heridas superficiales de cara, orejas, párpados, nariz, labios y / o membranas mucosas; más de 30.0 cm	5,31	5,00
TEGUMENTARIO	12020	Tratamiento de la dehiscencia superficial de la herida; cierre simple	8,14	3,00
TEGUMENTARIO	12021	Tratamiento de la dehiscencia superficial de la herida; con embalaje (apósitos)	4,74	3,00
TEGUMENTARIO	12031	Reparación, intermedia, heridas del cuero cabelludo, axilas, tronco y / o extremidades (excluyendo manos y pies); 2,5 cm o menos	6,87	5,00
TEGUMENTARIO	12032	Reparación, intermedia, heridas del cuero cabelludo, axilas, tronco y / o extremidades (excluyendo manos y pies); 2.6 cm a 7.5 cm	8,77	5,00
TEGUMENTARIO	12034	Reparación, intermedia, heridas del cuero cabelludo, axilas, tronco y / o extremidades (excluyendo manos y pies); 7,6 cm a 12,5 cm	9,07	5,00
TEGUMENTARIO	12035	Reparación, intermedia, heridas del cuero cabelludo, axilas, tronco y / o extremidades (excluyendo manos y pies); 12,6 cm a 20,0 cm	11,07	5,00
TEGUMENTARIO	12036	Reparación, intermedia, heridas del cuero cabelludo, axilas, tronco y / o extremidades (excluyendo manos y pies); 20,1 cm a 30,0 cm	12,29	5,00
TEGUMENTARIO	12037	Reparación, intermedia, heridas del cuero cabelludo, axilas, tronco y / o extremidades (excluyendo manos y pies); más de 30.0 cm	14,09	5,00
TEGUMENTARIO	12041	Reparación, intermedia, heridas de cuello, manos, pies y / o genitales externos; 2,5 cm o menos	6,86	5,00
TEGUMENTARIO	12042	Reparación, intermedia, heridas de cuello, manos, pies y / o genitales externos; 2.6 cm a 7.5 cm	8,39	5,00
TEGUMENTARIO	12044	Reparación, intermedia, heridas de cuello, manos, pies y / o genitales externos; 7,6 cm a 12,5 cm	10,40	5,00
TEGUMENTARIO	12045	Reparación, intermedia, heridas de cuello, manos, pies y / o genitales externos; 12,6 cm a 20,0 cm	11,63	5,00
TEGUMENTARIO	12046	Reparación, intermedia, heridas de cuello, manos, pies y / o genitales externos; 20,1 cm a 30,0 cm	13,92	5,00
TEGUMENTARIO	12047	Reparación, intermedia, heridas de cuello, manos, pies y / o genitales externos; más de 30.0 cm	15,90	5,00
TEGUMENTARIO	12051	Reparación, intermedia, heridas de cara, orejas, párpados, nariz, labios y / o mucosas; 2,5 cm o menos	7,47	5,00
TEGUMENTARIO	12052	Reparación, intermedia, heridas de cara, orejas, párpados, nariz, labios y / o mucosas; 2.6 cm a 5.0 cm	8,53	5,00
TEGUMENTARIO	12053	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 5,1 a 7,5 cm	10,01	5,00
TEGUMENTARIO	12054	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 7,6 a 12,5 cm	10,45	5,00
TEGUMENTARIO	12055	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 12,6 a 20 cm	13,54	5,00
TEGUMENTARIO	12056	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 20,1 a 30 cm	14,22	5,00
TEGUMENTARIO	12057	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas mayor de 30 cm	15,96	5,00

TEGUMENTARIO	13100	Reparación compleja de tronco de 1,1 a 2,5 cm	9,70	3,00
TEGUMENTARIO	13101	Reparación compleja de tronco de 2,6 a 7,5 cm	11,47	3,00
TEGUMENTARIO	13102	Reparación, complejo, tronco; cada 5 cm adicionales o menos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,54	3,00
TEGUMENTARIO	13120	Reparación, complejo, cuero cabelludo, brazos y / o piernas; 1.1 cm a 2.5 cm	10,15	5,00
TEGUMENTARIO	13121	Reparación compleja cuero cabelludo, brazos y/o piernas; de 2,6 a 7,5 cm	12,39	5,00
TEGUMENTARIO	13122	Reparación, complejo, cuero cabelludo, brazos y / o piernas; cada 5 cm adicionales o menos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,89	5,00
TEGUMENTARIO	13131	Reparación, complejo, frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y / o pies; 1.1 cm a 2.5 cm	11,19	5,00
TEGUMENTARIO	13132	Reparación, complejo, frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y / o pies; 2.6 cm a 7.5 cm	13,84	5,00
TEGUMENTARIO	13133	Reparación, complejo, frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y / o pies; cada 5 cm adicionales o menos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,24	5,00
TEGUMENTARIO	13151	Reparación, complejo, párpados, nariz, orejas y / o labios; 1.1 cm a 2.5 cm	12,28	5,00
TEGUMENTARIO	13152	Reparación compleja de párpados, nariz, oídos y/o labios; de 2,6 a 7,5 cm	14,74	5,00
TEGUMENTARIO	13153	Reparación, complejo, párpados, nariz, orejas y / o labios; cada 5 cm adicionales o menos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,69	5,00
TEGUMENTARIO	13160	Cierre secundario de herida quirúrgica o dehiscencia, extensa o complicada.	24,01	3,00
TEGUMENTARIO	14000	Transferencia de tejido adyacente o reordenamiento, tronco; defecto de 10 cm2 o menos	18,17	3,00
TEGUMENTARIO	14001	Transferencia de tejido adyacente o reordenamiento, tronco; defecto 10.1 cm cuadrado a 30.0 cm cuadrado	23,51	3,00
TEGUMENTARIO	14020	Transferencia de tejido adyacente o reordenamiento, cuero cabelludo, brazos y / o piernas; defecto de 10 cm2 o menos	20,32	5,00
TEGUMENTARIO	14021	Transferencia de tejido adyacente o reordenamiento, cuero cabelludo, brazos y / o piernas; defecto 10.1 cm cuadrado a 30.0 cm cuadrado	25,47	5,00
TEGUMENTARIO	14040	Transferencia de tejido adyacente o reordenamiento, frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y / o pies; defecto de 10 cm2 o menos	22,24	5,00
TEGUMENTARIO	14041	Transferencia de tejido adyacente o reordenamiento, frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y / o pies; defecto 10.1 cm cuadrado a 30.0 cm cuadrado	27,59	5,00
TEGUMENTARIO	14060	Transferencia de tejido adyacente o reordenamiento, párpados, nariz, orejas y / o labios; defecto de 10 cm2 o menos	22,72	5,00
TEGUMENTARIO	14061	Transferencia de tejido adyacente o reordenamiento, párpados, nariz, orejas y / o labios; defecto 10.1 cm cuadrado a 30.0 cm cuadrado	29,68	5,00
TEGUMENTARIO	14301	Transferencia de tejido adyacente o reordenamiento, cualquier área; defecto 30.1 cm cuadrado a 60.0 cm cuadrado	31,60	5,00
TEGUMENTARIO	14302	Transferencia de tejido adyacente o reordenamiento, cualquier área; cada 30.0 cm cuadrados adicionales, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	8,20	5,00
TEGUMENTARIO	14350	Colgajo de dedo de mano o pie, incluyendo preparación del sitio receptor	20,22	3,00
TEGUMENTARIO	15002	Preparación quirúrgica o creación del sitio del receptor por escisión de heridas abiertas, escara de quemaduras o cicatriz	10,16	3,00

		(incluidos los tejidos subcutáneos), o liberación incisional de la contractura de la cicatriz, tronco, brazos, piernas; primeros 100 cm ² o 1% del área corporal de bebés y niños		
TEGUMENTARIO	15003	Preparación quirúrgica o creación del sitio del receptor por escisión de heridas abiertas, escara de quemaduras o cicatriz (incluidos los tejidos subcutáneos), o liberación incisional de la contractura de la cicatriz, tronco, brazos, piernas; cada 100 cm cuadrados adicionales, o parte de ellos, o cada 1% adicional del área corporal de bebés y niños (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,21	3,00
TEGUMENTARIO	15004	Preparación quirúrgica o creación del sitio del receptor por escisión de heridas abiertas, escara de quemaduras o cicatriz (incluidos los tejidos subcutáneos), o liberación incisional de contractura de cicatriz, cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o dígitos múltiples; primeros 100 cm ² o 1% del área corporal de bebés y niños	11,66	3,00
TEGUMENTARIO	15005	Preparación quirúrgica o creación del sitio del receptor por escisión de heridas abiertas, escara de quemaduras o cicatriz (incluidos los tejidos subcutáneos), o liberación incisional de contractura de cicatriz, cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o dígitos múltiples; cada 100 cm cuadrados adicionales, o parte de ellos, o cada 1% adicional del área corporal de bebés y niños (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,68	3,00
TEGUMENTARIO	15040	Preparación de piel para injerto autólogo de tejido cultivado, menos de 100 cm cuadrados	7,39	3,00
TEGUMENTARIO	15050	Injerto único o múltiple para úlceras pequeñas, puntas de dedos u otra área mínima (excepto cara) de 2.0 cm. de diámetro o menor	16,32	3,00
TEGUMENTARIO	15100	Autoinjerto de grosor dividido, tronco, brazos, piernas; primeros 100 cm ² o menos, o 1% del área corporal de bebés y niños (excepto 15050)	25,26	3,00
TEGUMENTARIO	15101	Autoinjerto de grosor dividido, tronco, brazos, piernas; cada 100 cm cuadrados adicionales, o cada 1% adicional del área corporal de bebés y niños, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,44	3,00
TEGUMENTARIO	15110	Autoinjerto epidérmico, tronco, brazos, piernas; primeros 100 cm ² o menos, o 1% del área corporal de bebés y niños	23,43	3,00
TEGUMENTARIO	15111	Autoinjerto epidérmico, tronco, brazos, piernas; cada 100 cm cuadrados adicionales, o cada 1% adicional del área corporal de bebés y niños, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,49	3,00
TEGUMENTARIO	15115	Autoinjerto epidérmico, cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o múltiples dígitos; primeros 100 cm ² o menos, o 1% del área corporal de bebés y niños	23,53	3,00
TEGUMENTARIO	15116	Autoinjerto epidérmico, cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o múltiples dígitos; cada 100 cm cuadrados adicionales, o cada 1% adicional del área corporal de bebés y niños, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,86	3,00
TEGUMENTARIO	15120	Autoinjerto de espesor parcial, cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o múltiples dígitos; primeros 100 cm ² o menos, o 1% del área corporal de bebés y niños (excepto 15050)	24,96	5,00
TEGUMENTARIO	15121	Autoinjerto de espesor parcial, cara, cuero cabelludo, párpados,	6,11	5,00

		boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o múltiples dígitos; cada 100 cm cuadrados adicionales, o cada 1% adicional del área corporal de bebés y niños, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)		
TEGUMENTARIO	15130	Autoinjerto dérmico, tronco, brazos, piernas; primeros 100 cm ² o menos, o 1% del área corporal de bebés y niños	19,63	3,00
TEGUMENTARIO	15131	Autoinjerto dérmico, tronco, brazos, piernas; cada 100 cm cuadrados adicionales, o cada 1% adicional del área corporal de bebés y niños, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,70	3,00
TEGUMENTARIO	15135	Autoinjerto dérmico, cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o múltiples dígitos; primeros 100 cm ² o menos, o 1% del área corporal de bebés y niños	24,59	5,00
TEGUMENTARIO	15136	Autoinjerto dérmico, cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o múltiples dígitos; cada 100 cm cuadrados adicionales, o cada 1% adicional del área corporal de bebés y niños, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,56	5,00
TEGUMENTARIO	15150	Autoinjerto de piel cultivada en tejidos, tronco, brazos, piernas; primeros 25 cm ² o menos	20,45	3,00
TEGUMENTARIO	15151	Autoinjerto de piel cultivada en tejidos, tronco, brazos, piernas; 1 cm ² a 75 cm ² adicionales (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,64	3,00
TEGUMENTARIO	15152	Autoinjerto de piel cultivada en tejidos, tronco, brazos, piernas; cada 100 cm cuadrados adicionales, o cada 1% adicional del área corporal de bebés y niños, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,49	3,00
TEGUMENTARIO	15155	Autoinjerto de piel cultivada en tejidos, cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o múltiples dígitos; primeros 25 cm ² o menos	21,11	5,00
TEGUMENTARIO	15156	Autoinjerto de piel cultivada en tejidos, cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o múltiples dígitos; 1 cm ² a 75 cm ² adicionales (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,91	5,00
TEGUMENTARIO	15157	Autoinjerto de piel cultivada en tejidos, cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o múltiples dígitos; cada 100 cm cuadrados adicionales, o cada 1% adicional del área corporal de bebés y niños, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,47	5,00
TEGUMENTARIO	15200	Injerto de grosor completo, libre, incluido el cierre directo del sitio donante, tronco; 20 cm ² o menos	24,37	3,00
TEGUMENTARIO	15201	Injerto de grosor completo, libre, incluido el cierre directo del sitio donante, tronco; cada 20 cm cuadrados adicionales, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,26	5,00
TEGUMENTARIO	15220	Injerto de grosor completo, libre, incluido el cierre directo del sitio donante, cuero cabelludo, brazos y / o piernas; 20 cm ² o menos	22,53	5,00
TEGUMENTARIO	15221	Injerto de grosor completo, libre, incluido el cierre directo del sitio donante, cuero cabelludo, brazos y / o piernas; cada 20 cm cuadrados adicionales, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,97	5,00
TEGUMENTARIO	15240	Injerto de grosor completo, libre, incluido el cierre directo del sitio donante, la frente, las mejillas, el mentón, la boca, el cuello,	27,31	5,00

		las axilas, los genitales, las manos y / o los pies; 20 cm2 o menos		
TEGUMENTARIO	15241	Injerto de grosor completo, libre, incluido el cierre directo del sitio donante, la frente, las mejillas, el mentón, la boca, el cuello, las axilas, los genitales, las manos y / o los pies; cada 20 cm cuadrados adicionales, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,38	5,00
TEGUMENTARIO	15260	Injerto de grosor completo, libre, incluido el cierre directo del sitio donante, nariz, orejas, párpados y / o labios; 20 cm2 o menos	29,60	5,00
TEGUMENTARIO	15261	Injerto de grosor completo, libre, incluido el cierre directo del sitio donante, nariz, orejas, párpados y / o labios; cada 20 cm cuadrados adicionales, o parte de los mismos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	6,27	5,00
TEGUMENTARIO	15271	Aplicación de injerto sustituto de piel al tronco, brazos, piernas, área total de la superficie de la herida hasta 100 cm cuadrados; primeros 25 cm2 o menos área de superficie de la herida	4,07	3,00
TEGUMENTARIO	15272	Aplicación de injerto sustituto de piel a tronco, brazos, piernas, con una superficie total de lesión hasta 100 cm cuadrados; cada 25 cm cuadrados adicionales de superficie de herida o fragmento	0,79	3,00
TEGUMENTARIO	15273	Aplicación de injerto sustituto de piel al tronco, brazos, piernas, área total de la superficie de la herida mayor o igual a 100 cm2; primer área de superficie de la herida de 100 cm2, o 1% del área del cuerpo de bebés y niños	8,82	3,00
TEGUMENTARIO	15274	Aplicación de injerto sustituto de piel al tronco, brazos, piernas, área total de la superficie de la herida mayor o igual a 100 cm2; cada área adicional de la superficie de la herida de 100 cm2, o parte del mismo, o cada 1% adicional del área corporal de los bebés y niños, o parte del mismo (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,11	3,00
TEGUMENTARIO	15275	Aplicación de injerto sustituto de piel en cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o dígitos múltiples, área total de la superficie de la herida de hasta 100 cm2; primeros 25 cm2 o menos área de superficie de la herida	4,31	3,00
TEGUMENTARIO	15276	Aplicación de injerto sustituto de piel en cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o dígitos múltiples, área total de la superficie de la herida de hasta 100 cm2; cada área adicional de la superficie de la herida de 25 cm2, o parte de ella (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	1,02	3,00
TEGUMENTARIO	15277	Aplicación de injerto sustituto de piel en cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o dígitos múltiples, área total de la superficie de la herida mayor o igual a 100 cm2; primer área de superficie de la herida de 100 cm2, o 1% del área del cuerpo de bebés y niños	9,60	3,00
TEGUMENTARIO	15278	Aplicación de injerto sustituto de piel en cara, cuero cabelludo, párpados, boca, cuello, orejas, órbitas, genitales, manos, pies y / o dígitos múltiples, área total de la superficie de la herida mayor o igual a 100 cm2; cada área adicional de la superficie de la herida de 100 cm2, o parte del mismo, o cada 1% adicional del área corporal de los bebés y niños, o parte del mismo (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,53	3,00
TEGUMENTARIO	15570	Formación de pedículo directo o tubular, con o sin transferencia; tronco	26,83	3,00
TEGUMENTARIO	15572	Formación de pedículo directo o tubular, con o sin transferencia; cuero cabelludo, brazos o piernas	26,11	5,00
TEGUMENTARIO	15574	Formación de pedículo directo o tubular, con o sin transferencia; frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos o	26,73	5,00

		pies		
TEGUMENTARIO	15576	Formación de pedículo directo o tubular, con o sin transferencia; párpados, nariz, orejas, labios o intraoral	23,55	5,00
TEGUMENTARIO	15600	Diferimiento de colgajo o sección de colgajo (división e inserción); tronco	9,29	3,00
TEGUMENTARIO	15610	Diferimiento o sección de colgajo (división e inserción); en el cuero cabelludo, los brazos, o las piernas	10,30	5,00
TEGUMENTARIO	15620	Diferimiento o sección de colgajo (división e inserción); en la frente, las mejillas, la barbilla, el cuello, la axila, los órganos genitales, las manos, o los pies	12,68	5,00
TEGUMENTARIO	15630	Diferimiento o sección de colgajo (división e inserción); en los párpados, la nariz, los oídos, o los labios	13,33	5,00
TEGUMENTARIO	15650	Transferencia intermedia de cualquier colgajo pediculado a cualquier zona del cuerpo (p.ej. Abdomen a muñeca)	14,72	3,00
TEGUMENTARIO	15730	Colgajo de la cara media (es decir, colgajo cigomático-facial) con preservación de pedículo (s) vascular (es)	45,02	5,00
TEGUMENTARIO	15731	Colgajo de frente con preservación de pedículo vascular (p.ej. Colgajo con patrón axial, colgajo paramediano de frente)	33,06	5,00
TEGUMENTARIO	15733	Colgajo muscular, Colgajo muscular, miocutáneo o fasciocutáneo; cabeza y cuello con pedículo vascular con nombre (es decir, buccinadores, geniogloso, temporal, masetero, esternocleidomastoideo, escápula elevadora) miocutáneo o fasciocutáneo; cabeza y cuello con pedículo vascular con nombre (es decir, buccinadores, geniogloso, temporal, masetero, esternocleidomastoideo, escápula elevadora)	31,09	5,00
TEGUMENTARIO	15734	Colgajo muscular, miocutáneo o fasciocutáneo; en tronco	44,64	3,00
TEGUMENTARIO	15736	Colgajo muscular, miocutáneo o fasciocutáneo; la extremidad superior	39,02	5,00
TEGUMENTARIO	15738	Aplicación de colgajo muscular, miocutáneo o fasciocutáneo en extremidad inferior	41,49	4,00
TEGUMENTARIO	15740	Aplicación de colgajo; pedículo insular que requiere identificación y disección de vaso axial con denominación anatómica	29,82	3,00
TEGUMENTARIO	15750	Aplicación de colgajo pediculado neurovascular	27,32	3,00
TEGUMENTARIO	15756	Aplicación de colgajo libre, muscular o miocutáneo con anastomosis microvascular	69,41	3,00
TEGUMENTARIO	15757	Aplicación de colgajo libre de piel con anastomosis microvascular	68,37	3,00
TEGUMENTARIO	15758	Aplicación de colgajo libre de fascia con anastomosis microvascular	68,57	4,00
TEGUMENTARIO	15760	Injerto; compuesto (p. ej., grosor completo del oído externo o ala nasal), incluido el cierre primario, el área donante	24,94	5,00
TEGUMENTARIO	15770	Injerto dermis-grasa-fascia	19,82	5,00
TEGUMENTARIO	15775	Injerto con sacabocados para trasplante de pelo, 1 a 15 injertos de sacabocados	8,56	5,00
TEGUMENTARIO	15776	Injerto con sacabocados para trasplante de pelo, más de 15 injertos de sacabocados	13,86	5,00
TEGUMENTARIO	15777	Colocación de implante biológico (p. Ej., Matriz dérmica acelular) para refuerzo de tejidos blandos (es decir, seno, tronco) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	6,52	5,00
TEGUMENTARIO	15780	Dermoabrasión; cara total (p. ej., para cicatrices de acné, arrugas finas, ritidos, queratosis general)	24,52	5,00
TEGUMENTARIO	15781	Dermoabrasión segmentaria de la cara	15,78	5,00
TEGUMENTARIO	15782	Dermoabrasión; regional, que no sea cara	18,12	3,00
TEGUMENTARIO	15783	Dermoabrasión; superficial, cualquier sitio (p. ej., eliminación de tatuajes)	13,58	3,00
TEGUMENTARIO	15786	Abrasión, lesión única (P. ej. queratosis, cicatriz)	6,96	5,00
TEGUMENTARIO	15787	Abrasión; cada 4 lesiones adicionales o menos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	1,40	0,00

TEGUMENTARIO	15788	Exfoliación química facial; epidérmico	13,03	5,00
TEGUMENTARIO	15789	Exfoliación química en dermis facial	9,90	5,00
TEGUMENTARIO	15792	Exfoliación química en epidermis no facial	5,50	3,00
TEGUMENTARIO	15793	Exfoliación química en dermis no facial	7,70	3,00
TEGUMENTARIO	15819	Cervicoplastia	20,60	5,00
TEGUMENTARIO	15820	Blefaroplastia, párpado inferior	17,06	5,00
TEGUMENTARIO	15821	Blefaroplastia, párpado inferior con almodilla grasa herniada extensa	17,50	5,00
TEGUMENTARIO	15822	Blefaroplastia, párpado superior	12,85	5,00
TEGUMENTARIO	15823	Blefaroplastia, párpado superior, con piel excesiva que desplaza el párpado hacia abajo	17,45	5,00
TEGUMENTARIO	15824	Ritidectomia de frente	8,30	5,00
TEGUMENTARIO	15825	Ritidectomia del cuello con estiramiento del platisma (colgajo de platisma, colgajo P)	7,10	5,00
TEGUMENTARIO	15826	Ritidectomia de las líneas del entrecejo (glabella)	6,00	5,00
TEGUMENTARIO	15828	Ritidectomia de mejilla, mentón y cuello	20,30	5,00
TEGUMENTARIO	15829	Ritidectomia con colgajo del sistema músculo-aponeurótico superficial (Smás)	20,30	3,00
TEGUMENTARIO	15830	Escisión de piel y tejido subcutáneo excesivo (incluye lipectomia) de abdomen, paniclectomia	35,12	5,00
TEGUMENTARIO	15832	Escisión de piel y tejido subcutáneo excesivo (incluye lipectomia) de muslos	27,22	3,00
TEGUMENTARIO	15833	Escisión de piel y tejido subcutáneo excesivo (incluye lipectomia) de pierna	25,37	3,00
TEGUMENTARIO	15834	Escisión de piel y tejido subcutáneo excesivo (incluye lipectomia) de cadera	26,39	3,00
TEGUMENTARIO	15835	Escisión de piel y tejido subcutáneo excesivo (incluye lipectomia) de nalga	27,22	3,00
TEGUMENTARIO	15836	Escisión de piel y tejido subcutáneo excesivo (incluye lipectomia) de brazo	23,40	3,00
TEGUMENTARIO	15837	Escisión de piel y tejido subcutáneo excesivo (incluye lipectomia) de antebrazo o mano	25,07	3,00
TEGUMENTARIO	15838	Escisión de piel y tejido subcutáneo excesivo (incluye lipectomia) de grasa submentoniana	16,81	5,00
TEGUMENTARIO	15839	Escisión de piel y tejido subcutáneo excesivo (incluye lipectomia) en otra área	25,92	3,00
TEGUMENTARIO	15840	Injerto para parálisis del nervio facial; injerto de fascia libre (incluida la obtención de fascia)	29,80	5,00
TEGUMENTARIO	15841	Injerto para parálisis del nervio facial; injerto muscular libre (incluida la obtención de injerto)	47,32	5,00
TEGUMENTARIO	15842	Injerto para parálisis del nervio facial; colgajo muscular libre por técnica microquirúrgica	72,69	5,00
TEGUMENTARIO	15845	Injerto para parálisis de nervio facial; transferencia de músculo regional	29,21	3,00
TEGUMENTARIO	15847	Escisión de piel y tejido subcutáneo excesivo (incluye lipectomia) en abdomen (p.ej. Abdominoplastia) (incluye transposición umbilical y plicatura fascial) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	11,00	0,00
TEGUMENTARIO	15850	Retiro de puntos bajo anestesia (que no sea anestesia local), hecho por el mismo cirujano	2,50	3,00
TEGUMENTARIO	15851	Retiro de puntos bajo anestesia (que no sea anestesia local), hecho por otro cirujano	3,50	3,00
TEGUMENTARIO	15852	Cambio de apósito (para otras quemaduras) bajo anestesia (que no sea local)	1,80	3,00
TEGUMENTARIO	15860	Inyección intravenosa de agente (p. Ej., Fluoresceína) para evaluar el flujo vascular en el colgajo o el injerto	3,32	3,00
TEGUMENTARIO	15876	Lipectomia por aspiración; cabeza y cuello	4,90	5,00
TEGUMENTARIO	15877	Lipectomia por aspiración; tronco	8,80	4,00
TEGUMENTARIO	15878	Lipectomia por aspiración; extremidad superior	4,90	3,00

TEGUMENTARIO	15879	Lipectomía por aspiración; extremidad inferior	8,80	3,00
TEGUMENTARIO	15920	Escisión, úlcera por presión coccígea, con coccigectomía; con sutura primaria	18,57	6,00
TEGUMENTARIO	15922	Escisión de úlcera de decúbito coccígea, con coccigectomía, y cierre con colgajo	23,20	6,00
TEGUMENTARIO	15931	Escisión, úlcera por presión sacra, con sutura primaria	20,71	5,00
TEGUMENTARIO	15933	Escisión, úlcera por presión sacra, con sutura primaria; con ostectomía	25,30	6,00
TEGUMENTARIO	15934	Escisión, úlcera por presión sacra, con cierre de colgajo de piel	27,99	5,00
TEGUMENTARIO	15935	Escisión, úlcera por presión sacra, con cierre de colgajo de piel; con ostectomía	33,00	6,00
TEGUMENTARIO	15936	Escisión, úlcera por presión sacra, en preparación para colgajo muscular o miocutáneo o cierre de injerto de piel	26,70	5,00
TEGUMENTARIO	15937	Escisión, úlcera por presión sacra, en preparación para colgajo muscular o miocutáneo o cierre de injerto de piel; con ostectomía	30,88	6,00
TEGUMENTARIO	15940	Escisión, úlcera por presión isquiática, con sutura primaria	21,00	3,00
TEGUMENTARIO	15941	Escisión, úlcera por presión isquiática, con sutura primaria; con ostectomía (isquiectomía)	26,78	6,00
TEGUMENTARIO	15944	Escisión, úlcera por presión isquiática, con cierre de colgajo de piel	26,53	3,00
TEGUMENTARIO	15945	Escisión, úlcera por presión isquiática, con ostectomía, en preparación para colgajo muscular o miocutáneo o cierre de injerto de piel	29,29	6,00
TEGUMENTARIO	15946	Escisión, úlcera por presión isquiática, con ostectomía, en preparación para colgajo muscular o miocutáneo o cierre de injerto de piel	48,91	6,00
TEGUMENTARIO	15950	Escisión, úlcera de presión trocantérea, con sutura primaria	17,71	5,00
TEGUMENTARIO	15951	Escisión, úlcera de presión trocantérea, con sutura primaria; con ostectomía	25,73	6,00
TEGUMENTARIO	15952	Escisión, úlcera de presión trocantérea, con cierre de colgajo de piel	26,66	5,00
TEGUMENTARIO	15953	Escisión, úlcera de presión trocantérea, con cierre de colgajo de piel; con ostectomía	29,57	6,00
TEGUMENTARIO	15956	Escisión, úlcera por presión trocantérea, en preparación para colgajo muscular o miocutáneo o cierre de injerto de piel	34,37	5,00
TEGUMENTARIO	15958	Escisión, úlcera de presión trocantérea, en preparación para colgajo muscular o miocutáneo o cierre de injerto de piel; con ostectomía	35,02	6,00
TEGUMENTARIO	15999	Escisión de úlcera de decúbito no listada	CM	5,00
TEGUMENTARIO	16000	Tratamiento inicial, quemadura de primer grado, cuando no se requiere más que un tratamiento local	2,01	3,00
TEGUMENTARIO	16020	Apósitos y / o desbridamiento de quemaduras de espesor parcial, inicial o posterior; pequeño (menos del 5% del área total de la superficie corporal)	2,36	3,00
TEGUMENTARIO	16025	Apósitos y / o desbridamiento de quemaduras de espesor parcial, inicial o posterior; medio (p. ej., cara completa o extremidad completa, o 5% a 10% del área total de superficie corporal)	4,30	3,00
TEGUMENTARIO	16030	Apósitos y / o desbridamiento de quemaduras de espesor parcial, inicial o posterior; grande (p. ej., más de 1 extremidad o más del 10% del área total de la superficie corporal)	5,43	3,00
TEGUMENTARIO	16035	Escarotomía; incisión inicial	5,81	3,00
TEGUMENTARIO	16036	Escarotomía; cada incisión adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,50	3,00
TEGUMENTARIO	17000	Destrucción (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimiocirugía, legrado quirúrgico), lesiones premalignas (p. Ej., Queratosis actínicas); primera lesión	1,92	3,00
TEGUMENTARIO	17003	Destrucción (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía,	0,20	3,00

		quimioterapia, legrado quirúrgico), lesiones premalignas (p. Ej., Queratosis actínicas); del segundo al 14 lesiones, cada una (enumere por separado además del código para la primera lesión)		
TEGUMENTARIO	17004	Dstrucción (p. Ej., Cirugía con láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), lesiones premalignas (p. Ej., Queratosis actínicas), 15 o más lesiones	4,34	3,00
TEGUMENTARIO	17106	Dstrucción de lesiones proliferativas vasculares cutáneas (p. Ej., Técnica láser); menos de 10 cm ²	9,97	3,00
TEGUMENTARIO	17107	Dstrucción de lesiones proliferativas vasculares cutáneas (p. Ej., Técnica láser); 10.0 a 50.0 cm cuadrados	12,60	3,00
TEGUMENTARIO	17108	Dstrucción de lesiones proliferativas vasculares cutáneas (p. Ej., Técnica láser); más de 50.0 cm cuadrados	18,81	3,00
TEGUMENTARIO	17110	Dstrucción (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico) de lesiones benignas que no sean marcas cutáneas o lesiones proliferativas vasculares cutáneas; hasta 14 lesiones	3,18	3,00
TEGUMENTARIO	17111	Dstrucción (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico) de lesiones benignas que no sean marcas cutáneas o lesiones proliferativas vasculares cutáneas; 15 o más lesiones	3,79	3,00
TEGUMENTARIO	17250	Cauterización química del tejido de granulación	2,27	3,00
TEGUMENTARIO	17260	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), tronco, brazos o piernas; diámetro de la lesión de 0,5 cm o menos	2,75	3,00
TEGUMENTARIO	17261	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), tronco, brazos o piernas; diámetro de la lesión 0.6 a 1.0 cm	4,13	3,00
TEGUMENTARIO	17262	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), tronco, brazos o piernas; diámetro de la lesión 1.1 a 2.0 cm	5,06	3,00
TEGUMENTARIO	17263	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), tronco, brazos o piernas; diámetro de la lesión 2.1 a 3.0 cm	5,53	3,00
TEGUMENTARIO	17264	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), tronco, brazos o piernas; diámetro de la lesión de 3.1 a 4.0 cm	5,91	3,00
TEGUMENTARIO	17266	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), tronco, brazos o piernas; diámetro de la lesión de más de 4,0 cm	6,75	3,00
TEGUMENTARIO	17270	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro de la lesión de 0,5 cm o menos	4,36	5,00
TEGUMENTARIO	17271	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro de la lesión 0.6 a 1.0 cm	4,72	5,00
TEGUMENTARIO	17272	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro de la lesión 1.1 a 2.0 cm	5,39	5,00
TEGUMENTARIO	17273	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro de la lesión 2.1 a 3.0 cm	6,03	5,00
TEGUMENTARIO	17274	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro de la lesión de 3.1 a 4.0 cm	7,14	5,00
TEGUMENTARIO	17276	Dstrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia, legrado quirúrgico), cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro de la lesión de más de	8,25	5,00

		4,0 cm		
TEGUMENTARIO	17280	Destrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimiocirugía, legrado quirúrgico), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro de la lesión de 0,5 cm o menos	4,08	5,00
TEGUMENTARIO	17281	Destrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimiocirugía, legrado quirúrgico), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro de la lesión 0.6 a 1.0 cm	5,16	5,00
TEGUMENTARIO	17282	Destrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimiocirugía, legrado quirúrgico), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro de la lesión 1.1 a 2.0 cm	5,93	5,00
TEGUMENTARIO	17283	Destrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimiocirugía, legrado quirúrgico), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro de la lesión 2.1 a 3.0 cm	7,12	5,00
TEGUMENTARIO	17284	Destrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimiocirugía, legrado quirúrgico), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro de la lesión de 3.1 a 4.0 cm	8,14	5,00
TEGUMENTARIO	17286	Destrucción, lesión maligna (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimiocirugía, legrado quirúrgico), cara, orejas, párpados, nariz, labios, membrana mucosa; diámetro de la lesión de más de 4,0 cm	10,47	5,00
TEGUMENTARIO	17311	Técnica micrográfica de Mohs, que incluye la extirpación de todo tumor macroscópico, escisión quirúrgica de muestras de tejido, mapeo, codificación de color de las muestras, examen microscópico de muestras por parte del cirujano y preparación histopatológica que incluye tinciones de rutina (p. Ej., Hematoxilina y eosina, azul de toluidina), cabeza, cuello, manos, pies, genitales o cualquier lugar con cirugía que involucre directamente músculos, cartílagos, huesos, tendones, nervios principales o vasos; primera etapa, hasta 5 bloques de tejido	19,19	5,00
TEGUMENTARIO	17312	Técnica micrográfica de Mohs, que incluye la extirpación de todo tumor macroscópico, escisión quirúrgica de muestras de tejido, mapeo, codificación de color de las muestras, examen microscópico de muestras por parte del cirujano y preparación histopatológica que incluye tinciones de rutina (p. Ej., Hematoxilina y eosina, azul de toluidina), cabeza, cuello, manos, pies, genitales o cualquier lugar con cirugía que involucre directamente músculos, cartílagos, huesos, tendones, nervios principales o vasos; cada etapa adicional después de la primera etapa, hasta 5 bloques de tejido (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	11,26	5,00
TEGUMENTARIO	17313	Técnica micrográfica de Mohs, que incluye la extirpación de todo tumor macroscópico, escisión quirúrgica de muestras de tejido, mapeo, codificación de color de las muestras, examen microscópico de muestras por parte del cirujano y preparación histopatológica que incluye tinción (es) de rutina (p. Ej., Hematoxilina y eosina, azul de toluidina), del tronco, brazos o piernas; primera etapa, hasta 5 bloques de tejido	17,92	5,00
TEGUMENTARIO	17314	Técnica micrográfica de Mohs, que incluye la extirpación de todo tumor macroscópico, escisión quirúrgica de muestras de tejido, mapeo, codificación de color de las muestras, examen microscópico de muestras por parte del cirujano y preparación histopatológica que incluye tinción (es) de rutina (p. Ej., Hematoxilina y eosina, azul de toluidina), del tronco, brazos o piernas; cada etapa adicional después de la primera etapa, hasta 5 bloques de tejido (enumerar por separado además del código	10,79	5,00

		para el procedimiento primario)		
TEGUMENTARIO	17315	Técnica micrográfica de Mohs, que incluye la extirpación de todo tumor macroscópico, escisión quirúrgica de muestras de tejido, mapeo, codificación de color de las muestras, examen microscópico de muestras por parte del cirujano y preparación histopatológica que incluye tinciones de rutina (p. Ej., Hematoxilina y eosina, azul de toluidina), cada bloque adicional después de los primeros 5 bloques de tejido, en cualquier etapa (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	3,50	5,00
TEGUMENTARIO	17340	Crioterapia (granizado de CO2, líquido N2) para el acné	1,51	5,00
TEGUMENTARIO	17360	Exfoliación química para el acné (p. Ej., Pasta para el acné, ácido)	3,74	5,00
TEGUMENTARIO	17380	Depilación por electrólisis, cada 30 minutos.	0,70	5,00
TEGUMENTARIO	17999	Procedimiento no listado, piel, membrana mucosa y tejido subcutáneo	CM	5,00
TEGUMENTARIO	19000	Punción aspiración de quiste de mama	3,25	3,00
TEGUMENTARIO	19001	Punción aspiración de quiste de mama; cada quiste adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0,79	3,00
TEGUMENTARIO	19020	Mastotomía con exploración o drenaje de absceso, profundo	13,81	3,00
TEGUMENTARIO	19030	Procedimiento de inyección solo para ductograma o galactograma mamario	4,75	3,00
TEGUMENTARIO	19081	Biopsia de seno, con colocación de dispositivo (s) de localización de seno (p. Ej., Clip, bolita metálica), cuando se realiza, y obtención de imágenes de la muestra de biopsia, cuando se realiza, percutánea; primera lesión, incluida la guía estereotáctica	19,80	3,00
TEGUMENTARIO	19082	Biopsia de seno, con colocación de dispositivo (s) de localización de seno (p. Ej., Clip, bolita metálica), cuando se realiza, y obtención de imágenes de la muestra de biopsia, cuando se realiza, percutánea; cada lesión adicional, incluida la guía estereotáctica (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	16,29	3,00
TEGUMENTARIO	19083	Biopsia de seno, con colocación de dispositivo (s) de localización de seno (p. Ej., Clip, bolita metálica), cuando se realiza, y obtención de imágenes de la muestra de biopsia, cuando se realiza, percutánea; primera lesión, incluyendo guía ecográfica	19,20	3,00
TEGUMENTARIO	19084	Biopsia de seno, con colocación de dispositivo (s) de localización de seno (p. Ej., Clip, bolita metálica), cuando se realiza, y obtención de imágenes de la muestra de biopsia, cuando se realiza, percutánea; cada lesión adicional, incluida la guía de ultrasonido (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	15,65	3,00
TEGUMENTARIO	19085	Biopsia de seno, con colocación de dispositivo (s) de localización de seno (p. Ej., Clip, bolita metálica), cuando se realiza, y obtención de imágenes de la muestra de biopsia, cuando se realiza, percutánea; primera lesión, incluida la guía de resonancia magnética	29,10	3,00
TEGUMENTARIO	19086	Biopsia de seno, con colocación de dispositivo (s) de localización de seno (p. Ej., Clip, bolita metálica), cuando se realiza, y obtención de imágenes de la muestra de biopsia, cuando se realiza, percutánea; cada lesión adicional, incluida la guía de resonancia magnética (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	23,22	3,00
TEGUMENTARIO	19100	Biopsia de mama; percutáneo, núcleo de aguja, no utiliza guía de imagen (procedimiento separado)	4,40	3,00
TEGUMENTARIO	19101	Biopsia de mama; abierto, incisional	10,01	3,00
TEGUMENTARIO	19105	Ablación, criocirugía, de fibroadenoma, incluyendo la guía del ultrasonido, cada fibroadenoma	66,73	3,00
TEGUMENTARIO	19110	Exploración del pezón con o sin escisión de conducto galactoforo	14,26	3,00

		solitario o conducto galactóforo papilomatoso		
TEGUMENTARIO	19112	Escisión de la fístula conducto galactóforo	13,47	3,00
TEGUMENTARIO	19120	Escisión de quiste, fibroadenoma u otro tumor benigno o maligno, tejido mamario aberrante, lesión del conducto, pezón o lesión areolar (excepto 19300), abierta, masculina o femenina, 1 o más lesiones	14,69	3,00
TEGUMENTARIO	19125	Escisión de lesión mamaria identificada por colocación preoperatoria de marcador radiológico, abierta; lesión única	16,31	3,00
TEGUMENTARIO	19126	Escisión de lesión mamaria identificada por colocación preoperatoria de marcador radiológico, abierta; cada lesión adicional se identifica por separado mediante un marcador radiológico preoperatorio (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,98	3,00
TEGUMENTARIO	19260	Escisión del tumor de la pared torácica, incluidas las costillas	36,39	6,00
TEGUMENTARIO	19271	Escisión de tumor de la pared torácica que involucra costillas, con reconstrucción plástica; sin linfadenectomía mediastínica	48,99	13,00
TEGUMENTARIO	19272	Escisión de tumor de la pared torácica que involucra costillas, con reconstrucción plástica; con linfadenectomía mediastínica	53,67	13,00
TEGUMENTARIO	19281	Colocación de dispositivo (s) de localización mamaria (p. Ej., Clip, bolita metálica, alambre / aguja, semillas radiactivas), percutánea; primera lesión, incluida la guía mamográfica	6,90	3,00
TEGUMENTARIO	19282	Colocación de dispositivo (s) de localización mamaria (p. Ej., Clip, bolita metálica, alambre / aguja, semillas radiactivas), percutánea; cada lesión adicional, incluida la guía mamográfica (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,77	3,00
TEGUMENTARIO	19283	Colocación de dispositivo (s) de localización mamaria (p. Ej., Clip, bolita metálica, alambre / aguja, semillas radiactivas), percutánea; primera lesión, incluida la guía estereotáctica	7,79	3,00
TEGUMENTARIO	19284	Colocación de dispositivo (s) de localización mamaria (p. Ej., Clip, bolita metálica, alambre / aguja, semillas radiactivas), percutánea; cada lesión adicional, incluida la guía estereotáctica (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,84	3,00
TEGUMENTARIO	19285	Colocación de dispositivo (s) de localización mamaria (p. Ej., Clip, bolita metálica, alambre / aguja, semillas radiactivas), percutánea; primera lesión, incluyendo guía ecográfica	14,74	3,00
TEGUMENTARIO	19286	Colocación de dispositivo (s) de localización mamaria (p. Ej., Clip, bolita metálica, alambre / aguja, semillas radiactivas), percutánea; cada lesión adicional, incluida la guía de ultrasonido (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	12,83	3,00
TEGUMENTARIO	19287	Colocación de dispositivo (s) de localización mamaria (p. Ej., Clip, bolita metálica, alambre / aguja, semillas radiactivas), percutánea; primera lesión, incluida la guía de resonancia magnética	24,65	3,00
TEGUMENTARIO	19288	Colocación de dispositivo (s) de localización mamaria (p. Ej., Clip, bolita metálica, alambre / aguja, semillas radiactivas), percutánea; cada lesión adicional, incluida la guía de resonancia magnética (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	19,80	3,00
TEGUMENTARIO	19294	Preparación de la cavidad tumoral, con la colocación de un aplicador de radioterapia para radioterapia intraoperatoria (IORT) concurrente con mastectomía parcial (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	4,96	3,00
TEGUMENTARIO	19296	La colocación de un catéter expansible de radioterapia después de la carga (simple o multicanal) en el seno para la aplicación de radioelemento intersticial después de una mastectomía parcial, incluye orientación por imagen; en fecha separada de la mastectomía parcial	111,95	3,00

TEGUMENTARIO	19297	La colocación de un catéter expansible de radioterapia después de la carga (simple o multicanal) en el seno para la aplicación de radioelemento intersticial después de una mastectomía parcial, incluye orientación por imagen; concurrente con mastectomía parcial (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,93	3,00
TEGUMENTARIO	19298	Colocación de radioterapia después de cargar catéteres de braquiterapia (tubo múltiple y tipo de botón) en el seno para la aplicación de radioelemento intersticial después (en el momento de o después de) la mastectomía parcial, incluye guía de imágenes	28,16	3,00
TEGUMENTARIO	19300	Mastectomía para la ginecomastia	15,44	3,00
TEGUMENTARIO	19301	Mastectomía parcial (p. Ej., Tumorectomía, tyelectomía, cuadrantectomía, segmentectomía)	19,79	3,00
TEGUMENTARIO	19302	Mastectomía parcial (p. Ej., Tumorectomía, tyelectomía, cuadrantectomía, segmentectomía); con linfadenectomía axilar	27,33	5,00
TEGUMENTARIO	19303	Mastectomía, simple, completa.	30,69	3,00
TEGUMENTARIO	19304	Mastectomía subcutánea.	17,36	3,00
TEGUMENTARIO	19305	Mastectomía radical, que incluye músculos pectorales, ganglios linfáticos axilares	34,26	5,00
TEGUMENTARIO	19306	Mastectomía radical, que incluye músculos pectorales, ganglios linfáticos mamarios axilares e internos (operación de tipo urban)	35,99	13,00
TEGUMENTARIO	19307	Mastectomía, radical modificado, incluidos los ganglios linfáticos axilares, con o sin músculo pectoral menor, pero excluyendo el músculo pectoral mayor	36,29	5,00
TEGUMENTARIO	19316	Mastopexia	23,02	5,00
TEGUMENTARIO	19318	Mamoplastia de reducción	32,90	5,00
TEGUMENTARIO	19324	Mamoplastia, aumento; sin implante protésico	14,85	5,00
TEGUMENTARIO	19325	Mamoplastia, aumento; con implante protésico	19,06	5,00
TEGUMENTARIO	19328	Extracción de implante mamario intacto	14,71	5,00
TEGUMENTARIO	19330	Retirada de material de implante mamario	18,85	5,00
TEGUMENTARIO	19340	Inserción inmediata de prótesis mamarias después de mastopexia, mastectomía o en reconstrucción	29,89	5,00
TEGUMENTARIO	19342	Inserción tardía de prótesis mamarias después de mastopexia, mastectomía o en reconstrucción	27,43	5,00
TEGUMENTARIO	19350	Reconstrucción de pezón / areola	24,20	5,00
TEGUMENTARIO	19355	Corrección de pezones invertidos	7,00	5,00
TEGUMENTARIO	19357	Reconstrucción mamaria, inmediata o tardía, con expansor de tejido, incluida la expansión posterior	44,62	5,00
TEGUMENTARIO	19361	Reconstrucción mamaria con colgajo dorsal ancho, sin implante protésico	47,09	5,00
TEGUMENTARIO	19364	Reconstrucción mamaria con colgajo libre	82,57	5,00
TEGUMENTARIO	19366	Reconstrucción mamaria con otra técnica.	42,37	5,00
TEGUMENTARIO	19367	Reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo recto transverso del abdomen (TRAM), pedículo único, incluido el cierre del sitio donante	53,47	5,00
TEGUMENTARIO	19368	Reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo recto transverso del abdomen (TRAM), pedículo único, incluido el cierre del sitio donante; con anastomosis microvascular (sobrealimentación)	65,97	5,00
TEGUMENTARIO	19369	Reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo recto transverso del abdomen (TRAM), pedículo doble, incluido el cierre del sitio donante	60,48	5,00
TEGUMENTARIO	19370	Capsulotomía periprotésica abierta, mama	20,40	5,00
TEGUMENTARIO	19371	Capsulectomía periprotésica, mama	23,33	5,00
TEGUMENTARIO	19380	Revisión de mama reconstruida	23,00	5,00
TEGUMENTARIO	19396	Preparación de molde para implante mamario personalizado	8,48	5,00
TEGUMENTARIO	19499	Procedimiento de mama no listado	CM	5,00
MUSCULO	20005	Incisión de absceso de tejido blando subfascial (P. ej.	9,13	3,00

ESQUELÉTICO		Compromete tejido blando debajo de la fascia profunda)		
MUSCULO ESQUELÉTICO	20100	Exploración de heridas penetrantes (procedimiento separado); cuello	18,42	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20101	Exploración de herida penetrante (procedimiento separado); pecho	13,03	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20102	Exploración de herida penetrante (procedimiento separado); abdomen/flanco/espalda	14,23	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20103	Exploración de herida penetrante (procedimiento separado); extremidad	17,00	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20150	Escisión de barra epifisaria, con o sin injerto autólogo de tejido blando obtenido en la misma incisión fascial	28,52	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20200	Biopsia, músculo; superficial	6,06	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20205	Biopsia, músculo; profunda	8,52	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20206	Biopsia, músculo, aguja percutánea	6,72	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20220	Biopsia de hueso, trocar, o aguja; superficial (p. ej. hueso ilíaco, esternón, apófisis espinosa, costillas)	4,82	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20225	Biopsia de hueso, trocar, o aguja; profundo (cuerpo vertebral, fémur)	14,89	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20240	Biopsia de hueso, con excisión; superficial (p. ej., hueso ilíaco, esternón, apófisis espinosa, costillas, trocánter del fémur)	4,57	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20245	Biopsia de hueso, con excisión; profunda (P. ej. húmero, isquion, fémur)	10,64	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20250	Biopsia, cuerpo vertebral, abierta; torácico	19,20	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20251	Biopsia, cuerpo vertebral, abierta; lumbar o cervical	15,70	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20500	Inyección en tracto de seno; terapéutica (procedimiento separado)	2,98	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20501	Inyección en tracto de seno; diagnóstico (radiografía contrastada de senos)	3,38	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20520	Extirpación de cuerpo extraño en músculo o vaina tendinosa; simple	5,92	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20525	Extirpación de cuerpo extraño en músculo o vaina tendinosa; profunda o con complicaciones	13,89	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20526	Inyección (es) terapéutica en túnel carpiano (anestésico local, corticosteroides)	2,27	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20527	Inyección de enzima (p.ej. Colagenasa) en cordón fasciopalmar (p.ej. Contractura de Dupuytren)	2,48	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20550	Inyección(es), vaina tendinosa única o ligamento, aponeurosis (p.ej. Fascia plantar)	1,54	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20551	Inyección (es) en tendón único en origen/inserción	1,75	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20552	Inyección (es) en punto desencadenante único o múltiple(s), en uno o dos músculo (s)	1,60	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20553	Inyección (es) en punto desencadenante único o múltiple(s), tres o más músculo (s)	1,84	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20555	Colocación de agujas o catéteres en músculo y/o tejido blando para aplicación subsiguiente de radioelemento intersticial (durante o después de procedimiento)	9,71	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20600	Artrocentesis con aspiración y/o inyección; articulación pequeña, bolsa sinovial o ganglio (P. ej. Dedos de la mano o pie).	1,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20604	Artrocentesis, aspiración y/o inyección, pequeñas articulaciones o bursa (por ejemplo dedos de manos o pies); , con guía de ultrasonido, con permanente registro y reporte	2,10	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20605	Artrocentesis, aspiración y / o inyección, articulación intermedia o bolsa (p. Ej., Temporomandibular, acromioclavicular, muñeca,	1,46	3,00

		codo o tobillo, bolsa de olécranon); sin guía de ultrasonido		
MUSCULO ESQUELÉTICO	20606	Artrocentesis, aspiración y / o inyección, articulación intermedia o bolsa (p. Ej., Temporomandibular, acromioclavicular, muñeca, codo o tobillo, bolsa de olécranon); con guía de ultrasonido, con grabación e informes permanentes	2,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20610	Artrocentesis, aspiración y / o inyección, articulación mayor o bolsa (p. Ej., Hombro, cadera, rodilla, bolsa subacromial); sin guía de ultrasonido	1,77	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20611	Artrocentesis, aspiración y / o inyección, articulación mayor o bolsa (p. Ej., Hombro, cadera, rodilla, bolsa subacromial); con guía de ultrasonido, con grabación e informes permanentes	2,66	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20612	Aspiración y/o inyección de quiste, ganglión; cualquier ubicación	1,76	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20615	Aspiración e inyección para tratamiento de quiste óseo	7,00	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20650	Inserción de alambre o clavija con aplicación de tracción esquelética, incluyendo remoción (procedimiento separado)	6,09	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20660	Aplicación de tenazas, pinzas o dispositivo de estereotaxia, incluyendo remoción (procedimiento separado)	7,69	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20661	Aplicación de halo, incluyendo remoción; craneal	15,35	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20662	Aplicación de halo, incluyendo remoción; pélvico	12,65	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20663	Aplicación de halo, incluyendo remoción; femoral	13,46	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20664	Aplicación de halo, incluyendo remoción, craneal, colocación de 6 o más clavijas, para osteología para cráneo fino (P. ej. pacientes pediátricos, hidrocefalia, osteogénesis imperfecta)	27,13	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20665	Remoción de tenazas o remoción de halo puestos por otro médico	3,06	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20670	Remoción de implante (s); superficial, (p. ej. alambre (s) intraóseo, clavija (s) o varilla (s)) (procedimiento separado)	10,90	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20680	Remoción de implante (s); profundo (s) (p. ej. Alambre (s) intraóseo, clavija (s), tornillo (s), banda (s) metálica, clavo (s), varilla (s) o placa (s))	18,05	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20690	Aplicación de sistema externo de fijación en un solo plano (clavijas o alambres en un mismo plano)	17,85	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20692	Aplicación de sistema externo de fijación, multiplanar (clavijas o alambres en más de 1 plano), unilaterial (Ej. Lizarov, Monticell)	33,40	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20693	Ajuste o revisión del sistema de fijación externo que requiere anestesia (p. Ej., Nuevo pin [s] o alambre [s] y / o nuevo anillo [s] o barra [s])	13,18	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20694	Remoción, bajo anestesia, de sistema de fijación externa	12,45	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20696	Aplicación de multiplano (clavijas o cables en más de 1 plano), fijación externa unilaterial con ajuste estereotáctico asistido por computadora (p. Ej., Marco espacial), incluyendo imágenes; alineación (es) inicial y posterior, evaluación (es) y cómputo (s) del programa (s) de ajuste	36,21	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20697	Aplicación de multiplano (clavijas o cables en más de 1 plano), fijación externa unilaterial con ajuste estereotáctico asistido por computadora (p. Ej., Marco espacial), incluyendo imágenes; intercambio (es decir, remoción y reemplazo) de puntal, cada uno	59,74	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20802	Reimplantación, brazo (incluye cuello quirúrgico del húmero a través de la articulación del codo), amputación completa	83,06	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20805	Reimplantación, antebrazo (incluye radio y cúbito a articulación radiocarpiana), amputación completa	94,15	6,00
MUSCULO	20808	Reimplantación, mano (incluye mano a través de articulaciones	119,62	6,00

ESQUELÉTICO		metacarpofalángicas), amputación completa		
MUSCULO ESQUELÉTICO	20816	Reimplantación, dígito, excluyendo dedo pulgar (incluye articulación metacarpofalángica hasta inserción del tendón flexor superficial), amputación completa	63,10	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20822	Reimplantación, dígito, excluyendo dedo pulgar (incluye punta distal hasta inserción del tendón flexor superficial), amputación completa	53,65	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20824	Reimplantación, dedo pulgar (incluye articulación carpometacarpiana hasta articulación MF), amputación completa	58,42	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20827	Reimplantación, dedo pulgar (incluye punta distal hasta articulación MF), amputación completa	54,82	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20838	Reimplantación, pie, amputación completa	80,25	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20900	Injerto óseo, cualquier zona donante; menor o pequeño (p. ej. "en clavija" o "en botón")	12,09	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20902	Injerto óseo, cualquier zona donante; importante o grande	8,61	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20910	Injerto de cartílago; costocondral	13,38	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20912	Injerto de cartílago; tabique nasal	14,10	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20920	Injerto de fascia lata; empleando dermatomo	11,68	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20922	Injerto de fascia lata; por incisión y exposición de la zona, compleja o en capa	17,51	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20924	Injerto de tendón, distante (P. ej. palmar, extensor de dedo del pie, plantar)	15,10	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20926	Injertos de tejido, otros (P. ej. paratendón, grasa, dermis)	12,57	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20930	Aloinjerto morselizado o colocación de material promotor de osteogénesis para cirugía de columna solamente (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	CM	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20931	Aloinjerto estructural para cirugía de columna (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	3,55	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20936	Autoinjerto solo para cirugía de columna (incluye la recolección del injerto); local (p. ej., costillas, apófisis espinosa o fragmentos laminares) obtenidos de la misma incisión (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	CM	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20937	Autoinjerto solo para cirugía de columna (incluye la recolección del injerto); morselizado (a través de la piel separada o incisión fascial) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,21	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20938	Autoinjerto solo para cirugía de columna (incluye la recolección del injerto); estructural, bicortical o tricortical (a través de la piel separada o incisión fascial) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,82	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20939	Aspiración de médula ósea para injerto óseo, cirugía de columna solo, a través de incisión fascial o de piel separada (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,02	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20950	Monitoreo de la presión del líquido intersticial (incluye la inserción del dispositivo, por ejemplo, técnica de catéter de mecha, técnica de manómetro de aguja) en la detección del síndrome del compartimento muscular	7,24	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20955	Injerto óseo con anastomosis microvascular; peroné	74,99	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20956	Injerto óseo con anastomosis microvascular; cresta ilíaca	80,37	6,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	20957	Injerto óseo con anastomosis microvascular; metatarsiano	67,32	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20962	Injerto óseo con anastomosis microvascular; que no sean peroné, cresta ilíaca, o metatarsiano	63,65	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20969	Colgajo osteocutáneo libre con anastomosis microvascular; que no sean cresta ilíaca, metatarsiano, o dedo gordo del pie	82,62	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20970	Colgajo osteocutáneo libre con anastomosis microvascular; cresta ilíaca	86,85	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20972	Colgajo osteocutáneo libre con anastomosis microvascular; metatarsiano	71,76	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20973	Colgajo osteocutáneo libre con anastomosis microvascular; dedo gordo del pie con espacio interdigital	73,42	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20974	Estimulación eléctrica de ayuda para la curación ósea; no invasiva (no quirúrgica)	3,00	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20975	Estimulación eléctrica de ayuda para la curación ósea; invasivo (quirúrgico)	5,44	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20979	Estimulación con ultrasonido de baja intensidad para ayudar en la curación del hueso, no invasivo (no quirúrgico)	2,00	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20982	Terapia de ablación para la reducción o erradicación de 1 o más tumores óseos (p. Ej., Metástasis), incluidos los tejidos blandos adyacentes cuando están implicados por la extensión del tumor, percutánea, incluida la guía de imágenes cuando se realiza; frecuencia de radio	48,71	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20983	Terapia de ablación para la reducción o erradicación de 1 o más tumores óseos (p. Ej., Metástasis), incluidos los tejidos blandos adyacentes cuando están implicados por la extensión del tumor, percutánea, incluida la guía de imágenes cuando se realiza; crioblación	178,79	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20985	Procedimiento de navegación asistido por computadora para procedimientos musculo esqueléticos, sin uso de imágenes (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	4,48	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	20999	Procedimiento que no aparece en la lista, sistema musculo esqueléticos, general	CM	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21010	Artrotomía de articulación témporomandibular	22,53	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21011	Excisión de tumor, de tejido blando de cara o cuero cabelludo, tejido celular subcutáneo; menos de 2 cm	10,17	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21012	Excisión de tumor, de tejido blando de cara o cuero cabelludo, tejido celular subcutáneo; 2 cm o más	10,13	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21013	Excisión de tumor, de tejido blando de cara o cuero cabelludo, debajo de la fascia (sublagueal, intramuscular); menos de 2 cm	15,23	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21014	Excisión de tumor, de tejido blando de cara o cuero cabelludo, debajo de la fascia (sublagueal, intramuscular); 2 cm o mayor	15,57	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21015	Resección radical de tumor (p.ej. Sarcoma) de tejido blando de cara o cuero cabelludo; menos de 2 cm	21,11	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21016	Resección radical de tumor (p.ej. sarcoma), parte blanda de cara o cuero cabelludo; 2 cm o mayor	30,56	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21025	Excisión de huesos, mandíbula (p.ej. osteomielitis o absceso óseo)	26,38	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21026	Excisión de huesos faciales (p.ej. Osteomielitis o absceso óseo)	18,20	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21029	Remoción de tumor benigno de hueso facial por contorno (P. ej fibrodisplasia)	22,65	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21030	Excisión de tumor benigno o quiste de mandíbula o zigoma mediante enucleación o curetaje	15,31	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21031	Excisión de abultamiento mandibular	11,64	5,00
MUSCULO	21032	Excisión de abultamiento palatino maxilar	11,77	5,00

ESQUELÉTICO				
MUSCULO ESQUELÉTICO	21034	Excisión de tumor maligno de la mandíbula o zigoma	39,05	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21040	Excisión de quiste benigno o de tumor de mandíbula mediante enucleación y/o curetaje	15,41	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21044	Excisión de tumor maligno de mandíbula	26,08	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21045	Resección radical de tumor maligno de mandíbula	39,00	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21046	Resección radical de tumor benigno de mandíbula que requiere osteotomía intraoral (P. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)	33,37	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21047	Resección tumor benigno o quiste de mandíbula que requiere osteotomía extraoral y mandibulectomía parcial (P. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)	39,40	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21048	Resección tumor benigno o quiste de maxilar que requiere osteotomía intraoral (P. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)	34,26	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21049	Resección tumor benigno o quiste de maxilar que requiere osteotomía extraoral y maxilectomía parcial (P. ej. lesiones destructivas o agresivas locales)	35,97	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21050	Condilectomía, articulación témporomandibular (procedimiento separado)	24,76	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21060	Menissectomía, parcial o completa, articulación témporomandibular (procedimiento separado)	23,86	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21070	Coronoidectomía (procedimiento separado)	19,00	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21073	Manipulación terapéutica de articulación(es) temporomandibular(es) que requieren anestesia (P. ej. general o monitoreo de la anestesia)	11,70	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21076	Impresión y preparación a medida de prótesis para obturación	29,62	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21077	Impresión y preparación a medida de prótesis orbital	76,00	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21079	Impresión y preparación a medida de prótesis para obturación temporal	50,41	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21080	Impresión y preparación a medida de prótesis para obturación definitiva	56,60	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21081	Impresión y preparación a medida de prótesis por resección mandibular	52,20	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21082	Impresión y preparación a medida de prótesis para aumento del paladar	49,17	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21083	Impresión y preparación a medida de prótesis para levantamiento del paladar	46,87	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21084	Impresión y preparación a medida de prótesis para ayuda del habla	53,77	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21085	Impresión y preparación a medida de separador quirúrgico oral	22,52	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21086	Impresión y preparación a medida de prótesis auricular	55,63	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21087	Impresión y preparación a medida de prótesis nasal	55,33	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21088	Impresión y preparación a medida de prótesis facial	9,20	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21089	Procedimiento prostético maxilofacial no listado	CM	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21100	Aplicación de dispositivo tipo halo para fijación maxilofacial, incluye remoción (procedimiento separado)	24,18	5,00
MUSCULO	21110	Aplicación de dispositivo para fijación interdientaria para	23,58	5,00

ESQUELÉTICO		anomalías que no sean fractura o dislocación, incluye remoción		
MUSCULO ESQUELÉTICO	21116	Inyección para artrografía de articulación temporomandibular	4,24	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21120	Genioplastia, aumento de mandíbula (injerto autólogo, alográfico, protésico)	17,56	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21121	Genioplastia, con osteotomía de una sola pieza	23,75	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21122	Genioplastia, con 2 o más osteotomías (P. ej. excisión en cuña, o reversión de cuña ósea para mentón asimétrico)	19,51	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21123	Genioplastia, con aumento mediante interposición de injertos óseos (incluyendo la obtención de autoinjertos)	26,90	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21125	Aumento del cuerpo o ángulo del maxilar inferior con material protésico	92,19	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21127	Aumento del cuerpo o ángulo del maxilar inferior con injerto óseo, incrustación o interposicionamiento (incluye la obtención del autoinjerto)	126,11	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21137	Reducción de frente por contorneado solamente	20,67	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21138	Reducción de frente por contorneado y aplicación de material protésico o injerto óseo (incluyendo la obtención del autoinjerto)	27,43	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21139	Reducción de frente por contorneado y reposicionamiento de pared de seno frontal anterior	32,22	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21141	Reconstrucción medifacial, osteotomía LeFort I de una sola pieza, movimiento de segmento en cualquier dirección (P. ej. para Síndrome de rostro largo), sin injerto de hueso	40,66	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21142	Reconstrucción medifacial, osteotomía LeFort I de 2 piezas, movimiento de segmento en cualquier dirección, sin injerto de hueso	43,06	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21143	Reconstrucción medifacial, osteotomía LeFort I de 3 o más piezas, movimiento de segmento en cualquier dirección, sin injerto de hueso	43,85	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21145	Reconstrucción medifacial, osteotomía LeFort I de una sola pieza, movimiento de segmento en cualquier dirección, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto)	47,95	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21146	Reconstrucción de la cara media, LeFort I; 2 piezas, movimiento segmentado en cualquier dirección, que requiere injertos óseos (incluye la obtención de autoinjertos) (p. Ej., Hendidura alveolar unilateral no injertada)	49,98	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21147	Reconstrucción de la cara media, LeFort I; 3 o más piezas, movimiento segmentado en cualquier dirección, que requiere injertos óseos (incluye la obtención de autoinjertos) (p. Ej., Hendidura alveolar bilateral no injertada u osteotomías múltiples)	50,31	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21150	Reconstrucción medifacial, osteotomía LeFort II, con intrusión anterior (P. ej. Síndrome de Treacher-Collins)	52,00	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21151	Reconstrucción medifacial, osteotomía LeFort II, en cualquier dirección, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto)	60,12	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21154	Reconstrucción medifacial, osteotomía LeFort III (extracraneal), de cualquier tipo, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto) sin LeFort I	56,17	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21155	Reconstrucción medifacial, osteotomía LeFort III (extracraneal), de cualquier tipo, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto) con LeFort I	62,36	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21159	Reconstrucción de la cara media, LeFort III (extra e intracraneal) con avance de la frente (p. Ej., Monobloque), que requiere injertos óseos (incluye la obtención de autoinjertos); sin LeFort I	78,38	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21160	Reconstrucción de la cara media, LeFort III (extra e intracraneal) con avance de la frente (p. Ej., Monobloque), que requiere injertos óseos (incluye la obtención de autoinjertos); con LeFort I	81,24	7,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	21172	Reconstrucción de anillo orbital superior-lateral y de parte inferior de frente, que involucra avance o alteración, con o sin injertos (incluye la obtención de los injertos)	64,15	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21175	Reconstrucción, bordes bifrontales, orbitales lateral superior y frente inferior, avance o alteración (p. Ej., Plagiocefalia, trigonocefalia, braquicefalia), con o sin injertos (incluye la obtención de autoinjertos)	62,54	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21179	Reconstrucción completa o mayoritaria de frente y/o borde supraorbitario, con injertos (alográficos o de material protésico)	40,82	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21180	Reconstrucción completa o mayoritaria de frente y/o borde supraorbitario, con injertos autólogos (incluye la obtención de injertos)	48,24	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21181	Reconstrucción mediante contorneado del tumor benigno de huesos craneales (P. ej., displasia fibrosa, extracraneal)	22,06	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21182	Reconstrucción de paredes orbitarias, bordes, frente, complejo nasoetmoideo después de la escisión intra y extracraneal del tumor benigno de hueso craneal (p. Ej., Displasia fibrosa), con múltiples autoinjertos (incluye la obtención de injertos); área total de injerto óseo de menos de 40 cm ²	59,48	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21183	Reconstrucción de paredes orbitarias, bordes, frente, complejo nasoetmoideo después de la escisión intra y extracraneal del tumor benigno de hueso craneal (p. Ej., Displasia fibrosa), con múltiples autoinjertos (incluye la obtención de injertos); área total de injerto óseo mayor de 40 cm ² pero menor de 80 cm ²	65,42	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21184	Reconstrucción de paredes orbitarias, bordes, frente, complejo nasoetmoideo después de la escisión intra y extracraneal del tumor benigno de hueso craneal (p. Ej., Displasia fibrosa), con múltiples autoinjertos (incluye la obtención de injertos); área total de injerto óseo mayor de 80 cm ²	85,56	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21188	Reconstrucción mediofacial con osteotomías (diferentes de LeFort) e injertos óseos (incluye obtención de autoinjerto)	48,64	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21193	Reconstrucción de ramas de la mandíbula, horizontal, vertical, osteotomía en "C" o "L"; sin injerto óseo	35,17	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21194	Reconstrucción de ramás de la mandíbula, horizontal, vertical, osteotomía en "C" o "L"; con injerto óseo (incluye obtención de injerto)	44,32	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21195	Reconstrucción de ramás y/o cuerpo mandibular, división sagital, sin fijación rígida interna	39,23	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21196	Reconstrucción de ramás y/o cuerpo mandibular, división sagital, con fijación rígida interna	44,35	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21198	Osteotomía segmentaria de mandíbula	34,83	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21199	Osteotomía segmentaria de mandíbula con avance del musculo geniogloso	30,22	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21206	Osteotomía segmentaria de maxilar (P. ej., Wassmund o Schuchard)	36,26	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21208	Osteoplastia de huesos faciales para aumentarlos (injerto autólogo, alográfico o protésico)	53,67	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21209	Osteoplastia de huesos faciales para reducirlos	23,84	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21210	Injerto de hueso en áreas nasal, maxilar superior o inferior, malar (incluye obtención de injerto)	66,05	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21215	Injerto de hueso en mandíbula (incluye obtención de injerto)	115,78	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21230	Injerto autólogo de cartilago de costilla en cara, mentón, nariz, oreja (incluye obtención de injerto)	22,20	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21235	Injerto autólogo de cartilago de oreja nariz u oreja (incluye obtención de injerto)	21,22	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21240	Artroplastia temporomandibular con o sin autoinjerto (incluye obtención de injerto)	33,59	5,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	21242	Artroplastía temporomandibular con autoinjerto	30,89	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21243	Artroplastía temporomandibular y reemplazo con prótesis	51,30	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21244	Reconstrucción extraoral de maxilar inferior con placa ósea transósea (p.ej. Placa ósea de maxilar inferior engrapada)	31,62	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21245	Reconstrucción de mandíbula o maxilar con implante subperióstico parcial	32,44	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21246	Reconstrucción de mandíbula o maxilar con implante subperióstico completo	37,00	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21247	Reconstrucción de la apófisis condilar de la mandíbula con injerto óseo y cartilaginoso autólogo (incluye obtención de injerto) (P. ej., microsomnia hemifacial)	45,78	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21248	Reconstrucción de maxilar superior o inferior con implante endóstico parcial (p.ej. lámina, cilindro)	32,96	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21249	Reconstrucción de maxilar superior o inferior con implante endóstico completo (p.ej. Lámina, cilindro)	45,03	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21255	Reconstrucción del arco cigomático y cavidad glenoidea con hueso y cartílago (incluye obtención de injerto)	41,23	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21256	Reconstrucción de órbita con osteotomías (extracraneales) y con injertos óseos (incluye obtención de injerto) (P. ej., microoftalmia)	55,00	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21260	Osteotomías periorbitarias para hipertelorismo orbitario con injertos óseos, abordaje extracraneal	39,00	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21261	Osteotomías periorbitarias para hipertelorismo orbitario con injertos óseos, abordaje extra e intracraneal combinados	65,00	11,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21263	Osteotomías periorbitarias para hipertelorismo orbitario con injertos óseos, con avance de la frente	65,00	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21267	Reposicionamiento orbital, con osteotomías periorbitarias unilaterales, con injertos óseos, abordaje extracraneal	46,53	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21268	Reposicionamiento orbital, con osteotomías periorbitarias unilaterales, con injertos óseos, abordaje extra e intracraneal combinados	65,00	11,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21270	Aumento malar, con material protésico	28,12	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21275	Revisión secundaria de reconstrucción orbitocraneofacial	25,01	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21280	Cantopexia medial (procedimiento separado)	17,00	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21282	Cantopexia lateral	13,50	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21295	Reducción de músculo y hueso masetero (P. ej., para tratamiento de hipertrofia masetérica benigna) abordaje extraoral	11,00	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21296	Reducción de músculo y hueso masetero (P. ej., para tratamiento de hipertrofia masetérica benigna) abordaje intraoral	15,00	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21299	Procedimiento craneofacial y maxilofacial no listado	CM	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21310	Tratamiento cerrado de fractura de huesos nasales, tabique nasal sin manipulación	3,80	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21315	Tratamiento cerrado de fractura de hueso nasal sin estabilización	7,98	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21320	Tratamiento cerrado de fractura de hueso nasal con estabilización	7,41	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21325	Tratamiento abierto de fractura nasal; sin complicaciones	13,85	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21330	Tratamiento abierto de fractura nasal; con complicaciones mediante fijación esquelética externa y/o interna	16,80	5,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	21335	Tratamiento abierto de fractura nasal; con tratamiento abierto concomitante de fractura de septum	21,31	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21336	Tratamiento abierto de fractura de septum nasal; con o sin estabilización	18,92	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21337	Tratamiento cerrado de fractura de septum nasal; con o sin estabilización	11,77	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21338	Tratamiento abierto de fractura nasoetmoidal sin fijación externa	22,07	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21339	Tratamiento abierto de fractura nasoetmoidal con fijación externa	24,95	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21340	Tratamiento percutáneo de fractura de complejo nasoetmoidal y fijación con férula, alambre o casquete craneal de yeso, incluyendo reparación de ligamentos del canto y/o del aparato	23,38	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21343	Tratamiento abierto de fractura de seno frontal deprimido	36,04	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21344	Tratamiento abierto de fractura de seno frontal complicado (P. ej., conminuta o que involucra la pared posterior), con abordaje coronal o múltiple	41,40	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21345	Tratamiento cerrado de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), con fijación interdental con alambre o fijación de placa dentaria	23,67	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21346	Tratamiento abierto de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), con alambre y/o fijación local	26,74	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21347	Tratamiento abierto de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), que requiere múltiples abordajes	33,72	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21348	Tratamiento abierto de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II), con injertos óseos (incluyendo la obtención de los injertos)	35,79	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21355	Tratamiento percutáneo de fractura de región malar, incluyendo arco cigomático y trípode malar, con manipulación	13,17	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21356	Tratamiento abierto de fractura deprimida del arco cigomático (p.ej. Abordaje de Gillies)	14,70	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21360	Tratamiento abierto de fractura malar deprimida, incluyendo el arco cigomático y trípode malar	16,00	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21365	Tratamiento abierto de fracturas complicadas (p. Ej., Conminutas o que involucran agujeros del nervio craneal) del área malar, incluido el arco cigomático y el trípode malar; con fijación interna y múltiples abordajes quirúrgicos	33,19	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21366	Tratamiento abierto de fracturas complicadas (p. Ej., Conminutas o que involucran agujeros del nervio craneal) del área malar, incluido el arco cigomático y el trípode malar; con injerto óseo (incluye la obtención del injerto)	33,80	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21385	Tratamiento abierto de fractura "por estallido" de piso orbitario, con abordaje transantral (operación del Caldwell-Luc)	20,04	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21386	Tratamiento abierto de fractura "por estallido" de piso orbitario, con abordaje periorbital	20,69	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21387	Tratamiento abierto de fractura "por estallido" de piso orbitario, con abordaje combinado	20,97	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21390	Tratamiento abierto de fractura "por estallido" de piso orbitario, con abordaje periorbitario mediante implante aloplástico o de otro tipo	23,49	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21395	Tratamiento abierto de fractura "por estallido" de piso orbitario, con abordaje periorbitario mediante injertos óseos (incluyendo la obtención de los injertos)	30,27	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21400	Tratamiento cerrado de fractura de órbita, con excepción de estallamiento, sin manipulación	5,60	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21401	Tratamiento cerrado de fractura de órbita, con excepción de estallamiento, con manipulación	14,17	5,00
MUSCULO	21406	Tratamiento abierto de fractura de órbita, excepto	16,97	7,00

ESQUELÉTICO		estallamiento, sin implante		
MUSCULO ESQUELÉTICO	21407	Tratamiento abierto de fractura de órbita, excepto estallamiento, con implante	19,10	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21408	Tratamiento abierto de fractura de órbita, excepto estallamiento, con injertos óseos (incluye la obtención de los injertos)	26,53	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21421	Tratamiento cerrado de fractura palatina o maxilar (LeFort I), con fijación interdientaria con alambre o fijación a placa dentaria	24,73	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21422	Tratamiento abierto de fractura maxilar o palatina (LeFort I)	20,11	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21423	Tratamiento abierto de fractura maxilar o palatina (LeFort I) complicada (conminuta o que involucra los forámenes de salida de los nervios craneales), con múltiples abordajes	23,49	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21431	Tratamiento cerrado de disyunción craneofacial (LeFort III) con fijación interdientaria con alambre o fijación a placa dentaria	21,58	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21432	Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III), con alambre y/o fijación interna	20,23	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21433	Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III) complicada (P. ej. conminuta o que involucra la salida de los nervios salidas), con múltiples abordajes quirúrgicos	52,04	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21435	Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III) complicada, utilizando técnicas de fijación externas y/o internas (p.ej. Casco cefálico, dispositivo de tenaza y/o fijación intermaxilar)	38,02	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21436	Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III) complicada, con múltiples abordajes, con fijación interna, mediante injertos óseos (incluyendo la obtención de los injertos)	56,77	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21440	Tratamiento cerrado de fractura del arco dentario de la mandíbula o del maxilar (procedimiento separado)	16,88	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21445	Tratamiento abierto de fractura del arco dentario de la mandíbula o del maxilar (procedimiento separado)	22,54	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21450	Tratamiento cerrado de fractura de mandíbula sin manipulación	18,02	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21451	Tratamiento cerrado de fractura de mandíbula con manipulación	24,02	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21452	Tratamiento percutáneo de fractura de mandíbula con fijación externa	16,54	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21453	Tratamiento cerrado de fractura de mandibular con fijación interdientaria	26,70	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21454	Tratamiento abierto de fractura mandibular con fijación externa	17,18	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21461	Tratamiento abierto de fractura mandibular sin fijación interdientaria	61,97	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21462	Tratamiento abierto de fractura mandibular con fijación interdientaria	65,98	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21465	Tratamiento abierto de fractura sub condilar desplazada del maxilar inferior	28,08	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21470	Tratamiento abierto de fractura mandibular complicada mediante múltiples abordajes quirúrgicos que incluyen fijación interna, fijación interdental y / o cableado de dentaduras postizas o férulas	36,07	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21480	Tratamiento cerrado de la luxación témporomandibular, inicial o subsiguiente	2,85	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21485	Tratamiento cerrado de la luxación témporomandibular complicada (ej luxación recurrente que requiere fijación intermaxilar o ferulización), inicial o subsiguiente	20,42	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21490	Tratamiento abierto de luxación de articulación témporomandibular	27,41	5,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	21497	Cerclaje interdentario para una condición diferente de la fractura	21,60	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21499	Procedimiento musculoesquelético que no aparece en la lista, cabeza	CM	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21501	Incisión y drenaje, absceso profundo o hematoma, tejidos blandos del cuello o tórax;	13,24	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21502	Incisión y drenaje, absceso profundo o hematoma, tejidos blandos del cuello o tórax; con osteotomía costal parcial	15,33	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21510	Incisión, profunda, con apertura de hueso cortical (p. ej. para osteomielitis o absceso óseo), tórax	13,47	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21550	Biopsia, tejido blando del cuello o tórax	7,63	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21552	Excisión de tumor de parte blanda de cuello o tórax anterior, tejido subcutáneo; 3 cm o más	13,47	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21554	Excisión de tumor de parte blanda de cuello o tórax anterior, subfascial (por ejemplo, intramuscular); 5 cm o más	22,07	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21555	Excisión de tumor, tejido blando de cuello o tórax, subcutáneo; menor de 3 cm	12,19	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21556	Excisión de tumor, tejido blando de cuello o tórax; profundo, subfacial, (p.ej. Intramuscular); menor de 5 cm	15,84	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21557	Resección radical de tumor (p. ej. sarcoma), tejido blando de cuello o tórax anterior; menor de 5 cm	28,87	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21558	Resección radical de tumor (p. ej. sarcoma), tejido blando de cuello o tórax anterior; 5 cm a más	40,69	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21600	Excisión de costilla, parcial	16,66	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21610	Costotranssectomía (procedimiento separado)	36,71	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21615	Excisión de primera costilla y/o de costilla cervical;	19,02	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21616	Excisión de primera costilla y/o de costilla cervical; con simpatomía	23,03	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21620	Osteotomía del esternón, parcial	22,00	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21627	Desbridamiento esternal	16,22	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21630	Resección radical del esternón;	36,66	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21632	Resección radical del esternón; con linfadenectomía mediastínica	44,00	12,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21685	Miotomía del hioides y suspensión	29,53	12,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21700	División del escaleno anterior; sin resección de costilla cervical	11,25	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21705	División del escaleno anterior; con resección de costilla cervical	16,93	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21720	División del esternocleidomastoideo por tortícolis, operación a cielo abierto; sin aplicación de yeso	15,15	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21725	División del esternocleidomastoideo por tortícolis, operación a cielo abierto; con aplicación de yeso	16,16	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21740	Corrección reconstructiva de pecho excavado ("en embudo") o de pecho hundido ("en quilla")	31,47	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21742	Reparación reconstructiva de pectus excavatum o carinatum; acercamiento en grado mínimo invasivo (procedimiento de Nuss), sin toracoscopia	26,00	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21743	Reparación reconstructiva de pectus excavatum o carinatum; acercamiento en grado mínimo invasivo (procedimiento de Nuss), con toracoscopia	28,00	12,00
MUSCULO	21750	Cierre de la separación de una esternotomía con o sin	20,85	10,00

ESQUELÉTICO		desbridamiento (procedimiento separado)		
MUSCULO ESQUELÉTICO	21811	Tratamiento abierto de fractura (s) de costilla con fijación interna, incluye visualización toracoscópica cuando se realiza, unilateral; 1-3 costillas	18,58	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21812	Tratamiento abierto de fractura (s) de costilla con fijación interna, incluye visualización toracoscópica cuando se realiza, unilateral; 4-6 costillas	22,33	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21813	Tratamiento abierto de fractura (s) de costilla con fijación interna, incluye visualización toracoscópica cuando se realiza, unilateral; 7 o mas costillas	29,30	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21820	Tratamiento cerrado de fractura del esternón	4,10	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21825	Tratamiento abierto de fractura del esternón con o sin fijación esquelética	16,29	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21899	Procedimiento que no aparece en la lista, cuello o tórax	CM	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21920	Biopsia, tejido blando de espalda o flanco; superficial	7,48	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21925	Biopsia, tejido blando de espalda o flanco; profundo	13,28	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21930	Excisión, tumor, tejido blando de espalda o flanco, subcutáneo; menor de 3 cm	13,96	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21931	Excisión de tumor de parte blanda de espalda o flanco, tejido subcutáneo; 3 cm o mas	14,22	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21932	Excisión de tumor de parte blanda de espalda o flanco, subfascial (por ejemplo, intramuscular); menos de 5 cm	20,05	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21933	Excisión de tumor de parte blanda de espalda o flanco, subfascial (por ejemplo, intramuscular); 5 cm o mayor	22,37	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21935	Resección radical de tumor (P. ej. sarcoma), tejido blando de espalda o flanco; menos de 5 cm	31,17	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	21936	Resección radical de tumor (por ejemplo, sarcoma), tejido blando de espalda o flanco; 5 cm o más	42,93	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22010	Incisión y drenaje abierto de absceso profundo (subfascial), columna posterior; cervical, torácico, o cervicotorácico	29,10	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22015	Incisión y drenaje abierto de absceso profundo (subfascial), columna posterior; lumbar, sacro o lumbosacro	28,63	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22100	Excisión parcial de elemento vertebral posterior (P. ej. apófisis espinosa, lámina o faceta) debido a lesión ósea intrínseca, un solo segmento vertebral; cervical	28,50	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22101	Excisión parcial de elemento vertebral posterior (p. ej. apófisis espinosa, lámina o faceta) debido a lesión ósea intrínseca, un solo segmento vertebral; torácico	25,90	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22102	Excisión parcial de elemento vertebral posterior (P. ej. apófisis espinosa, lámina o faceta) debido a lesión ósea intrínseca, un solo segmento vertebral; lumbar	23,50	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22103	Excisión parcial del componente vertebral posterior (p. Ej., Proceso espinoso, lámina o faceta) para lesión ósea intrínseca, segmento vertebral único; cada segmento adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,34	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22110	Excisión parcial de cuerpo vertebral, debido a lesión ósea intrínseca, sin descompresión de médula espinal o raíces nerviosas, un segmento vertebral; cervical	32,09	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22112	Excisión parcial de cuerpo vertebral, debido a lesión ósea intrínseca, sin descompresión de médula espinal o raíces nerviosas, un segmento vertebral; torácico	34,25	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22114	Excisión parcial de cuerpo vertebral, debido a lesión ósea intrínseca, sin descompresión de médula espinal o raíces nerviosas, un segmento vertebral; lumbar	29,87	8,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	22116	Excisión parcial de cuerpo vertebral, debido a lesión ósea intrínseca, sin descompresión de médula espinal o raíces nerviosas, un segmento vertebral; cada segmento vertebral adicional	4,41	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22206	Osteotomía de columna por abordaje posterior o posterolateral, 3 columnas, 1 segmento vertebral (p.ej. Sustracción de pedículo/cuerpo vertebral), torácico	75,74	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22207	Osteotomía de columna por abordaje posterior o posterolateral, 3 columnas, 1 segmento vertebral (p.ej. Sustracción de pedículo/cuerpo vertebral), lumbar	74,08	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22208	Osteotomía de columna por abordaje posterior o posterolateral, 3 columnas, 1 segmento vertebral (p.ej. Sustracción de pedículo/cuerpo vertebral), cada segmento vertebral adicional	18,14	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22210	Osteotomía de columna, abordaje posterior o posterolateral, un segmento vertebral; cervical	55,21	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22212	Osteotomía de columna, abordaje posterior o posterolateral, un segmento vertebral; torácico	45,45	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22214	Osteotomía de columna, abordaje posterior o posterolateral, un segmento vertebral; lumbar	45,58	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22216	Osteotomía de columna, abordaje posterior o posterolateral, un segmento vertebral; cada segmento vertebral adicional (anote separadamente además del procedimiento primario)	11,32	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22220	Osteotomía de columna, incluyendo disquectomía, abordaje anterior, un solo segmento vertebral; cervical	49,10	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22222	Osteotomía de columna, incluyendo disquectomía, abordaje anterior, un solo segmento vertebral; torácico	45,33	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22224	Osteotomía de columna, incluyendo disquectomía, abordaje anterior, un solo segmento vertebral; lumbar	48,27	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22226	Osteotomía de columna, incluyendo disquectomía, abordaje anterior, un solo segmento vertebral; cada segmento vertebral adicional (anote separadamente además del procedimiento primario)	11,26	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22310	Tratamiento cerrado de fracturas de cuerpos vertebrales, sin manipulación, que requieren e incluye enyesado o abrazadera	9,17	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22315	Tratamiento cerrado de fractura (s) vertebral y / o dislocación (s) que requieren colocación de yeso y/o colocación de barras, mediante manipulación o tracción	26,48	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22318	Tratamiento abierto y/o reducción de fractura de apófisis odontoides y/o dislocadura (s) (incluyendo apófisis odontoides), con aproximación anterior, colocación de fijación interna; sin injerto	51,47	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22319	Tratamiento abierto y / o reducción de fractura (s) y / o dislocación (es) de odontoides (incluido el os odontideo), abordaje anterior, incluida la colocación de fijación interna; con injerto	57,65	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22325	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaciones vertebrales, abordaje posterior, fractura de una sola vértebra, o dislocación de un solo segmento; lumbar (no reportar el 22325 conjuntamente con el 22511, 22512, 22514, 22515 cuando se realizan en el mismo nivel)	44,32	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22326	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaciones vertebrales, abordaje posterior, fractura de una sola vértebra, o dislocación de un solo segmento; cervical (no reportar el 22326 en conjunto con el 22510, 22512 cuando se realiza al mismo nivel)	46,30	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22327	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaciones vertebrales, abordaje posterior, fractura de una sola vértebra, o dislocación de un solo segmento; torácico (no reportar el 22327 en conjunto con el 22510, 22512, 22513, 22515 cuando se realiza al mismo nivel)	46,38	10,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	22328	Tratamiento abierto y / o reducción de fractura (s) vertebral y / o dislocación (es), abordaje posterior, 1 vértebra fracturada o segmento dislocado; cada vértebra fracturada adicional o segmento dislocado (enumere por separado además del código para el procedimiento primario) (use el 22328 conjuntamente con 22325- 22327)	8,90	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22505	Manipulación de columna con necesidad de anestesia, cualquier región	3,98	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22510	Vertebroplastía percutánea (biopsia de hueso incluida cuando sea realizada), 1 cuerpo vertebral, inyección unilateral o bilateral, inclusión de todas las guías de imágenes; cervicotorácico	48,17	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22511	Vertebroplastía percutánea (biopsia de hueso incluida cuando sea realizada), 1 cuerpo vertebral, inyección unilateral o bilateral, inclusión de todas las guías de imágenes; lumbosacra	47,71	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22512	Vertebroplastía percutánea (biopsia de hueso incluida cuando sea realizada), 1 cuerpo vertebral, inyección unilateral o bilateral, inclusión de todas las guías de imágenes; cada cuerpo vertebral cervicotorácico o lumbosacro adicional (enlistar separadamente en adición al código para procedimiento primario) (usar 22512 conjuntamente con 22510, 22511) (No reportar 22520,22511, 22512 conjuntamente con 20225, 22310, 22315, 22325, 22327 cuando se realiza en el mismo nivel)	27,43	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22513	Aumento vertebral percutáneo, incluida creación de cavidad (reducción de fractura y biopsia de hueso incluidas cuando se realizan) usando dispositivos mecánicos (por ejemplo kipoplastía), 1 cuerpo vertebral, canulación unilateral o bilateral, inclusive toda guía de imágenes; torácica	204,38	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22514	Aumento vertebral percutáneo, incluida creación de cavidad (reducción de fractura y biopsia de hueso incluidas cuando se realizan) usando dispositivos mecánicos (por ejemplo hipoplastía), 1 cuerpo vertebral, canulación unilateral o bilateral, inclusive toda guía de imágenes; lumbar	203,14	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22515	Aumento vertebral percutáneo, incluida creación de cavidad (reducción de fractura y biopsia de hueso incluidas cuando se realizan) usando dispositivos mecánicos (por ejemplo hipoplastía), 1 cuerpo vertebral, canulación unilateral o bilateral, inclusive toda guía de imágenes; cada cuerpo vertebral torácico o lumbar adicional (enlistar separadamente en adición al código para procedimiento primario) (Usar conjuntamente con 22513, 22514) (No reportar 22513, 22514, 22515 conjuntamente con 20225, 22310, 22315, 22325, 22327 cuando se realiza en el mismo nivel)	123,92	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22526	Anuloplastía intradiscal electrotérmica percutánea, con guía fluoroscópica unilateral o bilateral a un solo nivel	65,60	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22527	Anuloplastía intradiscal electrotérmica percutánea, con guía fluoroscópica unilateral o bilateral, uno o varios niveles adicionales (registrar separadamente además del código del procedimiento)	55,39	0,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22532	Artrodesis, técnica lateral extracavitaria, incluyendo disquetomía mínima para preparar el interespacio (que no sea descompresión); nivel torácico	54,88	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22533	Artrodesis, técnica lateral extracavitaria, incluyendo disquetomía mínima para preparar el interespacio (que no sea descompresión); nivel lumbar	50,71	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22534	Artrodesis, técnica extracavitaria lateral, que incluye disectomía mínima para preparar el espacio intermedio (que no sea para la descompresión); torácica o lumbar, cada segmento vertebral adicional (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	11,24	8,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	22548	Artrodesis, técnicas transoral anterior o extraoral anterior, clivus -C1 -C2 (atlas-axis), con o sin excisión de apófisis odontoides	61,48	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22551	Artrodesis, intercuerpo anterior, incluyendo preparación del espacio discal, disquetomía, osteofitectomía y decompresión de médula espinal y/o raíz nerviosa; cervical debajo de C2	53,34	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22552	Artrodesis, intersomática anterior, incluida la preparación del espacio discal, disectomía, osteofitectomía y decompresión de la médula espinal y / o raíces nerviosas; cervical debajo de C2, cada espacio intermedio adicional (Listar por separado además del código para el procedimiento primario)	12,57	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22554	Artrodesis, anterior, técnica de intercuerpos, incluyendo disquetomía mínima para preparar elinterespacio (que no sea para decompresión); cervical por debajo de C2	38,81	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22556	Artrodesis, anterior, técnica de intercuerpos, incluyendo disquetomía mínima para preparar el interespacio (que no sea para decompresión); torácica	51,61	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22558	Artrodesis, anterior, técnica de intercuerpos, incluyendo disquetomía mínima para preparar el interespacio (que no sea para decompresión); lumbar	47,23	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22585	Artrodesis, técnica intercorporal anterior, que incluye disectomía mínima para preparar el espacio intermedio (que no sea para la decompresión); cada espacio intermedio adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	10,27	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22586	Artrodesis, técnica pre-sacra intersomática, que incluye preparación del espacio discal, disectomía, con instrumentación posterior, con guía de imagen, incluye injerto óseo cuando se realiza, espacio intermedio L5-S1	59,09	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22590	Artrodesis, técnica posterior, craneocervical (occipucio-C2)	49,34	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22595	Artrodesis, técnica posterior, atlas-axis (C1-C2)	47,03	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22600	Artrodesis, técnica posterior o posterolateral, un solo nivel; cervical por debajo del segmento C2	39,99	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22610	Artrodesis, técnica posterior o posterolateral, nivel único; torácica (con técnica transversal lateral, cuando se realiza)	38,97	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22612	Artrodesis, técnica posterior o posterolateral, nivel único; lumbar (con técnica transversal lateral, cuando se realiza)	48,89	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22614	Artrodesis, técnica posterior o posterolateral, un solo nivel; cada segmento vertebral adicional (anote separadamente además del código del procedimiento primario)	12,30	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22630	Artrodesis, posterior, técnica de intercuerpos, incluyendo laminectomía y/o disquetomía para preparar el interespacio (que no sea para decompresión) un solo interespacio; lumbar	48,93	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22632	Artrodesis, técnica intercorporal posterior, que incluye laminectomía y / o disectomía para preparar el espacio intermedio (que no sea para la decompresión), espacio intermedio único; cada espacio intermedio adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	10,16	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22633	Artrodesis, técnica combinada posterior o posterolateral con técnica intersomática posterior que incluye laminectomía y / o disectomía suficiente para preparar el espacio intermedio (que no sea para la decompresión), espacio único único y segmento; lumbar	57,45	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22634	Artrodesis, técnica combinada posterior o posterolateral con técnica intersomática posterior que incluye laminectomía y / o disectomía suficiente para preparar el espacio intermedio (que no sea para la decompresión), espacio único único y segmento; cada espacio intermedio y segmento adicional (Listar por	15,60	13,00

		separado además del código para el procedimiento primario)		
MUSCULO ESQUELÉTICO	22800	Artrodesis posterior, por deformación de columna, con o sin yeso; hasta 6 segmentos vertebrales	41,35	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22802	Artrodesis posterior, por deformación de columna, con o sin yeso; de 7 a 12 segmentos vertebrales	64,46	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22804	Artrodesis posterior, por deformación de columna, con o sin yeso; de 13 o más segmentos vertebrales	74,64	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22808	Artrodesis, anterior, por deformación de columna, con o sin yeso; de 2 a 3 segmentos vertebrales	57,16	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22810	Artrodesis, anterior, por deformación de columna, con o sin yeso; de 4 a 7 segmentos vertebrales	63,28	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22812	Artrodesis, anterior, por deformación de columna, con o sin yeso; de 8 o más segmentos vertebrales	66,45	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22818	Cifectomía, exposición circunferencial del columna y resección de segmentos vertebrales (incluyendo cuerpo y elementos posteriores); uno o dos segmentos	66,91	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22819	Cifectomía, exposición circunferencial del columna y resección de segmentos vertebrales (incluyendo cuerpo y elementos posteriores); 3 o más segmentos	85,80	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22830	Exploración de fusión de columna	24,92	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22840	Instrumentación posterior no segmentaria (p. Ej., Técnica de varilla de Harrington, fijación pedicular en 1 espacio intermedio, fijación atlantoaxial de tornillo transarticular, cableado sublaminaar en C1, fijación de tornillo facetario) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	23,84	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22841	Fijación interna de la columna mediante tendido de alambre de las apófisis espinosas (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	CM	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22842	Instrumentación segmentaria posterior (p. Ej., Fijación pedicular, varillas dobles con múltiples ganchos y alambres sublaminares); 3 a 6 segmentos vertebrales (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	23,94	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22843	Instrumentación segmentaria posterior (p. Ej., Fijación pedicular, varillas dobles con múltiples ganchos y alambres sublaminares); 7 a 12 segmentos vertebrales (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	25,60	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22844	Instrumentación segmentaria posterior (p. Ej., Fijación pedicular, varillas dobles con múltiples ganchos y alambres sublaminares); 13 o más segmentos vertebrales (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	30,73	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22845	Instrumentación anterior; de 2 a 3 segmentos vertebrales (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	23,03	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22846	Instrumentación anterior; 4 a 7 segmentos vertebrales (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	23,91	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22847	Instrumentación anterior; de 8 o más segmentos vertebrales (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	25,96	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22848	Fijación pélvica (fijación del extremo caudal de la instrumentación a estructuras óseas pélvicas) que no sea sacro (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	11,20	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22849	Reinserción de dispositivo de fijación raquídea	40,06	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22850	Remoción de instrumentación no segmentaria posterior (p. ej. varilla de Harrington)	22,17	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22852	Remoción de instrumentación segmentaria posterior	21,20	13,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	22853	Inserción de dispositivos biomecánicos intersomáticos (p. ej., jaula sintética, malla) con anterior integral Instrumentación para el anclaje del dispositivo (p. ej., tornillos, bridas). cuando se realiza, al espacio del disco intervertebral en junto con artrodesis intersomática, cada espacio intermedio (Enumere por separado en adición al código para el procedimiento primario).	8,22	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22854	Inserción de dispositivos biomecánicos intervertebrales (p. Ej., jaula sintética, malla) con anterior integral instrumentación para el anclaje del dispositivo (p. ej., tornillos, bridas). cuando se realiza, a corpectomía vertebral (es) (resección del cuerpo vertebral, parcial o completa) defecto. En conjunto con artrodesis intersomática, cada una contigua defecto (Enumere por separado además del código para primario procedimiento).	10,65	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22855	Remoción de instrumentación anterior	34,24	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22856	Artroplastía total de disco (disco artificial), abordaje anterior, incluyendo disquectomía con preparación de placa terminal (incluye osteofitectomía para raíz nerviosa o decompresión de médula espinal y microdissección), interespacio único, cervical	50,79	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22857	Artroplastía total del disco (disco artificial), aproximación anterior, incluyendo disectomía para preparar interespacio (que no sea descompresión), interespacio único, lumbar	53,81	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22858	Segundo nivel, cervical (Enlistar separadamente en adición al código para procedimiento primario)	15,64	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22859	Inserción de dispositivos biomecánicos intervertebrales (por ejemplo, jaula sintética, malla, metacrilato de metilo) en el espacio discal intervertebral o defecto del cuerpo vertebral sin artrodesis intercorporal, cada defecto contiguo (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	10,65	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22861	Revisión incluyendo reemplazo de artroplastía total de disco (disco artificial), abordaje anterior, interespacio único; cervical	32,00	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22862	Revisión incluyendo reemplazo total de disco, artroplastía (disco artificial) aproximación anterior, interespacio lumbar	36,00	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22864	Remoción de artroplastía total de disco (disco artificial), abordaje anterior, interespacio único, cervical	65,27	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22865	Retiro de disco total arthroplastia (disco artificial), aproximación anterior, interespacio lumbar	62,61	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22867	Inserción del dispositivo de estabilización / distracción del proceso interlaminar / interespinoso, sin fusión, incluida la guía de imagen cuando se realiza, con descompresión abierta, lumbar; nivel individual	30,38	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22868	Inserción del dispositivo de estabilización / distracción del proceso interlaminar / interespinoso, sin fusión, incluida la guía de imagen cuando se realiza, con descompresión abierta, lumbar; segundo nivel (Lista por separado además del código para el procedimiento primario)	7,66	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22869	Inserción del dispositivo de estabilización / distracción del proceso interlaminar / interespinoso, sin descompresión abierta o fusión, incluida la guía de imagen cuando se realiza, lumbar; nivel individual	16,54	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22870	Inserción del dispositivo de estabilización / distracción del proceso interlaminar / interespinoso, sin descompresión abierta o fusión, incluida la guía de imagen cuando se realiza, lumbar; segundo nivel (Lista por separado además del código para el procedimiento primario)	4,46	13,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22899	Procedimiento no listado, columna vertebral	CM	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22900	Excisión, tumor de tejido blando de la pared abdominal, subfascial (P. ej. intramuscular); menos de 5 cm	17,07	4,00
MUSCULO	22901	Excisión de tumor, tejido blando de pared abdominal, subfascial	20,22	4,00

ESQUELÉTICO		(por ejemplo, intramuscular); 5 cm o mayor		
MUSCULO ESQUELÉTICO	22902	Excisión de tumor, tejido blando de pared abdominal, subcutáneo; menor de 3 cm	12,96	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22903	Excisión de tumor, tejido blando de pared abdominal, subcutáneo; 3 cm o mayor	13,29	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22904	Resección parcial de tumor (por ejemplo, sarcoma), tejido blando de pared abdominal; menos de 5 cm	31,91	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22905	Resección parcial de tumor (por ejemplo, sarcoma), tejido blando de pared abdominal; 5 cm a más	40,51	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	22999	Procedimiento no listado, abdomen, sistema musculoesquelético	CM	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23000	Eliminación de depósitos calcáreos subdeltoides, abiertos	16,93	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23020	Liberación de contractura capsular (p. Ej., Procedimiento de tipo Sever)	20,59	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23030	Incisión y drenaje, región del hombro; absceso profundo o hematoma	12,93	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23031	Incisión y drenaje, región del hombro; bolsa sinovial (bursa) infectada	12,37	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23035	Incisión, de hueso cortical (P. ej. osteomielitis o absceso óseo), región del hombro	20,29	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23040	Artrotomía, articulación glenohumeral, incluyendo exploración, drenaje, o extirpación de cuerpo extraño	21,42	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23044	Artrotomía, acromioclavicular, articulación esternoclavicular incluyendo exploración, drenaje, o extirpación de cuerpo extraño	16,97	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23065	Biopsia, tejido blando de región del hombro; superficial	6,36	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23066	Biopsia, tejido blando de región del hombro; profunda	16,30	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23071	Excisión de tumor de tejido blando de hombro, subcutáneo; 3 cm o más	12,65	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23073	Excisión de tumor de tejido blando de hombro, subfascial (por ejemplo, intramuscular); 5 cm o más	20,95	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23075	Excisión, tumor de tejido blando, región del hombro; subcutáneo	13,78	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23076	Excisión, tumor de tejido blando, región del hombro; profundo, subfascial, (p.ej. Intramuscular); menos de 5 cm	16,21	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23077	Resección radical de tumor (p. ej. sarcoma), tejido blando de región del hombro; menos de 5 cm	34,63	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23078	Resección radical de tumor (p.ej. sarcoma), tejido blando de hombro; 5 cm o más	43,47	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23100	Artrotomía, articulación glenohumeral, incluyendo biopsia	14,87	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23101	Artrotomía, articulación acromioclavicular o articulación esternoclavicular, incluyendo biopsia, y/o Excisión de cartílago desgarrado	13,32	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23105	Artrotomía; articulación glenohumeral, con sinovectomía con o sin biopsia	18,97	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23106	Artrotomía; articulación esternoclavicular, con sinovectomía, con o sin biopsia	14,34	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23107	Artrotomía, articulación glenohumeral, con exploración de articulación, con o sin extirpación de cuerpo suelto o cuerpo extraño	19,73	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23120	Claviclectomía; parcial	17,38	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23125	Claviclectomía; total	20,80	6,00
MUSCULO	23130	Acromioplastia o acromionectomía, parcial, con o sin liberación	18,17	5,00

ESQUELÉTICO		del ligamento coracoacromial		
MUSCULO ESQUELÉTICO	23140	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escápula;	16,11	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23145	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escápula; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	20,54	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23146	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escápula; con aloinjerto	18,31	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23150	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de húmero proximal;	19,63	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23155	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de húmero proximal; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	23,60	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23156	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de húmero proximal; con aloinjerto	20,00	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23170	Secuestrectomía (P. ej. para osteomielitis o absceso óseo), clavícula	16,73	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23172	Secuestrectomía (P. ej. para osteomielitis o absceso óseo), escápula	16,53	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23174	Secuestrectomía (P. ej. para osteomielitis o absceso óseo), cabeza o cuello quirúrgico del húmero	22,67	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23180	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía) hueso (P. ej. osteomielitis), clavícula	19,80	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23182	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía) hueso (P. ej. osteomielitis), escápula	19,61	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23184	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía) hueso (P. ej. osteomielitis), húmero proximal	21,87	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23190	Osteotomía de escápula, parcial (P. ej. ángulo medial superior)	17,06	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23195	Resección de cabeza del húmero	22,61	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23200	Resección radical de tumor; clavícula	45,47	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23210	Resección radical de tumor; escápula	53,33	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23220	Resección radical de tumor óseo, húmero proximal;	58,72	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23330	Extirpación de cuerpo extraño, hombro; subcutáneo	8,70	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23333	Remoción de cuerpo extraño, hombro; profundo (subfascial o intramuscular)	13,41	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23334	Retiro de prótesis, incluyendo debridamiento y sinovectomía, cuando esta se realiza; componente humeral o glenoideo	32,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23335	Retiro de prótesis, incluyendo debridamiento y sinovectomía, cuando esta se realiza; componente humeral y glenoideo (p.ej. Hombro total)	38,52	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23350	Procedimiento de inyección para artrografía de hombro o artrografía de hombro con intensificación para TC/RMN	3,74	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23395	Transferencia de músculo, cualquier tipo, hombro o brazo; uno solo	38,41	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23397	Transferencia de músculo, cualquier tipo, hombro o brazo; varios	34,33	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23400	Escapulopexia (P. ej. deformidad de Sprengel o para parálisis)	28,27	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23405	Tenotomía, región del hombro; un solo tendón	18,58	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23406	Tenotomía, región del hombro; varios tendones a través de la misma incisión	22,99	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23410	Corrección abierta de ruptura de manguito musculotendinoso (P. ej. rotador del hombro); agudo	24,58	5,00
MUSCULO	23412	Corrección abierta de ruptura de manguito musculotendinoso	25,48	5,00

ESQUELÉTICO		(p. ej. rotador del hombro); crónico		
MUSCULO ESQUELÉTICO	23415	Liberación de ligamento coracoacromial, con o sin acromioplastía	20,84	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23420	Reconstrucción de avulsión completa del hombro (rotador), avulsión de manguito, crónico (incluye acromioplastía)	29,01	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23430	Tenodesis del tendón largo del bíceps	22,25	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23440	Resección o trasplante del tendón largo del bíceps	22,56	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23450	Capsulorrafia, anterior; procedimiento de Putti-Platt u operación tipo Magnuson	28,52	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23455	Capsulorrafia, anterior; con corrección labral (P. ej., procedimiento de Bankart)	29,84	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23460	Capsulorrafia, anterior, cualquier tipo; con bloqueo óseo	32,63	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23462	Capsulorrafia, anterior, cualquier tipo; con transferencia de apófisis coracoidea	31,69	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23465	Capsulorrafia, articulación glenohumeral, posterior, con o sin bloqueo óseo	33,32	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23466	Capsulorrafia, articulación glenohumeral, cualquier tipo de inestabilidad multidireccional	33,51	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23470	Artroplastía articulación glenohumeral; hemiarthroplastía	36,08	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23472	Artroplastía articulación glenohumeral; hombro completo (reemplazo de la cavidad glenoidea o de húmero proximal (P. ej. hombro completo))	43,80	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23473	Revisión de artroplastía total de hombro, incluyendo aloinjerto cuando este se realiza; componente humeral o glenoideo	48,94	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23474	Revisión de artroplastía total de hombro, incluyendo aloinjerto cuando este se realiza; componente humeral y glenoideo	52,88	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23480	Osteotomía, clavícula, con o sin fijación interna;	24,58	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23485	Osteotomía, clavícula, con o sin fijación interna; con injerto óseo por falta de unión o unión defectuosa (incluye obtención del injerto y/o fijación necesaria)	28,55	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23490	Tratamiento profiláctico (uso de clavos, clavijas, placas o alambre) con o sin metilmetacrilato; clavícula	25,22	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23491	Tratamiento profiláctico (uso de clavos, clavijas, placas o alambre) con o sin metilmetacrilato; húmero proximal	30,33	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23500	Tratamiento cerrado de fractura clavicular; sin manipulación	6,37	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23505	Tratamiento cerrado de fractura clavicular; con manipulación	10,29	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23515	Tratamiento abierto de fractura clavicular, incluye fijación interna, cuando se realiza	21,51	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23520	Tratamiento cerrado de dislocación esternoclavicular; sin manipulación	6,70	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23525	Tratamiento cerrado de dislocación esternoclavicular; con manipulación	10,91	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23530	Tratamiento abierto de dislocación esternoclavicular, aguda o crónica;	17,04	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23532	Tratamiento abierto de dislocación esternoclavicular, aguda o crónica; con injerto fascial (incluye obtención del injerto)	18,46	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23540	Tratamiento cerrado de dislocación acromioclavicular; sin manipulación	6,54	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23545	Tratamiento cerrado de dislocación acromioclavicular; con manipulación	9,80	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23550	Tratamiento abierto de dislocación acromioclavicular, aguda o crónica;	16,67	5,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	23552	Tratamiento abierto de dislocación acromioclavicular, aguda o crónica; con injerto fascial (incluye obtención del injerto)	19,53	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23570	Tratamiento cerrado de fractura escapular; sin manipulación	6,79	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23575	Tratamiento cerrado de fractura escapular; con manipulación, con o sin tracción esquelética (con o sin compromiso de la articulación del hombro)	11,72	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23585	Tratamiento abierto de la fractura escapular (cuerpo, glenoides o acromion) incluye fijación interna, cuando se realiza	29,37	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23600	Tratamiento cerrado de fractura del húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico); sin manipulación	9,52	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23605	Tratamiento cerrado de fractura del húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico); con manipulación, con o sin tracción esquelética	13,60	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23615	Tratamiento abierto de fractura del húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico), incluye fijación interna, cuando se realice, con reparación de tuberosidades, cuando se realice	26,45	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23616	El tratamiento abierto de fracturas de húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico), incluye fijación interna, cuando se realiza, incluye reparación de tuberosidad (es), cuando se realiza; con prótesis humeral proximal de reemplazo	37,30	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23620	Tratamiento cerrado de fractura de la tuberosidad mayor del húmero; sin manipulación	7,85	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23625	Tratamiento cerrado de fractura de la tuberosidad mayor del húmero; con manipulación	11,08	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23630	Tratamiento abierto de fractura de tuberosidad humeral mayor, incluye fijación interna, cuando se realiza	23,28	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23650	Tratamiento cerrado de dislocación del hombro, con manipulación; sin anestesia	9,15	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23655	Tratamiento cerrado de dislocación del hombro, con manipulación; con anestesia	11,86	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23660	Tratamiento abierto de dislocación (luxación) aguda del hombro	17,32	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23665	Tratamiento cerrado de dislocación (luxación) de hombro, con fractura de la tuberosidad mayor del húmero, con manipulación	12,50	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23670	Tratamiento abierto de la dislocación (luxación) del hombro, con fractura de la tuberosidad humeral mayor, incluye fijación interna, cuando se realiza	26,18	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23675	Tratamiento cerrado de dislocación de hombro, con fractura del cuello quirúrgico o anatómico, con manipulación	16,16	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23680	Tratamiento abierto de la dislocación (luxación) del hombro, con fractura quirúrgica o anatómica del cuello, incluye fijación interna, cuando se realiza	27,72	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23700	Manipulación bajo anestesia, articulación del hombro, incluyendo la aplicación de aparato de fijación (excluida la dislocación)	5,85	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23800	Artrodesis, articulación glenohumeral;	30,49	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23802	Artrodesis, articulación glenohumeral; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	38,35	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23900	Amputación intertóracoescapular (cuarto delantero)	41,82	15,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23920	Desarticulación del hombro;	33,14	9,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23921	Desarticulación del hombro; cierre secundario o revisión de cicatriz	13,81	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23929	Procedimiento que no aparece en la lista, hombro	CM	5,00
MUSCULO	23930	Incisión y drenaje, brazo o región del codo; absceso profundo o	10,39	3,00

ESQUELÉTICO		hematoma		
MUSCULO ESQUELÉTICO	23931	Incisión y drenaje, brazo o región del codo; bolsa sinovial	8,31	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	23935	Incisión, profunda, con apertura de hueso cortical (P. ej. por osteomielitis o absceso óseo), húmero o codo	15,03	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24000	Artrotomía codo, incluyendo exploración, drenaje o extirpación de cuerpo extraño	14,20	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24006	Artrotomía del codo, con excisión capsular para liberación capsular (procedimiento separado)	21,22	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24065	Biopsia, tejido blando de brazo o región de codo; superficial	7,46	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24066	Biopsia, tejido blando de brazo o región del codo; profunda (subfascial o intramuscular)	18,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24071	Excisión de tumor, tejido blando de brazo o codo, subcutáneo; 3 cm o mayor	12,22	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24073	Excisión de tumor, tejido blando de brazo o codo, subfascial (por ejemplo, intramuscular); 5 cm o mayor	20,88	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24075	Excisión, tumor, parte blanda de brazo o región del codo; subcutáneo; menos de 3 cm	14,38	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24076	Excisión, tumor, parte blanda de brazo o región del codo; subfascial (p.ej. intramuscular); menos de 5 cm	16,27	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24077	Resección radical de tumor (P. ej. sarcoma), tejido blando de brazo o región del codo; menos de 5 cm	31,32	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24079	Resección radical de tumor (p.ej. sarcoma), tejido blando de brazo o codo, 5 cm o mayor	40,20	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24100	Artrotomía, codo; sólo biopsia sinovial	12,28	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24101	Artrotomía, codo; con exploración de la articulación, con o sin biopsia, con o sin extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño	14,79	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24102	Artrotomía, codo; con sinovectomía	18,35	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24105	Excisión, bolsa del olecranon	10,34	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24110	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno, húmero;	17,36	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24115	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno, húmero; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	21,56	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24116	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno, húmero; con aloinjerto	25,88	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24120	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de cabeza o cuello del radio o apófisis olecraneana;	15,71	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24125	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de cabeza o cuello del radio o apófisis olecraneana; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	18,22	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24126	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de cabeza o cuello del radio o apófisis olecraneana; con aloinjerto	19,14	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24130	Excisión, cabeza del radio	15,09	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24134	Secuestrectomía (P. ej. por osteomielitis o absceso óseo), diáfisis o húmero distal	22,37	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24136	Secuestrectomía (P. ej. por osteomielitis o absceso óseo), cabeza o cuello del radio	17,69	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24138	Secuestrectomía (P. ej. por osteomielitis o absceso óseo), apófisis olecraneana	20,06	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24140	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía) hueso (P. ej. osteomielitis), húmero	21,00	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24145	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía) hueso (P. ej. osteomielitis), cabeza o cuello del radio	17,45	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	24147	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía) hueso (P. ej. osteomielitis), apófisis olecraneana	18,53	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24149	Resección radical de cápsula, tejido blando y hueso heterotópico, codo, con liberación de contractura (procedimiento separado)	35,07	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24150	Resección radical de tumor, diáfisis o húmero distal;	46,99	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24152	Resección radical de tumor, cabeza o cuello del radio;	39,99	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24155	Resección de articulación del codo (artrectomía)	25,62	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24160	Remoción de prótesis, incluye debridamiento y sinovectomía cuando se realicen, componentes humeral y cubital	38,01	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24164	Remoción de prótesis, incluye debridamiento y sinovectomía cuando se realicen, cabeza radial	21,87	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24200	Extirpación de cuerpo extraño, brazo o región del codo; subcutáneo	6,01	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24201	Extirpación de cuerpo extraño, brazo o región del codo; profundo (subfascial o intramuscular)	16,05	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24220	Procedimiento de inyección para artrografía del codo	4,57	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24300	Manipulación del codo bajo anestesia	12,22	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24301	Transferencia de músculo o tendón, cualquier tipo, brazo o región del codo, uno solo (excluyendo 24320-24331)	22,38	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24305	Alargamiento de tendón, brazo o codo, cada tendón	17,11	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24310	Tenotomía, abierta, desde el codo al hombro, cada tendón	13,88	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24320	Tenoplastia, con transferencia de músculo, con o sin injerto libre, desde el codo al hombro, una sola (procedimiento de Seddon-Brookes)	22,84	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24330	Flexor-plastía, codo (P. ej. avance de Steindler);	21,40	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24331	Flexor-plastía, codo (P. ej. avance de Steindler); con avance del extensor	23,04	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24332	Tenólisis, tríceps	18,28	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24340	Tenodesis del tendón del bíceps a nivel del codo (procedimiento separado)	18,25	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24341	Reparación, tendón o músculo, brazo o región del codo, cada tendón o músculo, primario o secundario (excluye el mango rotador)	22,20	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24342	Reinserción de tendón roto del bíceps o tríceps, distal, con o sin injerto tendinoso	23,15	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24343	Reparación del ligamento lateral del codo, con el tejido local	21,04	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24344	Reconstrucción el ligamento lateral del codo, con injerto de tendón (incluye obtención del injerto)	32,67	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24345	Reparación del ligamento medio colateral del codo, con el tejido local	20,93	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24346	Reconstrucción el ligamento medio colateral del codo, con injerto de tendón (incluye obtención del injerto)	32,90	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24357	Tenotomía lateral o medial del codo (p.ej. epicondilitis, codo de tenis, codo del golfista); percutánea	12,44	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24358	Tenotomía lateral o medial del codo (p.ej. epicondilitis, codo de tenis, codo del golfista); debridamiento, tejido blando y/o hueso, abierto	15,50	4,00
MUSCULO	24359	Tenotomía lateral o medial del codo (p.ej. epicondilitis, codo de	19,64	4,00

ESQUELÉTICO		tenis, codo del golfista); debridación de tejido suave y/o el hueso, abierto con reparación o re inserción de tendón		
MUSCULO ESQUELÉTICO	24360	Artroplastía, codo; con membrana (P. ej. fascial)	26,97	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24361	Artroplastía, codo; con reemplazo protésico del húmero distal	30,05	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24362	Artroplastía, codo; con implante y reconstrucción de ligamento con fascia lata	31,78	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24363	Artroplastía, codo; con reemplazo protésico del húmero distal y cúbito proximal (P. ej. "codo total")	43,74	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24365	Artroplastía, cabeza del radio;	19,07	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24366	Artroplastía, cabeza del radio; con implante	20,30	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24370	Revisión de artroplastía total de codo, incluyendo aloinjerto cuando este se realiza; componente humeral o radial	46,62	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24371	Revisión de artroplastía total de codo, incluyendo aloinjerto cuando este se realiza; componente humeral y radial	53,66	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24400	Osteotomía, húmero, con o sin fijación interna	24,46	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24410	Varias osteotomías con realineación sobre varilla intramedular, diáfisis del húmero (procedimiento tipo Sofield)	31,77	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24420	Osteoplastía, húmero (p. ej. acortamiento o alargamiento) (excluyendo 64876)	29,44	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24430	Corrección de falta de unión o unión defectuosa, húmero; sin injerto (P. ej. técnica compresiva)	31,70	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24435	Corrección de falta de unión o unión defectuosa, húmero; con injerto autólogo de hueso ilíaco u otro (incluye obtención del injerto)	32,20	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24470	Arresto hemiepifisario (P. ej. cúbito varo o valgo, húmero distal)	20,06	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24495	Fasciotomía de descompresión, antebrazo, con exploración de la arteria braquial	16,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24498	Tratamiento profiláctico (uso de clavos, clavijas, placas o alambre), con o sin metilmetacrilato, diáfisis del húmero	25,87	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24500	Tratamiento cerrado de fractura del diáfisis del húmero; sin manipulación	10,46	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24505	Tratamiento cerrado de fractura del diáfisis del húmero; con manipulación, con o sin tracción esquelética	14,65	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24515	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis del húmero con placa/tornillos, con o sin cerclaje	26,21	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24516	Tratamiento de fractura de diáfisis del húmero, con inserción de implante intramedular, con o sin cerclaje y/o tornillos fijadores	25,74	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24530	Tratamiento cerrado de fractura humeral supracondilar o transcondilar, con o sin extensión intercondilar; sin manipulación	11,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24535	Tratamiento cerrado de fractura humeral supracondilar o transcondilar, con o sin extensión intercondilar; con manipulación, con o sin tracción de piel o tracción esquelética	18,09	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24538	Fijación esquelética percutánea para fractura humeral supracondilar o transcondilar, con o sin extensión intercondilar	22,25	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24545	Tratamiento abierto de fractura humeral supracondilar o transcondilar, con o sin fijación interna o externa; sin extensión intercondilar	27,82	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24546	Tratamiento abierto de fractura humeral supracondilar o transcondilar, con o sin fijación interna o externa; con extensión intercondilar	31,14	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24560	Tratamiento cerrado de fractura humeral epicondilar, medial o lateral; sin manipulación	9,33	3,00
MUSCULO	24565	Tratamiento cerrado de fractura humeral epicondilar, medial o	15,63	3,00

ESQUELÉTICO		lateral; con manipulación		
MUSCULO ESQUELÉTICO	24566	Fijación esquelética percutánea de fractura humeral epicondilar, medial o lateral, con manipulación	21,40	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24575	Tratamiento abierto de fractura humeral epicondilar, medial o lateral, con o sin fijación interna, cuando se realiza	21,89	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24576	Tratamiento cerrado de fractura humeral condilar, medial o lateral; sin manipulación	9,90	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24577	Tratamiento cerrado de fractura humeral condilar, medial o lateral; con manipulación	16,04	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24579	Tratamiento abierto de fractura humeral condilar, medial o lateral, con o sin fijación interna, cuando se realiza	24,95	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24582	Fijación esquelética percutánea de fractura humeral condilar, medial o lateral, con manipulación	24,10	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24586	Tratamiento abierto de fractura periarticular y/o dislocación del codo (fractura del húmero distal y cúbito proximal y/o radio proximal);	32,43	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24587	Tratamiento abierto de fractura periarticular y/o dislocación del codo (fractura del húmero distal y cúbito proximal y/o radio proximal); con artroplastia de implante	32,55	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24600	Tratamiento de dislocación cerrada del codo; sin anestesia	10,64	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24605	Tratamiento de dislocación cerrada del codo; con anestesia	13,90	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24615	Tratamiento abierto de dislocación aguda o crónica del codo	21,26	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24620	Tratamiento cerrado de la fractura de Monteggia a nivel del codo (fractura del extremo proximal del cúbito con dislocación de la cabeza del radio), con manipulación	16,25	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24635	Tratamiento abierto de la fractura de Monteggia a nivel del codo (fractura del extremo proximal del cúbito con dislocación de la cabeza del radio), incluye fijación interna, cuando se realice	20,05	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24640	Tratamiento cerrado de subluxación de cabeza del radio en niños, "codo de niñera", con manipulación	3,40	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24650	Tratamiento cerrado de fractura de cabeza o cuello del radio; sin manipulación	7,61	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24655	Tratamiento cerrado de fractura de cabeza o cuello del radio; con manipulación	12,75	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24665	Tratamiento abierto de fractura de cabeza o cuello del radio, incluye fijación interna o excisión de la cabeza del radio, cuando se realice	19,41	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24666	Tratamiento abierto de fractura de cabeza o cuello del radio, con fijación interna o excisión de la cabeza del radio, cuando se realice; con reemplazo protésico de cabeza del radio	21,87	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24670	Tratamiento cerrado de fractura del cúbito, extremo proximal (apófisis coronoides u olecranon); sin manipulación	8,47	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24675	Tratamiento cerrado de fractura del cúbito, extremo proximal (apófisis coronoides u olecranon); con manipulación	13,25	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24685	Tratamiento abierto de fractura del cúbito, extremo proximal (apófisis coronoides u olecranon); incluye fijación interna, cuando se realice	19,45	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24800	Artrodesis, articulación del codo; local	24,85	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24802	Artrodesis, articulación del codo; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	29,36	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24900	Amputación, brazo a través del húmero; con cierre primario	21,88	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24920	Amputación, brazo a través del húmero; abierto, circular (guillotina)	21,55	6,00
MUSCULO	24925	Amputación, brazo a través del húmero; cierre secundario o	15,67	6,00

ESQUELÉTICO		revisión de cicatriz		
MUSCULO ESQUELÉTICO	24930	Amputación, brazo a través del húmero; reamputación	22,74	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24931	Amputación, brazo a través del húmero; con implante	23,83	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24935	Elongación de muñón, extremidad superior	29,61	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24940	Cineplastía, extremidad superior, procedimiento completo	15,00	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	24999	Procedimiento que no aparece en la lista, húmero o codo	CM	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25000	Incisión, vaina tendinosa del extensor, muñeca (P. ej. enfermedad de Quervain)	9,90	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25001	Incisión de vaina de tendón flexor, muñeca (músculo flexor radio carpiano)	10,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25020	Fasciotomía descompresiva, antebrazo y/o muñeca; compartimiento flexor o extensor; sin debridamiento de músculo y/o nervio no viable	16,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25023	Fasciotomía descompresiva, antebrazo y/o muñeca; compartimiento flexor o extensor; con debridamiento de músculo y/o nervio no viable	32,62	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25024	Fasciotomía descompresora, antebrazo y/o muñeca, músculo flexor y compartimiento de extensor; sin debridación de músculo no viable y/o nervio	23,15	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25025	Fasciotomía descompresora, antebrazo y/o muñeca, músculo flexor y compartimiento de extensor; con debridación de músculo no viable y/o nervio	36,79	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25028	Incisión y drenaje, antebrazo y/o muñeca; absceso profundo o hematoma	15,43	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25031	Incisión y drenaje, antebrazo y/o muñeca; bolsa sinovial	10,76	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25035	Incisión profunda, hueso cortical, antebrazo y/o muñeca (p. ej. osteomielitis o absceso óseo)	17,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25040	Artrotomía, de articulación radiocarpal o mediocarpal, con exploración, drenaje, o extirpación de cuerpo extraño	16,71	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25065	Biopsia, tejido blando de antebrazo y/o muñeca; superficial	7,35	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25066	Biopsia, tejido blando de antebrazo y/o muñeca; profundo (subfascial o intramuscular)	10,66	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25071	Excisión de tumor, tejido blando de antebrazo y/o muñeca, subcutáneo; 3 cm o mayor	12,78	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25073	Excisión de tumor, tejido blando de antebrazo y/o muñeca, subfascial (por ejemplo, intramuscular); 3 cm o mayor	15,94	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25075	Excisión, tumor, tejido blando de antebrazo y/o región de la muñeca, subcutáneo; menos de 3 cm	13,95	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25076	Excisión, tumor, tejido blando de antebrazo y/o región de la muñeca, subfascial (p.ej. Intramuscular); menos de 3 cm	15,41	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25077	Resección radical de tumor (p. ej. sarcoma), tejido blando de antebrazo y/o región de la muñeca; menos de 3 cm	26,77	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25078	Resección radical de tumor (p.ej. sarcoma), tejido blando de antebrazo y/o muñeca, 3 cm o mayor	35,17	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25085	Capsulotomía, muñeca (P. ej. contractura)	13,28	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25100	Artrotomía, articulación de la muñeca; con biopsia	9,97	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25101	Artrotomía, articulación de la muñeca; con exploración de la articulación, con o sin biopsia, con o sin extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño	11,93	3,00
MUSCULO	25105	Artrotomía, articulación de la muñeca; con sinovectomía	14,26	3,00

ESQUELÉTICO				
MUSCULO ESQUELÉTICO	25107	Artrotomía, articulación radiocubital distal incluyendo corrección del complejo del cartílagotriangular, compleja	18,25	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25109	Excisión de tendón, antebrazo y/o muñeca, músculo flexor o extensor, cada uno	15,95	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25110	Excisión, lesión de vaina tendinosa, antebrazo y/o muñeca	10,10	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25111	Excisión de ganglión, muñeca (dorsal o palmar); primario	9,45	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25112	Excisión de ganglión, muñeca (dorsal o palmar); recurrente	11,45	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25115	Excisión radical de bolsa tendinosa, líquido sinovial de muñeca, o vaina tendinosa del antebrazo (p.ej. Tenosinovitis, tuberculosis, micosis, otros granulomas, artritis reumatoide); flexores	22,56	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25116	Excisión radical de bolsa tendinosa, líquido sinovial de muñeca, o vaina tendinosa del antebrazo (P. ej. tenosinovitis, hongos, TBC, u otros granulomas, artritis reumatoidea); extensores, con o sin transposición del retináculo dorsal	17,77	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25118	Sinovectomía, vaina de tendón extensor, muñeca, un solo compartimiento;	11,27	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25119	Sinovectomía, vaina de tendón extensor, muñeca, un solo compartimiento; con resección decúbito distal	14,61	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25120	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de radio o cúbito (excluyendo cabeza o cuello del radio y apófisis olecraneana);	14,73	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25125	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de radio o cúbito (excluyendo cabeza o cuello del radio y apófisis olecraneana); con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	17,40	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25126	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de radio o cúbito (excluyendo cabeza o cuello del radio y apófisis olecraneana); con aloinjerto	17,59	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25130	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de huesos carpales	13,16	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25135	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de huesos carpales; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	16,62	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25136	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de huesos carpales; con aloinjerto	14,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25145	Secuestrectomía (P. ej. por osteomielitis o absceso óseo), antebrazo y/o muñeca	15,41	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25150	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía) de hueso (P. ej. por osteomielitis); cúbito (ulna)	16,79	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25151	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía) de hueso (P. ej. por osteomielitis); radio	17,31	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25170	Resección radical de tumor, radio o cúbito	44,62	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25210	Carpectomía; un solo hueso	14,41	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25215	Carpectomía; todos los huesos de la fila proximal	18,34	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25230	Estiloidectomía radial (procedimiento separado)	12,81	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25240	Excisión decúbito distal, parcial o completa (p. ej. resección de Darrach o correspondiente al área)	12,65	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25246	Procedimiento de inyección para artrografía de muñeca	4,65	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25248	Exploración con extirpación de cuerpo extraño, antebrazo o muñeca	12,25	3,00
MUSCULO	25250	Remoción de prótesis de muñeca; (procedimiento separado)	15,79	3,00

ESQUELÉTICO				
MUSCULO ESQUELÉTICO	25251	Remoción de prótesis de muñeca; con complicaciones, incluyendo "muñeca total"	21,51	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25259	Manipulación de la muñeca bajo anestesia	12,19	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25260	Corrección, tendón o músculo, flexor, antebrazo y/o muñeca; primario, uno solo, cada tendón o músculo	18,66	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25263	Corrección, tendón o músculo, flexor, antebrazo y/o muñeca; secundario, uno solo, cada tendón o músculo	18,57	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25265	Corrección, tendón o músculo, flexor, antebrazo y/o muñeca; secundario, con injerto libre (incluye obtención del injerto), cada tendón o músculo	22,34	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25270	Corrección, tendón o músculo, extensor, antebrazo y/o muñeca; primario, uno solo, cada tendón o músculo	14,49	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25272	Corrección, tendón o músculo, extensor, antebrazo y/o muñeca; secundario, uno solo cada tendón o músculo	16,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25274	Corrección, tendón o músculo, extensor, secundario, con injerto tendinoso libre (incluye obtención del injerto), antebrazo y/o muñeca, cada tendón o músculo	19,63	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25275	Reparación, de la vaina de tendón, extensor, antebrazo y/o la muñeca, con injerto libre (incluye obtención del injerto) (ej. para el extensor cubital del carpo en caso de subluxación)	19,90	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25280	Alargamiento o acortamiento de tendón flexor o extensor, antebrazo y/o muñeca, uno solo, cada tendón	16,70	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25290	Tenotomía, abierta, tendón flexor o extensor, antebrazo y/o muñeca, una sola, cada tendón	12,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25295	Tenólisis, tendón flexor o extensor, antebrazo y/o muñeca, una sola, cada tendón	15,55	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25300	Tenodesis a nivel de la muñeca; flexores de los dedos	20,23	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25301	Tenodesis a nivel de la muñeca; extensores de los dedos	19,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25310	Trasplante o transferencia de tendón, flexor o extensor, antebrazo y/o muñeca, uno solo; cada tendón	18,37	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25312	Trasplante o transferencia de tendón, flexor o extensor, antebrazo y/o muñeca, uno solo; con injertos tendinosos (incluye obtención del injerto), cada tendón	21,35	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25315	Deslizamiento del origen de los flexores (P. ej. por parálisis cerebral, contractura de Volkmann), antebrazo y/o muñeca;	23,09	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25316	Deslizamiento del origen de los flexores (P. ej. por parálisis cerebral, contractura de Volkmann), antebrazo y/o muñeca; con transferencia de tendón (es)	27,25	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25320	Capsulorrafia o reconstrucción, muñeca, abierta (p. Ej., Capsulodesis, reparación de ligamentos, transferencia de tendón o injerto) (incluye sinovectomía, capsulotomía y reducción abierta) para inestabilidad carpiana	29,29	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25332	Artroplastía, muñeca, con o sin interposición, con o sin fijación interna o externa	25,07	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25335	Centralización de muñeca sobre el cúbito (p. ej. mano péndula radial)	28,17	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25337	Reconstrucción para la estabilización del cúbito distal inestable o la articulación distal del radiocubital, secundaria por estabilización de los tejidos blandos (p. Ej., Transferencia de tendones, injerto o tejido tendinoso o tenodesis) con o sin reducción abierta de la articulación distal del radiocubital	26,49	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25350	Osteotomía, radio; tercio distal	20,01	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25355	Osteotomía, radio; tercio medio o proximal	22,72	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	25360	Osteotomía; cúbito	19,43	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25365	Osteotomía; radio y cúbito	27,43	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25370	Osteotomías múltiples, con realineación sobre una varilla intramedular (procedimiento tipo Sofield); radio o cúbito	30,18	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25375	Osteotomías múltiples, con realineación sobre una varilla intramedular (procedimiento tipo Sofield); radio y cúbito	28,60	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25390	Osteoplastía, radio o cúbito; acortamiento	22,94	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25391	Osteoplastía, radio o cúbito; alargamiento con injerto autólogo	29,88	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25392	Osteoplastía, radio y cúbito; acortamiento (excluyendo 64876)	30,45	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25393	Osteoplastía, radio y cúbito; alargamiento con injerto autólogo	33,25	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25394	Osteoplastía de hueso carpiano, acortamiento	23,26	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25400	Corrección de falta de unión o unión defectuosa, radio o cúbito; sin injerto (P. ej. técnica compresiva)	23,95	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25405	Corrección de falta de unión o unión defectuosa, radio o cúbito; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	31,00	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25415	Corrección de falta de unión o unión defectuosa, radio y cúbito; sin injerto (P. ej. técnica compresiva)	29,02	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25420	Corrección de falta de unión o unión defectuosa, radio y cúbito; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	34,85	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25425	Corrección de defecto con injerto autólogo; radio ó cúbito	28,88	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25426	Corrección de defecto con injerto autólogo; radio y cúbito	32,55	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25430	Inserción de pedículo vascular en hueso carpiano (P. ej. Hori procedimiento)	21,86	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25431	Reparación de falta de unión de hueso del carpo (excluyendo escafoides-navicular), (incluye el injerto y la fijación necesaria), cada hueso	23,35	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25440	Reparación de falta de unión, hueso escafoides (navicular), con o sin estiloidectomía radial (incluye la obtención del injerto y la fijación necesaria)	22,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25441	Artroplastía con reemplazo protésico; radio distal	27,75	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25442	Artroplastía con reemplazo protésico; cúbito distal	23,98	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25443	Artroplastía con reemplazo protésico; escafoides del carpo (navicular)	23,22	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25444	Artroplastía con reemplazo protésico; semilunar	24,35	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25445	Artroplastía con reemplazo protésico; trapecio	21,54	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25446	Artroplastía con reemplazo protésico; radio distal y carpo parcial o total ("muñeca total")	35,06	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25447	Artroplastía, interposición, articulaciones intercarpal o carpometacarpiana	24,64	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25449	Revisión de Artroplastía, incluyendo remoción de implantes, articulación de la muñeca	30,82	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25450	Paro epifisario mediante epifisiodesis o con grapas; radio distal o cúbito	15,32	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25455	Paro epifisario mediante epifisiodesis o con grapas; radio distal y cúbito	21,68	3,00
MUSCULO	25490	Tratamiento profiláctico (uso de clavos, clavijas, placas o	21,50	3,00

ESQUELÉTICO		alambre), con o sin metilmetacrilato; radio		
MUSCULO ESQUELÉTICO	25491	Tratamiento profiláctico (uso de clavos, clavijas, placas o alambre), con o sin metilmetacrilato; cúbito	22,14	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25492	Tratamiento profiláctico (uso de clavos, clavijas, placas o alambre), con o sin metilmetacrilato; radio y cúbito	27,11	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25500	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del radio; sin manipulación	7,96	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25505	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del radio; con manipulación	14,64	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25515	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis del radio, incluye fijación interna, cuando se realice	19,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25520	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del radio, y tratamiento cerrado de dislocación de la articulación radiocubital distal (fractura/dislocación de Galeazzi)	16,68	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25525	El tratamiento abierto de la fractura del eje radial, incluye la fijación interna, cuando se realiza, y el tratamiento cerrado de la dislocación de la articulación radiocubital distal (fractura / dislocación de Galeazzi), incluye la fijación esquelética percutánea, cuando se realiza	23,41	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25526	El tratamiento abierto de la fractura del eje radial, incluye la fijación interna, cuando se realiza, y el tratamiento abierto de la dislocación de la articulación radiocubital distal (fractura / dislocación de Galeazzi), incluye la fijación interna, cuando se realiza, incluye la reparación del complejo triangular de fibrocartilago	28,42	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25530	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del cúbito; sin manipulación	7,62	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25535	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del cúbito; con manipulación	14,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25545	Tratamiento abierto de fractura de la diáfisis del cúbito, incluye fijación interna, cuando se realice	18,53	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25560	Tratamiento cerrado de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito; sin manipulación	8,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25565	Tratamiento cerrado de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito; con manipulación	15,18	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25574	Tratamiento abierto de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito, con fijación interna, cuando se realice; de radio o cúbito	20,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25575	Tratamiento abierto de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito, con fijación interna, cuando se realice, de radio y cúbito	26,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25600	Tratamiento cerrado de fractura distal del radio (P. ej. fractura de Colles o Smith) o separación epifisaria, incluye el tratamiento cerrado de fractura de la apófisis estiloides cubital, cuando se realiza; sin manipulación	9,54	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25605	Tratamiento cerrado de fractura distal del radio (P. ej. fractura de Colles o Smith) o separación epifisaria, incluye el tratamiento cerrado de fractura de la apófisis estiloides cubital, cuando se realiza; con manipulación	15,96	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25606	Fijación percutánea de fractura distal de radio o separación epifisaria	19,72	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25607	Tratamiento abierto de fractura distal del radio extra-articular o separación epifisaria, con fijación interna	21,87	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25608	Tratamiento abierto de fractura distal del radio intra-articular o separación epifisaria; con fijación interna de 2 fragmentos	24,56	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25609	Tratamiento abierto de fractura distal del radio intra-articular o separación epifisaria; con fijación interna de 3 o más fragmentos	31,25	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25622	Tratamiento cerrado de fractura de escafoide carpeano (navicular); sin manipulación	8,86	3,00
MUSCULO	25624	Tratamiento cerrado de fractura de escafoide carpeano	13,98	3,00

ESQUELÉTICO		(navicular); con manipulación		
MUSCULO ESQUELÉTICO	25628	Tratamiento abierto de fractura de escafoide carpeano (navicular), incluye fijación interna, cuando se realice	21,45	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25630	Tratamiento cerrado de fractura de hueso carpiano (excluyendo el escafoide carpiano (navicular)); sin manipulación, cada hueso	8,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25635	Tratamiento cerrado de fractura de hueso carpiano (excluyendo el escafoide carpiano (navicular)); con manipulación, cada hueso	12,26	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25645	Tratamiento abierto de fractura de hueso carpal (excluyendo escafoide carpal (navicular)), cada hueso	16,75	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25650	Tratamiento cerrado de fractura de la apófisis estiloides cubital	9,30	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25651	Fijación percutánea de fractura de la apófisis estiloides del cúbito	14,26	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25652	Tratamiento abierto de fractura de apófisis estiloides del cúbito	18,55	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25660	Tratamiento cerrado de dislocación radiocarpal o intercarpal, uno o más huesos, con manipulación	12,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25670	Tratamiento cerrado de dislocación radiocarpal o intercarpal, uno o más huesos	18,02	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25671	Fijación percutánea de dislocación distal radiocubital	15,74	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25675	Tratamiento cerrado de dislocación radiocubital distal, con manipulación	12,61	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25676	Tratamiento abierto de dislocación radiocubital distal, aguda o crónica	18,68	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25680	Tratamiento cerrado de dislocación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar, con manipulación	14,14	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25685	Tratamiento abierto de dislocación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar	21,92	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25690	Tratamiento cerrado de dislocación del semilunar, con manipulación	13,95	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25695	Tratamiento abierto de dislocación del semilunar	18,89	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25800	Artrodesis, muñeca; completa, sin injerto óseo (incluye articulaciones a nivel radiocarpal y/o intercarpal, y/o carpometacarpiana)	21,80	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25805	Artrodesis, muñeca; con injerto deslizante	25,30	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25810	Artrodesis, muñeca; con injerto autólogo de hueso ilíaco u otro (incluye obtención del injerto)	25,85	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25820	Artrodesis, muñeca; limitada, sin injerto óseo (P. ej. intercarpal o radiocarpal)	18,20	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25825	Artrodesis, muñeca; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	22,46	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25830	Artrodesis, articulación radiocubital distal, con resección segmentaria de cúbito, con o sin injerto óseo (P. ej. procedimiento de Sauve-Kapandji)	27,86	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25900	Amputación, antebrazo, a través de radio y cúbito	21,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25905	Amputación, antebrazo, a través de radio y cúbito, abierta, circular (guillotina)	21,01	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25907	Amputación, antebrazo, a través de radio y cúbito, cierre secundario o revisión de cicatriz	18,13	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25909	Amputación, antebrazo, a través de radio y cúbito, reamputación	20,41	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25915	Procedimiento de Krukenberg	30,18	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25920	Desarticulación a través de la muñeca	20,76	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	25922	Desarticulación a través de la muñeca; cierre secundario o revisión de cicatriz	15,05	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25924	Desarticulación a través de la muñeca; reamputación	19,67	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25927	Amputación transmetacarpal	23,86	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25929	Amputación transmetacarpal; cierre secundario o revisión de cicatriz	17,11	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25931	Amputación transmetacarpal; reamputación	21,48	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	25999	Procedimiento que no aparece en la lista, antebrazo o muñeca	CM	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26010	Drenaje de absceso de dedo; simple	7,61	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26011	Drenaje de absceso de dedo; con complicaciones (P. ej. panadizo)	11,24	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26020	Drenaje de vaina tendinosa, dígito y/o palma, cada uno	12,79	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26025	Drenaje de bolsa sinovial palmar; una sola, bolsa sinovial	12,48	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26030	Drenaje de bolsa sinovial palmar; varias bolsas sinoviales	14,60	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26034	Incisión, hueso cortical, mano o dedo (P. ej. osteomielitis o absceso óseo)	15,98	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26035	Descompresión de dedos y/o mano, herida por inyección (P. ej. pistola para engrasar)	25,57	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26037	Fasciotomía descompresiva, mano (excluye a 26035)	16,81	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26040	Fasciotomía, palmar (p.ej. contractura de Dupuytren); percutánea	9,18	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26045	Fasciotomía, palmar (p.ej. contractura de Dupuytren); abierta, parcial	13,88	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26055	Incisión de vaina tendinosa (p. ej. para dedo "en gatillo")	16,10	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26060	Tenotomía, percutánea, una sola, cada dígito	7,65	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26070	Artrotomía, con exploración, drenaje, o extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño; articulación carpometacarpiana	9,30	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26075	Artrotomía, con exploración, drenaje, o extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño; articulación metacarpofalángica, cada una	9,82	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26080	Artrotomía, con exploración, drenaje, o extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño; articulación interfalángica, cada una	11,50	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26100	Artrotomía con biopsia; articulación carpometacarpiana, cada una	9,57	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26105	Artrotomía con biopsia; articulación metacarpofalángica, cada una	9,87	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26110	Artrotomía con biopsia; articulación interfalángica, cada una	9,49	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26111	Excisión de tumor o malformación vascular, de tejido blando de mano o dedo, subcutáneo; 1.5 cm o mayor	12,41	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26113	Excisión de tumor o malformación vascular, de tejido blando de mano o dedo, subfascial (por ejemplo, intramuscular); 1.5 cm o mayor	16,30	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26115	Excisión, tumor o malformación vascular, parte blanda de mano o dedo; subcutáneo; menos de 5 cm	14,65	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26116	Excisión, tumor o malformación vascular, tejido blando de mano o dedo; profundo, subfascial (p.ej. Intramuscular); menos de 1.5 cm	15,63	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	26117	Resección radical de tumor (p. ej. sarcoma), tejido blando de mano o dedo; menos de 3 cm	22,25	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26118	Resección radical de tumor (p.ej, sarcoma), tejido blando de mano o dedo, 3 cm o mayor	31,52	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26121	Fasciectomy, solamente de la palma, con o sin plastia en Z, otra reorganización de tejido local, o injerto cutáneo (incluye obtención del injerto)	17,72	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26123	Fasciectomy, palmar parcial con liberación de un solo dígito, incluida la articulación interfalángica proximal, con o sin plastia en Z, otro reordenamiento de tejido local o injerto de piel (incluye la obtención del injerto)	24,79	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26125	Fasciectomy, palmar parcial con liberación de un solo dígito, incluida la articulación interfalángica proximal, con o sin plastia en Z, otro reordenamiento local del tejido o injerto de piel (incluye la obtención del injerto); cada dígito adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	8,28	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26130	Sinovectomía, articulación carpometacarpiana	13,72	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26135	Sinovectomía, articulación metacarpofalángica incluyendo liberación intrínseca y reconstrucción de la caperuza del extensor, cada dígito	16,28	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26140	Sinovectomía, articulación interfalángica proximal, incluyendo reconstrucción del extensor, cada articulación interfalángica	14,92	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26145	Sinovectomía, vaina tendinosa, radical (tenosinovectomía), tendón flexor, palma y/o dedo, cada tendón	15,20	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26160	Excisión de lesión de vaina tendinosa o cápsula (P. ej. quiste, quiste mucoso, o ganglión), mano o dedo	16,58	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26170	Excisión de tendón, palma, flexor o extensor, único, cada tendón	11,98	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26180	Excisión de tendón, dedo, flexor o extensor, cada tendón	13,06	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26185	Sesamoidectomía, dedo pulgar u otro dedo (procedimiento separado)	15,99	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26200	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno del metacarpo;	13,29	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26205	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno del metacarpo; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	17,77	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26210	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de falange proximal, media, o distal del dedo	13,07	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26215	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de falange proximal, media, o distal del dedo; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	16,62	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26230	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía), hueso (P. ej. osteomielitis); metacarpo	14,79	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26235	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía), hueso (P. ej. osteomielitis); falange proximal o media del dedo	14,57	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26236	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía), hueso (P. ej. osteomielitis); falange distal del dedo	13,04	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26250	Resección radical de tumor, metacarpo	32,13	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26260	Resección radical de tumor, falange proximal o media del dedo;	24,07	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26262	Resección radical de tumor, falange distal del dedo	18,75	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26320	Extirpación de implante del dedo o mano	10,22	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26340	Manipulación bajo anestesia de unión de dedo, cada unión	9,73	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	26341	Manipulación de cuerda fascial palmar (p.ej. Cuerda de Dupuytren), post inyección enzimática (p. ej. Colagenasa), cuerda única	2,88	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26350	Corrección o avance, tendón flexor, que no sea en zona 2 de la vaina tendinosa de flexor digital (P. ej. región "tierra de nadie"); primario o secundario sin injerto libre, cada tendón	20,56	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26352	Corrección o avance, tendón flexor, que no sea en zona 2 de la vaina tendinosa de flexor digital (P. ej. región "tierra de nadie"); secundario con injerto libre (incluye obtención de injerto), cada tendón	23,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26356	Corrección o avance, tendón flexor, en zona 2 de la vaina tendinosa digital flexora (P. ej. región "tierra de nadie"); primario, sin injerto libre, cada tendón	23,46	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26357	Corrección o avance, tendón flexor, en zona 2 de la vaina tendinosa de flexor digital (P. ej. región "tierra de nadie"); secundario, sin injerto libre, cada tendón	26,37	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26358	Corrección o avance, tendón flexor, en zona 2 de la vaina tendinosa de flexor digital (P. ej. región "tierra de nadie"); secundario, con injerto libre (incluye la obtención del injerto), cada tendón	28,84	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26370	Corrección o avance de tendón flexor profundo de los dedos, con tendón flexor superficial intacto; primario, cada tendón	21,95	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26372	Corrección o avance de tendón flexor profundo de los dedos, con tendón flexor superficial intacto; secundario con injerto libre (incluye la obtención del injerto), cada tendón	25,02	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26373	Corrección o avance de tendón del músculo flexor profundo de los dedos, con tendón flexor superficial intacto; secundario sin injerto libre, cada tendón	24,11	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26390	Excisión de tendón flexor, implantación de varilla protésica para injerto diferido de tendón, mano o dedo, cada varilla	24,50	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26392	Remoción de varilla protésica e inserción de injerto de tendón flexor, mano o dedo (incluye obtención del injerto), cada varilla	28,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26410	Corrección de tendón extensor, mano, primaria o secundaria; sin injerto libre, cada tendón	16,29	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26412	Corrección de tendón extensor, mano, primaria o secundaria; con injerto libre (incluye obtención del injerto), cada tendón	20,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26415	Excisión de tendón extensor, con implantación de varilla protésica para injerto diferido de tendón, mano o dedo, cada varilla	19,46	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26416	Remoción de varilla protésica e inserción de injerto de tendón extensor, (incluye obtención del injerto), mano o dedo, cada varilla	25,21	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26418	Corrección de tendón extensor, dedo, primaria o secundaria; sin injerto libre, cada tendón	16,61	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26420	Corrección de tendón extensor, dedo, primaria o secundaria; con injerto libre (incluye obtención del injerto), cada tendón	20,43	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26426	Corrección de tendón extensor, deslizamiento central, secundaria (p. ej. deformación "en ojal"); usando tejidos locales, incluyendo bandas laterales, cada tendón	14,83	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26428	Corrección de tendón extensor, deslizamiento central, secundaria (p. ej. deformación "en ojal"); con injerto libre (incluye obtención del injerto), cada dedo	21,37	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26432	Tratamiento cerrado de inserción distal de tendón extensor, con o sin fijación con enclavijado percutáneo (P. ej. dedo en "martillo")	14,37	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26433	Corrección de tendón extensor, inserción distal primaria o secundaria; sin injerto (P. ej. dedo en "martillo")	15,28	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26434	Corrección de tendón extensor, inserción distal primaria o secundaria; con injerto libre (incluye obtención del injerto)	18,76	3,00
MUSCULO	26437	Realineación de tendón extensor, mano, cada tendón	18,02	3,00

ESQUELÉTICO				
MUSCULO ESQUELÉTICO	26440	Tenólisis, tendón flexor; palma o dedo; cada tendón	17,83	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26442	Tenólisis, tendón flexor; palma y dedo, cada tendón	28,04	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26445	Tenólisis, tendón extensor, mano o dedo, cada tendón	16,56	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26449	Tenólisis, compleja, tendón extensor, dedo, incluyendo antebrazo, cada tendón	20,55	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26450	Tenotomía, flexor, palma, abierta, cada tendón	11,72	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26455	Tenotomía, flexor, dedo, abierta, cada tendón	11,64	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26460	Tenotomía, extensor, mano o dedo, abierta, cada tendón	11,38	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26471	Tenodesis; de articulación interfalángica proximal, cada articulación	17,77	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26474	Tenodesis; de articulación distal, cada articulación	17,40	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26476	Alargamiento de tendón, extensor, mano o dedo, cada tendón	16,65	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26477	Acortamiento de tendón, extensor, mano o dedo, cada tendón	16,83	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26478	Alargamiento de tendón, flexor, mano o dedo, cada tendón	17,92	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26479	Acortamiento de tendón, flexor, mano o dedo, cada tendón	17,72	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26480	Trasplante o transferencia de tendón, región carpometacarpiana o dorso de la mano; sin injerto libre, cada tendón	21,68	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26483	Trasplante o transferencia de tendón, región carpometacarpiana o dorso de la mano; con injerto libre de tendón (incluye obtención del injerto), cada tendón	24,37	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26485	Trasplante o transferencia de tendón, palmar; sin injerto libre de tendón, cada tendón	23,34	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26489	Trasplante o transferencia de tendón, palmar; con injerto libre de tendón (incluye obtención del injerto), cada tendón	27,18	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26490	Restauración de la oposición del pulgar ("oponenplastía"); traslado del tendón flexor superficial, cada tendón	23,29	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26492	Restauración de la oposición del pulgar ("oponenplastía"); transferencia de tendón, con injerto (incluye obtención del injerto), cada tendón	25,87	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26494	Restauración de la oposición del pulgar ("oponenplastía"); transferencia de músculo hipotenar	22,70	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26496	Restauración de la oposición del pulgar ("oponenplastía"); otros métodos	24,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26497	Transferencia de tendón para restablecer función intrínseca; dedo anular y meñique	25,38	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26498	Transferencia de tendón para restablecer función intrínseca; todos los dedos (excepto pulgar)	33,14	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26499	Corrección de dedo "en garra", otros métodos	23,81	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26500	Reconstrucción de polea del tendón, cada tendón; con tejidos locales (procedimiento separado)	18,07	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26502	Reconstrucción de polea del tendón, cada tendón; con injerto de tendón o fascial (incluye obtención del injerto) (procedimiento separado)	20,66	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26508	Liberación de músculos tenares (P. ej. contractura del pulgar)	18,23	3,00
MUSCULO	26510	Transferencia intrínseca cruzada, cada tendón	17,17	3,00

ESQUELÉTICO				
MUSCULO ESQUELÉTICO	26516	Capsulodesis, articulación metacarpofalángica; un solo dígito	20,29	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26517	Capsulodesis, articulación metacarpofalángica; dos dígitos	22,82	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26518	Capsulodesis, articulación metacarpofalángica; tres o cuatro dígitos	23,92	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26520	Capsulectomía o capsulotomía; articulación metacarpofalángica, cada articulación	18,75	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26525	Capsulectomía o capsulotomía; articulación interfalángica, cada articulación	18,76	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26530	Artroplastía, articulación metacarpofalángica; cada articulación	15,93	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26531	Artroplastía, articulación metacarpofalángica; con implante protésico, cada articulación	18,49	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26535	Artroplastía de articulación interfalángica; cada articulación	12,47	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26536	Artroplastía de articulación interfalángica; con implante protésico, cada articulación	20,42	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26540	Corrección de ligamento colateral, articulación metacarpofalángica o interfalángica	19,03	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26541	Reconstrucción, ligamento colateral, articulación metacarpofalángica, una sola; con injerto de tendón o fascial (incluye obtención del injerto)	23,31	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26542	Reconstrucción, ligamento colateral, articulación metacarpofalángica, una sola; con tejido local (P. ej. avance del aductor)	19,65	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26545	Reconstrucción, ligamento colateral, articulación interfalángica, una sola, incluyendo injerto, cada articulación	20,50	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26546	Corrección de falta de unión, metacarpiana o falángica, (incluye obtención del injerto con o sin fijación interna o externa)	28,97	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26548	Corrección y reconstrucción, dedo, placa palmar, articulación interfalángica	22,00	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26550	Pulgarización de un dígito	48,07	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26551	Trasplante de dedo gordo del pie en la mano (en la posición del pulgar) con anastomosis microvascular; envoltura del dedo gordo del pie con injerto óseo	99,29	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26553	Trasplante de dedo gordo del pie en la mano (en la posición del pulgar) con anastomosis microvascular; que no sea el dedo gordo del pie, uno solo	83,76	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26554	Trasplante de dedo gordo del pie en la mano (en la posición del pulgar) con anastomosis microvascular; que no sea el dedo gordo del pie, doble	98,11	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26555	Trasplante, dedo transferido a otra posición, sin anastomosis microvascular	37,73	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26556	Traslado, libre, articulación de dedo del pie, con anastomosis microvascular	102,02	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26560	Corrección de sindactilia (dedos en membrana), cada espacio interdigital; con colgajos cutáneos	16,86	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26561	Corrección de sindactilia (dedos en membrana), cada espacio interdigital; con colgajos cutáneos e injertos	27,18	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26562	Corrección de sindactilia (dedos en membrana), cada espacio interdigital; compleja (P. ej. con compromiso de hueso, uñas)	38,97	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26565	Osteotomía; metacarpiana, cada una	19,63	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26567	Osteotomía; falange de dedo, cada una	19,68	3,00
MUSCULO	26568	Osteoplastía, alargamiento, metacarpo o falange	26,20	3,00

ESQUELÉTICO				
MUSCULO ESQUELÉTICO	26580	Corrección de mano hendida	43,95	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26587	Reconstrucción de dígito supernumerario, tejido blando y hueso	29,86	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26590	Corrección de macrodactilia, cada dígito	39,05	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26591	Corrección, músculos intrínsecos de la mano, cada músculo	12,49	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26593	Liberación, músculos intrínsecos de la mano, cada músculo	17,34	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26596	Excisión de anillo constrictivo en dedo, con varias Z-plastias	22,05	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26600	Tratamiento cerrado de fractura metacarpiana, una sola; sin manipulación, cada hueso	8,54	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26605	Tratamiento cerrado de fractura metacarpiana, una sola; con manipulación, cada hueso	9,36	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26607	Tratamiento cerrado de fractura metacarpiana, con manipulación, con fijación externa, cada hueso	13,44	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26608	Fijación esquelética percutánea de fractura metacarpiana, cada hueso	14,04	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26615	Tratamiento abierto de fractura metacarpiana, una sola, con o sin fijación interna, cuando se realice, cada hueso	17,06	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26641	Tratamiento cerrado de dislocación carpometacarpiana, dedo pulgar, con manipulación	10,94	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26645	Tratamiento cerrado de dislocación por fractura carpometacarpiana, dedo pulgar (fractura de Bennett), con manipulación	12,54	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26650	Fijación esquelética percutánea de dislocación por fractura carpometacarpiana, dedo pulgar (fractura de Bennett), con manipulación	14,06	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26665	Tratamiento abierto de dislocación por fractura carpometacarpiana, dedo pulgar (fractura de Bennett), incluye fijación interna, cuando se realice	18,61	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26670	Tratamiento cerrado de dislocación carpometacarpiana, que no sea dedo pulgar, con manipulación, cada articulación; sin anestesia	9,89	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26675	Tratamiento cerrado de dislocación carpometacarpiana, que no sea dedo pulgar, con manipulación; cada articulación; con anestesia	13,23	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26676	Fijación esquelética percutánea de dislocación carpometacarpiana, que no sea dedo pulgar, con manipulación, cada articulación	14,73	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26685	Tratamiento abierto de dislocación carpometacarpiana, que no sea dedo pulgar; incluye fijación interna, cuando se realice, cada articulación	17,05	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26686	Tratamiento abierto de dislocación carpometacarpiana, que no sea dedo pulgar; compleja, reducción múltiple o retrasada	18,60	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26700	Tratamiento cerrado de dislocación metacarpofalángica, una sola, con manipulación; sin anestesia	9,43	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26705	Tratamiento cerrado de dislocación metacarpofalángica, una sola, con manipulación; con anestesia	12,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26706	Fijación esquelética percutánea de dislocación metacarpofalángica, una sola, con manipulación	12,99	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26715	Tratamiento abierto de dislocación metacarpofalángica, una sola, incluye fijación interna, cuando se realice	16,93	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26720	Tratamiento cerrado de diáfisis de falange, proximal o media, dedo o pulgar; sin manipulación, cada una	5,74	3,00
MUSCULO	26725	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis de falange, falange	9,81	3,00

ESQUELÉTICO		proximal o media, dedo o pulgar; con manipulación, con o sin tracción de piel o esquelética, cada una		
MUSCULO ESQUELÉTICO	26727	Fijación esquelética percutánea de fractura inestable de diáfisis de falange, falange proximal o media, dedo o pulgar, con manipulación, cada una	13,84	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26735	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis de falange proximal o media, dedo o pulgar, incluye fijación interna, cuando se realice, cada una	17,67	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26740	Tratamiento cerrado de fractura articular, con compromiso de articulación metacarpofalángica o interfalángica; sin manipulación, cada una	6,70	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26742	Tratamiento cerrado de fractura articular, con compromiso de articulación metacarpofalángica o interfalángica; con manipulación, cada una	10,80	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26746	Tratamiento abierto de fractura articular, con compromiso de articulación metacarpofalángica o interfalángica; incluye fijación interna cuando se realice, cada una	22,05	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26750	Tratamiento cerrado de fractura de falange distal, dedo o pulgar; sin manipulación, cada una	5,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26755	Tratamiento cerrado de fractura de falange distal, dedo o pulgar; con manipulación, cada una	9,13	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26756	Fijación esquelética percutánea de fractura de falange distal, dedo o pulgar, cada una	12,26	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26765	Tratamiento abierto de fractura de falange distal, dedo o pulgar, incluye fijación interna, cuando se realice, cada una	14,78	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26770	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación interfalángica, una sola, con manipulación; sin anestesia	7,99	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26775	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación interfalángica, una sola, con manipulación; con anestesia	11,16	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26776	Fijación esquelética percutánea de dislocación de articulación interfalángica, una sola, con manipulación	13,04	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26785	Tratamiento abierto de dislocación de articulación interfalángica, incluye fijación interna, cuando se realice, una sola	16,19	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26820	Fusión en oposición, pulgar, con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	22,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26841	Artrodesis, articulación carpometacarpiana, pulgar, con o sin fijación interna;	21,04	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26842	Artrodesis, articulación carpometacarpiana, pulgar, con o sin fijación interna; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	22,78	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26843	Artrodesis, articulación carpometacarpiana, dígitos, que no sea el pulgar; cada uno	21,44	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26844	Artrodesis, articulación carpometacarpiana, dígitos, que no sea el pulgar; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto); cada uno	23,98	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26850	Artrodesis, articulación metacarpofalángica, con o sin fijación interna;	20,04	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26852	Artrodesis, articulación metacarpofalángica, con o sin fijación interna; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	23,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26860	Artrodesis, articulación interfalángica, con o sin fijación interna;	16,28	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26861	Artrodesis, articulación interfalángica, con o sin fijación interna; cada articulación interfalángica adicional (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	3,13	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26862	Artrodesis, articulación interfalángica, con o sin fijación interna; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	21,05	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26863	Artrodesis, articulación interfalángica, con o sin fijación interna; con autoinjerto (incluye la obtención del injerto), cada	6,96	3,00

		articulación adicional (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)		
MUSCULO ESQUELÉTICO	26910	Amputación, metacarpiana, con dedo o pulgar (amputación del rayo del dedo), una sola, con o sin transferencia interósea	21,01	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26951	Amputación, dedo o pulgar, primaria o secundaria, cualquier articulación o falange, una sola, incluyendo neurectomías; con cierre directo	18,89	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26952	Amputación, dedo o pulgar, primaria o secundaria, cualquier articulación o falange, una sola, incluyendo neurectomías; con colgajos de avance local (V-Y plastia, casquete)	18,67	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26989	Procedimiento que no aparece en la lista, manos y dedos	CM	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26990	Incisión y drenaje, pelvis o región de articulación de la cadera; absceso profundo o hematoma	18,69	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26991	Incisión y drenaje, pelvis o región de articulación de la cadera; bolsa sinovial infectada	20,76	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	26992	Incisión, hueso cortical, pelvis y/o articulación de la cadera (p. ej. osteomielitis o absceso óseo)	28,65	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27000	Tenotomía, aductor de la cadera, percutánea (procedimiento separado)	12,05	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27001	Tenotomía, aductor de la cadera, abierto	16,16	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27003	Tenotomía, aductor, subcutáneo, abierta, con neurectomía del obturador	17,37	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27005	Tenotomía, flexores de la cadera, abierta (procedimiento separado)	21,62	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27006	Tenotomía, abductores y/o extensores de la cadera, abierta (procedimiento separado)	21,90	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27025	Fasciotomía, cadera o muslo, de cualquier tipo	27,27	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27027	Fasciotomía(s) decompresiva(s), compartimentos pélvicos (nalgas) (por ejemplo, glúteo medio- menor, glúteo mayor, iliopsoas y/o tensor de la fascia lata), unilateral	26,54	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27030	Artrotomía, cadera, con drenaje (P. ej. infección)	28,08	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27033	Artrotomía, cadera, incluyendo exploración o extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño	29,18	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27035	Denervación, articulación de la cadera, ramás intraarticulares intrapélvicas o extrapélvicas del nervio ciático, femoral, u obturador	31,23	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27036	Capsulectomía o capsulotomía, cadera, con o sin escisión del hueso heterotópico, con liberación de los músculos flexores de la cadera (es decir, glúteo medio, glúteo menor, tensor de la fascia lata, recto femoral, sartorio, iliopsoas)	30,31	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27040	Biopsia, tejido blando de la pelvis y región de la cadera; superficial	10,02	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27041	Biopsia, tejido blando de la pelvis y región de la cadera; profundo, subfacial o intramuscular	20,74	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27043	Excisión de tumor, tejido blando de pelvis y cadera, subcutánea; 3 cm o mayor	14,23	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27045	Excisión de tumor, tejido blando de pelvis y cadera, subfascial (por ejemplo, intramuscular); 5 cm o mayor	22,56	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27047	Excisión, tumor de tejido blando, pelvis y región de la cadera; tejido subcutáneo; menos de 3 cm	13,81	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27048	Excisión, tumor de tejido blando, pelvis y región de la cadera; profundo, subfacial, intramuscular; menos de 5 cm	18,43	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27049	Resección radical de tumor, tejido blando de pelvis y región de la cadera (P. ej. neoplasia maligna); menos de 5 cm	40,26	10,00
MUSCULO	27050	Artrotomía, con biopsia; articulación sacroilíaca	11,47	8,00

ESQUELÉTICO				
MUSCULO ESQUELÉTICO	27052	Artrotomía, con biopsia; articulación de la cadera	17,29	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27054	Artrotomía con sinovectomía, articulación de la cadera	20,43	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27057	Fasciotomía(s) decompresiva(s), compartimentos pélvicos (nalgas) (por ejemplo, glúteo medio- menor, glúteo mayor, iliopsoas y/o tensor de la fascia lata) con debridación de músculo no viable, unilateral	30,43	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27059	Resección radical de tumor, (ej. Neoplasma maligno), de tejidos blandos de la pelvis y cadera, 5 cm o más.	54,97	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27060	Excisión; bolsa sinovial isquiática	13,79	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27062	Excisión; bolsa sinovial trocantérica o calcificación	13,57	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27065	Excisión de quiste óseo o tumor benigno; superficial (ala del ilion, sínfisis del pubis, o trocánter mayor del fémur) icluye injerto autólogo, cuando se realice	15,39	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27066	Excisión de quiste óseo o tumor benigno, ala del ilion, sínfisis del pubis, o trocánter mayor del fémur; profundo (subfascial) icluye injerto autólogo, cuando se realice	24,31	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27067	Excisión de quiste óseo o tumor benigno, ala del ilion, sínfisis del pubis, o trocánter mayor del fémur; con injerto autólogo que requiere incisión separada	30,66	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27070	Excisión parcial de ala del ilion , sínfisis del pubis o trocánter mayor del fémur (craterización, saucerización) (P. ej. osteomielitis o absceso óseo); superficial	25,45	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27071	Excisión parcial de ala del ilion , sínfisis del pubis o trocánter mayor del fémur (craterización, saucerización) (P. ej. osteomielitis o absceso óseo); profunda (subfascial o intramuscular)	27,37	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27075	Resección radical de tumor o infección; ala del ilion, una rama del isquion o del pubis, o sínfisis del pubis	63,09	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27076	Resección radical de tumor o infección; ilion, incluyendo acetábulo, ambas ramas del pubis, o isquion y acetábulo	76,37	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27077	Resección radical de tumor o infección; hueso innominado coxal, total	85,02	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27078	Resección radical de tumor o infección; tuberosidad isquial isquiática, y trocánter mayor del fémur	62,19	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27080	Coccigectomía, primaria	15,35	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27086	Extirpación de cuerpo extraño, pelvis o cadera; tejido subcutáneo	8,07	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27087	Extirpación de cuerpo extraño, pelvis o cadera; profundo, subfascial o intramuscular	18,48	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27090	Remoción de prótesis de cadera; (procedimiento separado)	24,82	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27091	Remoción de prótesis de cadera; con complicaciones, incluyendo prótesis de cadera total metilmetacrilato, con o sin inserción de espaciador	48,08	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27093	Procedimiento de inyección para artrografía de cadera; sin anestesia	5,38	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27095	Procedimiento de inyección para artrografía de cadera; con anestesia	7,00	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27096	Inyección para unión sacroilíaca, artrografia y/o anestésico/esteroides, con guía de imágenes (fluoroscopia o TC) incluyendo artrografía cuando se realice	4,57	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27097	Liberación o resección, tendones de la corva, proximal	20,25	4,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	27098	Transferencia, de aductor al isquion	18,90	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27100	Transferencia del músculo oblicuo externo del abdomen al trocánter mayor incluyendo extensión fascial o de tendón (injerto)	24,42	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27105	Transferencia de músculo paraespinal a la cadera (incluye injerto de extensión fascial o de tendón)	25,99	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27110	Transferencia de psoas ilíaco; al trocánter mayor del fémur	29,10	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27111	Transferencia de psoas ilíaco; al cuello femoral	27,11	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27120	Acetabuloplastia; (P. ej. Whitman, Colonna, Haygroves, o "en copa")	38,90	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27122	Acetabuloplastia; resección de cabeza del fémur (P. ej. procedimiento de Girdlestone)	33,07	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27125	Hemiartroplastia, cadera, parcial (P. ej. tallo femoral prostético, artroplastia bipolar)	34,09	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27130	Artroplastia, reemplazo prostético acetabular y femoralproximal (reemplazo total de cadera), con o sin injerto autólogo o aloinjerto	40,84	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27132	Conversión de cirugía previa de cadera en reemplazo total de cadera, con o sin injerto autólogo o aloinjerto	50,47	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27134	Revisión de Artroplastia total de cadera; ambos componentes, con o sin injerto autólogo o aloinjerto	57,85	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27137	Revisión de Artroplastia total de cadera; componente acetabular solamente, con o sin injerto autólogo o aloinjerto	44,41	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27138	Revisión de Artroplastia total de cadera; componente femoral solamente, con o sin aloinjerto	46,14	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27140	Osteotomía y transferencia de trocánter mayor (procedimiento separado)	26,72	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27146	Osteotomía, ilíaca, acetabular o hueso innominado coxal;	38,26	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27147	Osteotomía, ilíaca, acetabular o hueso innominado coxal; con reducción abierta de cadera	43,92	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27151	Osteotomía, ilíaca, acetabular o hueso innominado coxal; con osteotomía femoral	48,04	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27156	Osteotomía, ilíaca, acetabular o hueso innominado coxal; con osteotomía femoral y con reducción abierta de cadera	50,87	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27158	Osteotomía, pelvis, bilateral (P. ej. malformación congénita)	42,31	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27161	Osteotomía, cuello femoral (procedimiento separado)	36,45	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27165	Osteotomía, intratrocantérica o subtrocantérica incluyendo fijación interna o externa y/o yeso	41,26	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27170	Injerto óseo, cabeza y cuello del fémur, área intertrocantérica o subtrocantérica (incluyendo el injerto óseo obtenido)	35,38	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27175	Tratamiento del deslizamiento de la epífisis femoral; por tracción, sin reducción	19,54	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27176	Tratamiento del deslizamiento de la epífisis femoral; mediante una única o varias clavijas, in situ	27,57	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27177	Tratamiento abierto del deslizamiento de la epífisis femoral; una sola o varias clavijas o injertos óseos (incluye obtención del injerto)	33,52	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27178	Tratamiento abierto del deslizamiento de la epífisis femoral; manipulación cerrada con una sola o varias clavijas	23,64	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27179	Tratamiento abierto del deslizamiento de la epífisis femoral; Osteoplastia del cuello femoral (procedimiento de Heyman)	28,58	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27181	Tratamiento abierto del deslizamiento de la epífisis femoral; osteotomía y fijación interna	39,71	6,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	27185	Arresto epifisario mediante epifisiodesis o engrapado, trocánter mayor del fémur	21,50	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27187	Tratamiento profiláctico (clavos, clavijas, placas, o alambres) con o sin metilmetacrilato, cuello femoral y fémur proximal	35,00	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27197	Tratamiento cerrado de fractura (s) del anillo pélvico posterior, dislocación (es), diastasis o subluxación del ilion, articulación sacroilíaca y / o sacro, con o sin fractura (s) y / o dislocación (s) del anillo pélvico anterior sínfisis púbica y / o ramas superiores / inferiores, unilaterales o bilaterales; sin manipulación	3,44	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27198	Tratamiento cerrado de fractura (s) del anillo pélvico posterior, dislocación (es), diastasis o subluxación del ilion, articulación sacroilíaca y / o sacro, con o sin fractura (s) y / o dislocación (s) del anillo pélvico anterior sínfisis púbica y / o ramas superiores / inferiores, unilaterales o bilaterales; con manipulación, que requiere más que anestesia local (es decir, anestesia general, sedación moderada, espinal / epidural)	8,86	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27200	Tratamiento cerrado de fractura coccígea	5,32	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27202	Tratamiento abierto de fractura coccígea	16,77	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27215	Tratamiento abierto de fracturas de espinas ilíacas, avulsiva de la tuberosidad, o de la cresta ilíaca (P. ej. fracturas pélvicas que no comprometen el anillo pelviano), con fijación interna, cuando se realiza	17,94	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27216	Fijación esquelética percutánea de fractura y / o dislocación de hueso pélvico posterior, para patrones de fractura que interrumpen el anillo pélvico, unilateral (incluye ilion ipsilateral, articulación sacroilíaca y / o sacro)	31,30	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27217	Tratamiento abierto de fractura y/o dislocación de hueso pélvico anterior, con patrones de fractura que afectan el anillo pélvico, unilateral, incluyendo fijación interna, cuando se realice	25,00	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27218	Tratamiento abierto de fractura y/o dislocación de hueso pélvico anterior, con patrones de fractura que afectan el anillo pélvico, unilateral, incluyendo fijación interna, cuando se realice	35,80	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27220	Tratamiento cerrado de fracturas del acetábulo (cavidad de sustentación del acetábulo); sin manipulación	15,77	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27222	Tratamiento cerrado de fracturas del acetábulo (cavidad de sustentación del acetábulo); con manipulación, con o sin tracción esquelética	29,23	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27226	Tratamiento abierto de fractura de la pared anterior o posterior del acetábulo, con fijación interna	31,77	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27227	Tratamiento abierto de fracturas acetabulares que comprometen la columna anterior o posterior (una de las dos), o una fractura de trayecto transversal a través del acetábulo, con fijación interna	52,10	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27228	El tratamiento abierto de las fracturas acetabulares que involucran columnas anterior y posterior (dos) incluye fractura en T y fractura de columna con desprendimiento articular completo, o fractura de columna única o transversal con fractura de pared acetabular asociada, con fijación interna	83,30	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27230	Tratamiento cerrado de fractura femoral, extremo proximal, cuello; sin manipulación	14,08	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27232	Tratamiento cerrado de fractura femoral, extremo proximal, cuello; con manipulación, con o sin tracción esquelética	22,45	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27235	Fijación esquelética percutánea de fractura femoral, extremo proximal, cuello	27,32	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27236	Tratamiento abierto de fractura femoral, extremo proximal, cuello, fijación interna o reemplazo prostético	35,97	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27238	Tratamiento cerrado de fractura femoral pertrocantérica, o subtrocantérica femoral; sin manipulación	13,67	4,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	27240	Tratamiento cerrado de fractura femoral pertrocanterica, o subtrocanterica; con manipulación, con o sin tracción de piel o tracción esquelética	28,74	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27244	Tratamiento abierto de fractura femoral intertrocanterica, pertrocanterica, o subtrocanterica; con implante del tipo placa/tornillo, con o sin cerclaje	37,04	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27245	Tratamiento abierto de fractura femoral intertrocanterica, pertrocanterica, o subtrocanterica; con implante intramedular, con o sin tornillos fijadores y/o cerclaje	37,04	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27246	Tratamiento cerrado de fractura del trocánter mayor, sin manipulación	11,41	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27248	Tratamiento abierto de fractura del trocánter mayor, incluye fijación interna, cuando se realice	22,28	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27250	Tratamiento cerrado de dislocación de la cadera, traumática; sin anestesia	5,44	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27252	Tratamiento cerrado de dislocación de la cadera, traumática; con anestesia	22,70	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27253	Tratamiento abierto de dislocación de la cadera, traumática, sin fijación interna	28,28	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27254	Tratamiento abierto de dislocación de la cadera, traumática, con fractura de la pared acetabular y de cabeza del fémur, con o sin fijación interna o externa	38,13	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27256	Tratamiento de dislocación espontánea de la cadera (del desarrollo, incluyendo casos congénitos o patológicos), por abducción, férula o tracción; sin anestesia, sin manipulación	8,82	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27257	Tratamiento de dislocación espontánea de la cadera (del desarrollo, incluyendo casos congénitos o patológicos), por abducción, férula o tracción; sin anestesia, con manipulación, con anestesia	15,60	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27258	Tratamiento abierto de dislocación espontánea de la cadera (del desarrollo, incluyendo casos congénitos o patológicos), reemplazo de la cabeza del fémur en el acetábulo (incluyendo la tenotomía, etc.)	33,38	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27259	Tratamiento abierto de dislocación espontánea de la cadera (del desarrollo, incluyendo casos congénitos o patológicos), reemplazo de la cabeza del fémur en el acetábulo (incluyendo la tenotomía, etc.); con acortamiento del eje femoral	46,87	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27265	Tratamiento cerrado de dislocación de la cadera post Artroplastía de cadera; sin anestesia	11,74	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27266	Tratamiento cerrado de dislocación de la cadera post Artroplastía de cadera; con anestesia regional o general	17,35	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27267	Tratamiento cerrado de fractura femoral, proximal o distal, cabeza; sin manipulación	12,84	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27268	Tratamiento cerrado de fractura femoral, proximal o distal, cabeza; con manipulación	15,78	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27269	Tratamiento abierto de fractura femoral, proximal distal, cabeza, incluye fijación interna, cuando se realice	37,46	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27275	Manipulación, articulación de la cadera, con anestesia general	5,40	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27279	Artrodesis, articulación sacroiliaca, percutánea o minimamente invasiva (visualización indirecta), con guía por imágenes, incluye obtención de injerto óseo cuando se realice, y colocación de aparato transfixiante	20,99	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27280	Artrodesis abierta, articulación sacroilíaca, incluida la obtención de injerto óseo, incluida la instrumentación, cuando se realiza	41,73	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27282	Artrodesis, sínfisis del pubis (incluye obtención del injerto)	24,34	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27284	Artrodesis, articulación de la cadera (incluyendo obtención del injerto);	43,95	6,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	27286	Artrodesis, articulación de la cadera (incluyendo obtención del injerto); con osteotomía subtrocantérica	48,61	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27290	Amputación interpelviabdominal (amputación de cuarto trasero)	48,55	15,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27295	Desarticulación de la cadera	38,22	10,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27299	Procedimiento que no aparece en la lista, pelvis o articulación de la cadera	CM	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27301	Incisión y drenaje, absceso profundo, bolsa sinovial o hematoma, muslo o región de la rodilla	19,80	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27303	Incisión, profunda, con apertura de hueso cortical, fémur o rodilla (P. ej. osteomielitis o absceso óseo)	19,12	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27305	Fasciotomía, iliotibial (tenotomía), abierta	14,26	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27306	Tenotomía, percutánea, aductor o tendones de la corva; un solo tendón (procedimiento separado)	10,36	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27307	Tenotomía, percutánea, aductor o tendones de la corva; varios tendones	12,64	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27310	Artrotomía, rodilla, con exploración, drenaje o extirpación de cuerpo extraño (P. ej. infección)	21,84	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27323	Biopsia, tejido blando de región del muslo o la rodilla; superficial	7,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27324	Biopsia, tejido blando de región del muslo o la rodilla; profunda (subfacial o intramuscular)	11,90	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27325	Neurectomía, músculos isquiotibiales	15,43	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27326	Neurectomía, popliteal (gastronecmio)	14,93	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27327	Excisión, tumor, tejido blando de región del muslo o la rodilla; subcutánea; menos de 3 cm	13,46	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27328	Excisión, tumor, tejido blando de región del muslo o la rodilla; profunda, (p.ej. Intramuscular); menos de 5 cm	18,70	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27329	Resección radical de tumor (P. ej. sarcoma), tejido blando o región del muslo o la rodilla; menor de 5 cm	31,43	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27330	Artrotomía, rodilla; con biopsia sinovial solamente	12,50	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27331	Artrotomía, rodilla; incluyendo exploración de la articulación, biopsia, o extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño	14,12	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27332	Artrotomía, con excisión de cartilago semilunar (meniscectomía), rodilla; medial o lateral	19,14	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27333	Artrotomía, con excisión de cartilago semilunar (meniscectomía), rodilla; medial y lateral	17,49	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27334	Artrotomía, con sinovectomía, rodilla; anterior o posterior	20,39	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27335	Artrotomía, con sinovectomía, rodilla; anterior y posterior incluyendo región poplíteo	22,77	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27337	Excisión de tumor, tejido blando de muslo o rodilla, subcutánea; 3 cm o mayor	12,60	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27339	Excisión de tumor, tejido blando de muslo o rodilla, subfascial (por ejemplo, intramuscular); 5 cm o mayor	22,74	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27340	Excisión, bolsa sinovial prerrotuliana	11,01	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27345	Excisión de quiste sinovial del espacio poplíteo (P. ej. quiste de Baker)	14,27	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27347	Excisión de lesión de menisco o cápsula (P. ej. quiste, ganglión), rodilla	15,74	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27350	Rotulectomía o hemirotulectomía	19,41	4,00
MUSCULO	27355	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de fémur;	17,97	5,00

ESQUELÉTICO				
MUSCULO ESQUELÉTICO	27356	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de fémur; con aloinjerto	21,93	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27357	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de fémur; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	24,34	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27358	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno de fémur; con fijación interna (anotar además del código para el procedimiento primario)	16,00	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27360	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía) hueso, fémur, tibia proximal y/o peroné (P. ej. osteomielitis o absceso óseo)	25,36	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27364	Resección radical de tumor (p.ej. sarcoma), tejido blando de muslo o rodilla, 5 cm o mayor	47,20	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27365	Resección radical de tumor, hueso, fémur o rodilla	62,29	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27370	Procedimiento de inyección para artrografía de rodilla	4,42	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27372	Extirpación de cuerpo extraño, profundo, región del muslo o de la rodilla	17,63	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27380	Sutura de tendón infrarrotuliano; primaria	17,63	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27381	Sutura de tendón infrarrotuliano; reconstrucción secundaria, incluyendo injerto fascial o de tendón	23,83	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27385	Sutura de ruptura del músculo cuádriceps o de unidad musculotendinosa de la corva; primaria	17,03	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27386	Sutura de ruptura del músculo cuádriceps o de unidad musculotendinosa de la corva; reconstrucción secundaria, incluyendo injerto fascial o de tendón	24,68	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27390	Tenotomía, abierta, isquiotibiales, rodilla a cadera; tendón simple un solo tendón	13,14	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27391	Tenotomía, abierta, isquiotibiales, rodilla a cadera; varios tendones, una pierna	17,01	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27392	Tenotomía, abierta, isquiotibiales, rodilla a cadera; varios tendones, bilateral	20,91	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27393	Alargamiento del tendón de los isquiotibiales; tendón simple	15,18	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27394	Alargamiento de tendón de la corva; varios tendones, una pierna	18,80	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27395	Alargamiento del tendón de los isquiotibiales; bilaterales	26,34	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27396	Trasplante o transferencia (con redireccionamiento o reorientación muscular), muslo (p.ej. extensor a flexor); un solo tendón	18,30	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27397	Trasplante o transferencia (con redireccionamiento o reorientación muscular), muslo (p.ej. extensor a flexor); múltiples tendones	27,08	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27400	Transferencia, tendón o músculo, isquiotibiales al fémur (p. Ej., Procedimiento tipo Egger)	20,47	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27403	Artrotomía con reparación de menisco, rodilla	19,09	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27405	Corrección, primaria, ligamento y/o cápsula desgarrados, rodilla; colateral	20,11	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27407	Corrección, primaria, ligamento y/o cápsula desgarrados, rodilla; cruzado	23,14	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27409	Corrección, primaria, ligamento y/o cápsula desgarrados, rodilla; ligamentos colateral y cruzado	28,98	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27412	Implantación de condrocitos autologos, rodilla	25,40	4,00
MUSCULO	27415	Aloinjerto osteocondral, rodilla, abierto	41,36	4,00

ESQUELÉTICO				
MUSCULO ESQUELÉTICO	27416	Autoinjerto(s) osteocondral, rodilla, abierto(ej, plastimosoico)(incluye realizar el autoinjerto[s])	29,49	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27418	Plastía de la tuberosidad anterior de la tibia (P. ej. procedimiento tipo Maquet)	24,63	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27420	Reconstrucción de dislocación de la rótula; (P. ej. procedimiento tipo Hauser)	22,19	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27422	Reconstrucción de dislocación de la rótula; con realineación del extensor y/o avance o liberación de músculo (P. ej. procedimientos tipo Campbell, Goldwaite)	22,19	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27424	Reconstrucción de dislocación de la rótula; con rotulectomía	22,41	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27425	Liberación del retináculo lateral (cualquier método)	16,00	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27427	Reconstrucción de ligamentos (aumento), rodilla; extraarticular	21,23	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27428	Reconstrucción de ligamentos (aumento), rodilla; intraarticular (abierto)	33,25	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27429	Reconstrucción de ligamentos (aumento), rodilla; intraarticular (abierto) y extraarticular	37,14	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27430	Cuadriceplastía (P. ej. procedimiento tipo Bennett o Thompson)	22,07	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27435	Capsulotomía, liberación de la cápsula posterior, rodilla	24,07	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27437	Artroplastía, rótula; sin prótesis	19,80	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27438	Artroplastía, rótula; con prótesis	25,13	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27440	Artroplastía, rodilla, meseta tibial;	23,81	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27441	Artroplastía, rodilla, meseta tibial; con desbridamiento y sinovectomía parcial	24,74	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27442	Artroplastía, cóndilos femorales o mesetas tibiales, rodilla;	26,04	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27443	Artroplastía, cóndilos femorales o mesetas tibiales, rodilla; con desbridamiento y sinovectomía parcial	24,38	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27445	Artroplastía, rodilla, prótesis con bisagras (P. ej. tipo Walldius)	37,69	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27446	Artroplastía, rodilla, cóndilo y meseta tibial; compartimientos medial o lateral	34,88	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27447	Artroplastía, rodilla, cóndilo y meseta tibial; compartimientos medial y lateral con o sin resuperficialización de la rótula ("reemplazo total de rodilla")	40,82	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27448	Osteotomía, fémur, diáfisis o supracondílea; sin fijación	22,94	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27450	Osteotomía, fémur, diáfisis o supracondílea; con fijación	30,40	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27454	Osteotomía, varias, con realineación en varilla intramedular, diáfisis femoral (P. ej. procedimiento tipo Sofield)	39,06	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27455	Osteotomía, tibia proximal, incluyendo excisión u osteotomía del peroné (incluye corrección de genu varum (piernas arqueadas) o genu valgum (piernas en forma de "X"); antes del cierre epifisario	28,22	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27457	Osteotomía, tibia proximal, incluyendo excisión u osteotomía del peroné (incluye corrección de genu varum (piernas arqueadas) o genu valgum (piernas en forma de 'X'); después del cierre epifisario	28,33	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27465	Osteoplastía, fémur; acortamiento (excluyendo 64876)	37,07	5,00
MUSCULO	27466	Osteoplastía, fémur; alargamiento	35,24	5,00

ESQUELÉTICO				
MUSCULO ESQUELÉTICO	27468	Osteoplastia, fémur; combinado, alargamiento y acortamiento con transferencia de segmento femoral	40,49	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27470	Corrección, falta de unión o unión defectuosa, fémur distal a la cabeza y cuello; sin injerto (P. ej. técnica compresiva)	35,30	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27472	Corrección, falta de unión o unión defectuosa, fémur distal a la cabeza y cuello; con injerto autólogo de hueso ilíaco u otro hueso (incluye obtención del injerto)	37,95	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27475	Paro, epifisario, cualquier método (P. ej. epifisiodesis); fémur distal	19,80	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27477	Paro, epifisario, cualquier método (P. ej. epifisiodesis); tibia y peroné, proximal	21,97	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27479	Paro, epifisario, cualquier método (P. ej. epifisiodesis); fémur distal combinado, tibia y peroné proximal	27,66	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27485	Paro, hemiepifisario, fémur distal o tibia o peroné proximales (P. ej. genu varum o valgum)	19,94	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27486	Revisión de artroplastía total de la rodilla, con o sin aloinjerto; un componente	42,32	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27487	Revisión de artroplastía total de la rodilla, con o sin aloinjerto; componentes femoral y tibia completa	52,99	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27488	Remoción de prótesis, incluyendo "rodilla total", prótesis metilmetacrilato con o sin inserción de espaciador, rodilla	36,06	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27495	Tratamiento profiláctico (clavos, clavijas, placas o alambre) con o sin metilmetacrilato, fémur	33,82	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27496	Fasciotomía descompresiva, muslo y/o rodilla, un compartimiento (flexor o extensor o aductor)	16,01	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27497	Fasciotomía descompresiva, muslo y/o rodilla, un compartimiento (flexor o extensor o aductor); con desbridamiento de músculo y/o nervio desvitalizados	17,28	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27498	Fasciotomía descompresiva, muslo y/o rodilla, varios compartimientos	19,43	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27499	Fasciotomía descompresiva, muslo y/o rodilla, varios compartimientos; con desbridamiento de músculo y/o nervio desvitalizados	20,56	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27500	Tratamiento cerrado de fractura de la diáfisis femoral, sin manipulación	15,36	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27501	Tratamiento cerrado de fractura femoral supracondilar o transcondilar con o sin extensión intercondilar, sin manipulación	14,98	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27502	Tratamiento cerrado de fractura de la diáfisis femoral, con manipulación, con o sin tracción de piel o esquelética	22,74	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27503	Tratamiento cerrado de fractura femoral supracondilar o transcondilar con o sin extensión intercondilar, con manipulación, con o sin tracción de piel o esquelética	23,93	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27506	Tratamiento abierto de fractura de la diáfisis femoral, con o sin fijación externa, con inserción de implante intramedular, con o sin cerclaje y/o tornillos fijadores	40,22	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27507	Tratamiento abierto de fractura de la diáfisis femoral con placa/tornillos, con o sin cerclaje	29,24	6,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27508	Tratamiento cerrado de fractura femoral, extremo distal, cóndilo medial o lateral, sin manipulación	15,50	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27509	Fijación esquelética percutánea de fractura femoral, extremo distal, cóndilo medial o lateral, o supracondilar o transcondilar, con o sin extensión intercondilar, o separación epifisaria femoral distal	19,08	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27510	Tratamiento cerrado de fractura femoral, extremo distal, cóndilo medial o lateral, con manipulación	20,38	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27511	Tratamiento abierto de fractura femoral supracondilar o transcondilar sin extensión intercondilar, incluye fijación interna, cuando se realice	30,02	5,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	27513	Tratamiento abierto de fractura femoral supracondilar o transcondilar con extensión intercondilar, incluye fijación interna, cuando se realice	37,40	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27514	Tratamiento abierto de fractura femoral, extremo distal, cóndilo medial o lateral, incluye fijación interna, cuando se realice	29,10	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27516	Tratamiento cerrado de separación epifisaria femoral distal; sin manipulación	14,97	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27517	Tratamiento cerrado de separación epifisaria femoral distal; con manipulación, con o sin tracción de piel o esquelética	19,04	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27519	Tratamiento abierto de separación epifisaria femoral distal, incluye fijación interna, cuando se realice	26,87	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27520	Tratamiento cerrado de fractura rotuliana, sin manipulación	9,43	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27524	Tratamiento abierto de fractura rotuliana, con fijación interna y/o rotulectomía parcial o completa y corrección de tejido blando	22,49	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27530	Tratamiento cerrado de fractura tibial, proximal (meseta); sin manipulación	8,81	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27532	Tratamiento cerrado de fractura tibial, proximal (meseta); con o sin manipulación, con tracción esquelética	18,24	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27535	Tratamiento abierto de fractura tibial, proximal (meseta); unicondilar, con o sin fijación interna o externa	26,99	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27536	Tratamiento abierto de fractura tibial, proximal (meseta); bicondilar, con o sin fijación interna	35,74	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27538	Tratamiento cerrado de fractura de espinas intercondiloideas y/o de fracturas tuberositarias de la rodilla, con o sin manipulación	14,02	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27540	Tratamiento abierto de fractura de espinas intercondiloideas y/o de fracturas tuberositarias de la rodilla, incluye fijación interna, cuando se realice	24,28	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27550	Tratamiento cerrado de dislocación de rodilla; sin anestesia	14,94	0,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27552	Tratamiento cerrado de dislocación de rodilla; con anestesia	18,67	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27556	Tratamiento abierto de dislocación de rodilla, incluye fijación interna, cuando se realice; sin corrección primaria de ligamento o aumento/reconstrucción	25,91	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27557	Tratamiento abierto de dislocación de rodilla, incluye fijación interna, cuando se realice; con corrección primaria de ligamento	30,71	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27558	Tratamiento abierto de dislocación de rodilla, incluye fijación interna, cuando se realice; con corrección primaria de ligamento, con aumento/reconstrucción	36,09	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27560	Tratamiento cerrado de dislocación rotuliana; sin anestesia	10,52	0,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27562	Tratamiento cerrado de dislocación rotuliana; con anestesia	14,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27566	Tratamiento abierto de dislocación rotuliana, con o sin rotulectomía parcial o total	26,65	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27570	Manipulación de articulación de la rodilla bajo anestesia general (incluye aplicación de tracción o de otros dispositivos de fijación)	4,49	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27580	Artrodesis, rodilla, cualquier técnica	43,16	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27590	Amputación, muslo, a través del fémur, cualquier nivel;	24,51	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27591	Amputación, muslo, a través del fémur, cualquier nivel; con prótesis postoperatoria inmediata (PPOI) incluyendo el primer enyesado	29,03	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27592	Amputación, muslo, a través del fémur, cualquier nivel; abierta, circular (guillotina)	20,82	5,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	27594	Amputación, muslo, a través del fémur, cualquier nivel; cierre secundario o revisión de cicatriz	15,28	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27596	Amputación, muslo, a través del fémur, cualquier nivel; reamputación	21,98	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27598	Desarticulación a nivel de la rodilla	21,77	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27599	Procedimiento que no aparece en la lista, fémur o rodilla	CM	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27600	Fasciotomía descompresiva, pierna; compartimientos anteriores y/o laterales solamente	12,26	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27601	Fasciotomía descompresiva, pierna; compartimiento (s) posterior (es) solamente	13,36	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27602	Fasciotomía descompresiva, pierna; compartimiento (s) anteriores y/o laterales, y posteriores solamente	14,86	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27603	Incisión y drenaje, pierna o tobillo; absceso profundo o hematoma	15,54	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27604	Incisión y drenaje, pierna o tobillo; bolsa sinovial infectada	14,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27605	Tenotomía, percutánea, tendón de Aquiles (procedimiento separado); anestesia local	9,92	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27606	Tenotomía, percutánea, tendón de Aquiles (procedimiento separado); anestesia general	8,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27607	Incisión, (P. ej. osteomielitis o absceso óseo), pierna o tobillo	18,14	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27610	Artrotomía, tobillo, incluyendo exploración, drenaje, o extirpación de cuerpo extraño	19,36	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27612	Artrotomía, liberación capsular posterior, tobillo, con o sin alargamiento de tendón de Aquiles	16,67	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27613	Biopsia, tejido blando de pierna o región del tobillo; superficial	7,34	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27614	Biopsia, tejido blando de pierna o región del tobillo; profundo (subfascial o intramuscular)	16,98	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27615	Resección radical de tumor (p. ej. neoplasia maligna), tejido blando de pierna o región del tobillo; menor de 5 cm	30,83	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27616	Resección radical de tumor (por ejemplo, neoplasia maligna), tejido blando de pierna o tobillo, 5 cm o mayor	38,31	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27618	Exsición, tumor, tejido blando de pierna o región del tobillo; tejido subcutáneo; menos de 3 cm	13,21	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27619	Exsición, tumor, tejido blando pierna o región del tobillo; subfascial (p.ej. intramuscular); menos de 5 cm	13,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27620	Artrotomía, tobillo, con exploración de articulación, con o sin biopsia, con o sin extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño	13,48	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27625	Artrotomía, con sinovectomía, tobillo;	17,19	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27626	Artrotomía, con sinovectomía, tobillo; incluyendo tenosinovectomía	17,94	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27630	Excisión de lesión de vaina tendinosa o cápsula (p. ej. quiste o ganglión), pierna y/o tobillo	16,31	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27632	Resección radical de tumor, tejido blando de pierna o tobillo, subcutáneo; 3 cm o mayor	12,41	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27634	Excisión de tumor, tejido blando de pierna o tobillo, subfascial (por ejemplo, intramuscular); 5 cm o mayor	20,60	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27635	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno; tibia o peroné	17,43	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27637	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno; tibia y peroné, con injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	22,79	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27638	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno; tibia y peroné, con aloinjerto	22,76	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	27640	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía), hueso (P. ej. Osteomielitis); tibia	24,93	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27641	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía), hueso (p. ej. osteomielitis); peroné	19,89	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27645	Resección radical de tumor, hueso; tibia	53,52	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27646	Resección radical de tumor, hueso; peroné	44,66	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27647	Resección radical de tumor, hueso; astrágalo o calcáneo	30,12	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27648	Procedimiento de inyección para artrografía de tobillo	4,77	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27650	Corrección, primaria, abierta o percutánea, ruptura del tendón de Aquiles	19,51	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27652	Corrección, primaria, abierta o percutánea, ruptura del tendón de Aquiles; con injerto (incluye obtención del injerto)	20,28	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27654	Corrección, secundaria, tendón de Aquiles, con o sin injerto	20,97	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27656	Corrección, defecto fascial de la pierna	18,14	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27658	Corrección, tendón flexor, pierna; primaria, sin injerto, cada tendón	11,01	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27659	Corrección, tendón flexor, pierna; secundaria con o sin injerto, cada tendón	14,13	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27664	Corrección, tendón extensor, pierna; primaria, sin injerto, cada tendón	10,71	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27665	Corrección, tendón extensor, pierna; secundaria con o sin injerto, cada tendón	12,13	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27675	Corrección, dislocación de tendones del peroné; sin osteotomía de peroné (fibula)	14,48	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27676	Corrección, dislocación de tendones del peroné; con osteotomía de peroné	18,03	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27680	Tenólisis, tendón flexor o extensor, pierna y/o tobillo; un solo tendón, cada tendón	12,74	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27681	Tenólisis, tendón flexor o extensor, pierna y/o tobillo; varios tendones (a través de distintas incisiones)	16,32	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27685	Alargamiento o acortamiento de tendón, pierna o tobillo; un solo tendón (procedimiento separado)	19,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27686	Alargamiento o acortamiento de tendón, pierna o tobillo; varios tendones (a través de la misma incisión), cada uno	16,64	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27687	Resesión de músculos gemelos (p. ej. procedimiento de Strayer)	13,43	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27690	Transferencia o trasplante de un solo tendón (con cambio de dirección o de ruta del músculo); superficial (P. ej. Extensores tibiales anteriores al pie medio)	18,72	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27691	Transferencia o trasplante de un solo tendón (con cambio de dirección o de ruta del músculo); profundo (P. ej. tibial anterior o tibial posterior a través del espacio interóseo, flexor largo común)	22,24	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27692	Transferencia o trasplante de un solo tendón (con cambio de dirección o de ruta del músculo); cada tendón adicional (anotar además del código para el procedimiento primario)	3,17	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27695	Corrección, primaria, ligamento lesionado, tobillo; colateral	14,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27696	Corrección, primaria, ligamento lesionado, tobillo; ambos ligamentos colaterales	16,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27698	Corrección, secundaria, ligamento lesionado, tobillo, colateral (P. ej. procedimiento de Watson- Jones)	19,03	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27700	Artroplastía, tobillo	20,00	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	27702	Artroplastía, tobillo; con implante (tobillo total)	31,00	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27703	Artroplastía, tobillo; revisión de tobillo total	33,19	7,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27704	Remoción de implante de tobillo	17,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27705	Osteotomía; tibia	22,64	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27707	Osteotomía; peroné	11,85	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27709	Osteotomía; tibia y peroné	35,20	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27712	Osteotomía; múltiple, con realineación en varilla intramedular (p. ej. procedimiento tipo Sofield)	33,26	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27715	Osteoplastia, tibia y peroné, alargamiento o acortamiento	31,59	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27720	Corrección de falta de unión o unión defectuosa, tibia; sin injerto (P. ej. técnica compresiva)	26,18	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27722	Corrección de falta de unión o unión defectuosa, tibia; con injerto deslizante	26,71	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27724	Corrección de falta de unión o unión defectuosa, tibia; con injerto autólogo ilíaco u otro (incluye obtención del injerto)	38,05	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27725	Corrección de falta de unión o unión defectuosa, tibia; por sinostosis, con peroné, cualquier método	35,81	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27726	Reparación de la falta de unión o mal unión de peroné con fijación interna	28,90	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27727	Corrección de pseudoartrosis congénita, tibia	26,63	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27730	Detención epifisario (epifisiodesis), cualquier método; tibia distal	16,49	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27732	Detención epifisario (epifisiodesis), cualquier método; peroné distal	10,96	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27734	Detención epifisario (epifisiodesis), cualquier método; tibia distal y peroné distal	19,63	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27740	Arresto epifisario (epifisiodesis), cualquier combinación de métodos, tibia y peroné proximales y distales;	20,59	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27742	Arresto epifisario (epifisiodesis), cualquier combinación de métodos, tibia y peroné proximales y distales; y fémur distal	22,50	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27745	Tratamiento profiláctico (clavos, clavijas, placa, o alambre) con o sin metilmetacrilato, tibia	22,60	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27750	Tratamiento cerrado de fractura de la diáfisis tibial (con o sin fractura del peroné); sin manipulación	10,14	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27752	Tratamiento cerrado de fractura de la diáfisis tibial (con o sin fractura del peroné); con manipulación, con o sin tracción esquelética	15,84	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27756	Fijación esquelética percutánea de fractura de la diáfisis tibial (con o sin fractura del peroné) (P. ej. clavijas o tornillos)	17,17	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27758	Tratamiento abierto de fractura de la diáfisis tibial, (con o sin fractura del peroné) con placa/tornillos, con o sin cerclaje	26,69	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27759	Tratamiento abierto de fractura de la diáfisis tibial, (con o sin fractura del peroné) mediante implante intramedular, con o sin tornillos fijadores y/o cerclaje	29,98	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27760	Tratamiento cerrado de fractura del maléolo medial; sin manipulación	9,70	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27762	Tratamiento cerrado de fractura del maléolo medial; con manipulación, con o sin tracción de piel o esquelética	13,80	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27766	Tratamiento abierto de fractura de maléolo medial, incluye fijación interna, cuando se realice	18,13	3,00
MUSCULO	27767	Tratamiento cerrado de la fractura del maléolo posterior; sin	8,18	3,00

ESQUELÉTICO		manipulación		
MUSCULO ESQUELÉTICO	27768	Tratamiento cerrado de la fractura del maléolo posterior; con manipulación	12,98	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27769	Tratamiento abierto de fractura del maléolo posterior, incluye fijación interna, cuando se realiza	21,62	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27780	Tratamiento cerrado de fractura de peroné proximal, o diáfisis del peroné; sin manipulación	8,93	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27781	Tratamiento cerrado de fractura de peroné proximal, o diáfisis del peroné; con manipulación	12,53	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27784	Tratamiento abierto de fractura de peroné proximal, o diáfisis del peroné, incluye fijación interna, cuando se realice	21,35	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27786	Tratamiento cerrado de fractura del peroné distal (maléolo lateral); sin manipulación	9,21	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27788	Tratamiento cerrado de fractura del peroné distal (maléolo lateral); con manipulación	12,34	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27792	Tratamiento abierto de fractura del peroné distal (maléolo lateral), incluye fijación interna, cuando se realice	19,46	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27808	Tratamiento cerrado de fractura bimalleolar del tobillo, p.ej. Maleolo lateral y medial, o maleolo lateral y posterior, o maleolo medial y posterior); sin manipulación	9,74	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27810	Tratamiento cerrado de fractura bimalleolar del tobillo, p.ej. Maleolo lateral y medial, o maleolo lateral y posterior, o maleolo medial y posterior); con manipulación	13,68	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27814	Tratamiento cerrado de fractura bimalleolar del tobillo, p.ej. Maleolo lateral y medial, o maleolo lateral y posterior, o maleolo medial y posterior); incluye fijación interna, cuando se realice	23,05	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27816	Tratamiento cerrado de fractura trimaleolar del tobillo; sin manipulación	9,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27818	Tratamiento cerrado de fractura trimaleolar del tobillo; con manipulación	14,19	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27822	Tratamiento abierto de fractura trimaleolar del tobillo, incluyendo fijación interna, cuando se realice, maléolo medial y/o lateral; sin fijación de labio posterior	25,59	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27823	Tratamiento abierto de fractura trimaleolar del tobillo, incluyendo fijación interna, cuando se realice, maléolo medial y/o lateral; con fijación de labio posterior	29,07	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27824	Tratamiento cerrado de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga axial (P.ej. pilón o plafón tibial), con o sin anestesia; sin manipulación	9,19	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27825	Tratamiento cerrado de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga axial (P. ej. pilón o plafón tibial), con o sin anestesia; con tracción esquelética y/o con requerimiento de manipulación	16,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27826	Tratamiento abierto de fractura de la porción de la superficie articular de la tibia distal que soporta carga axial (P. ej. pilón y plafón tibial), con fijación interna, cuando se realice; sólo de peroné	25,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27827	Tratamiento abierto de fractura de la porción de la superficie articular de la tibia distal que soporta carga axial (P. ej. pilón y plafón tibial), con fijación interna, cuando se realice; sólo de tibia	32,84	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27828	Tratamiento abierto de fractura de la porción de la superficie articular de la tibia distal que soporta carga axial (P. ej. pilón y plafón tibial), con fijación interna, cuando se realice; de ambos (tibia y peroné)	39,35	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27829	Tratamiento abierto de rotura de la articulación tibioperonea distal (sindesmosis), incluye fijación interna, cuando se realice	20,69	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27830	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación tibioperonea proximal; sin anestesia	11,08	0,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	27831	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación tibioperonea proximal; con anestesia	11,15	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27832	Tratamiento abierto de dislocación de articulación tibioperonea proximal, incluye fijación interna, cuando se realice, o con excisión de peroné proximal	22,64	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27840	Tratamiento cerrado de dislocación del tobillo; sin anestesia	10,80	0,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27842	Tratamiento cerrado de dislocación del tobillo; con anestesia, con o sin fijación esquelética percutánea	14,65	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27846	Tratamiento abierto de dislocación de tobillo, con o sin fijación esquelética percutánea; sin corrección o fijación interna	21,73	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27848	Tratamiento abierto de dislocación de tobillo, con o sin fijación esquelética percutánea; con corrección o fijación interna o externa	24,09	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27860	Manipulación de tobillo bajo anestesia general (incluye la aplicación de tracción u otro aparato de fijación)	5,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27870	Artrodesis, tobillo, cualquier método	30,80	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27871	Artrodesis, articulación tibioperonea, proximal o distal	20,42	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27880	Amputación, pierna, a nivel de tibia y peroné	28,06	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27881	Amputación, pierna, a nivel de tibia y peroné; con prótesis postoperatoria inmediata (PPOI) incluyendo aplicación del primer enyesado	26,33	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27882	Amputación, pierna, a nivel de tibia y peroné; abierta, circular (guillotina)	18,34	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27884	Amputación, pierna, a nivel de tibia y peroné; cierre secundario o revisión de cicatriz	17,50	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27886	Amputación, pierna, a nivel de tibia y peroné; reamputación	19,99	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27888	Amputación, tobillo, a nivel de los maléolos de la tibia y peroné (p. ej. procedimientos de Syme, Pirogoff), con cierre plástico y resección de nervios	20,73	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27889	Desarticulación del tobillo	19,81	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27892	Fasciotomía descompresiva, pierna; solamente los compartimientos anterior y/o lateral, con desbridamiento de músculos y/o nervios desvitalizados	16,63	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27893	Fasciotomía descompresiva, pierna; compartimientos posteriores solamente, con desbridamiento de músculos y/o nervios desvitalizados	18,10	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27894	Fasciotomía descompresiva, pierna; compartimientos anterior y/o lateral, y posterior, con desbridamiento de músculos y/o nervios desvitalizados	25,82	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	27899	Procedimiento que no aparece en la lista, pierna o tobillo	CM	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28001	Incisión y drenaje, bolsa sinovial, pie	8,05	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28002	Incisión y drenaje subfascial, con o sin compromiso de vaina tendinosa, pie; un solo espacio sinovial	12,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28003	Incisión y drenaje subfascial, con o sin compromiso de vaina tendinosa, pie; varias zonas	20,57	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28005	Incisión, hueso cortical (P. ej. osteomielitis o absceso óseo), pie	16,97	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28008	Fasciotomía, pie y/o dedo del pie	12,66	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28010	Tenotomía, percutánea, dedo del pie; un solo tendón	6,76	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	28011	Tenotomía, percutánea, dedo del pie; varios tendones	9,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28020	Artrotomía, incluyendo exploración, drenaje, o extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño; articulaciones intertarsiana o tarsometatarsiana	15,87	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28022	Artrotomía, incluyendo exploración, drenaje, o extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño; articulación metatarsofalángica	14,22	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28024	Artrotomía, incluyendo exploración, drenaje, o extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño; articulación interfalángica	13,43	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28035	Liberación de túnel del tarso (descompresión del nervio tibial posterior)	15,47	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28039	Excisión de tumor, tejido blando de pie o dedo, subcutáneo; 1.5 cm o mayor	14,92	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28041	Excisión de tumor, tejido blando de pie o dedo, subfascial (por ejemplo, intramuscular); 1.5 cm o mayor	13,50	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28043	Excisión, tumor, tejido blando, pie, tejido subcutáneo; menos de 1.5 cm	11,73	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28045	Excisión, tumor, tejido blando pie, subfascial (p.ej. Intramuscular); menos de 1.5 cm	14,55	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28046	Resección radical de tumor (P. ej. sarcoma), tejido blando del pie, o dedo del pie: menos de 3 cm	21,58	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28047	Resección radical de tumor (P. ej. sarcoma), tejido blando del pie, o dedo del pie; 3 cm a más	31,84	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28050	Artrotomía con biopsia; articulación intertarsiana o tarsometatarsiana	13,93	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28052	Artrotomía con biopsia; articulación metatarsofalángica	12,99	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28054	Artrotomía con biopsia; articulación interfalángica	11,23	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28055	Neurectomía, musculatura intrínseca del pie	11,07	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28060	Fasciectomía, fascia plantar; parcial (procedimiento separado)	15,16	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28062	Fasciectomía, fascia plantar; radical (procedimiento separado)	17,20	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28070	Sinovectomía; articulación intertarsiana o tarsometatarsiana, cada una	15,78	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28072	Sinovectomía; articulación metatarsofalángica, cada una	14,96	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28080	Excisión, neuroma interdigital (Morton), uno solo, cada uno	15,38	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28086	Sinovectomía, vaina tendinosa, pie; flexor	16,04	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28088	Sinovectomía, vaina tendinosa, pie; extensor	13,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28090	Excisión de lesión, tendón, vaina tendinosa o cápsula (incluyendo sinovectomía) P. ej. quiste o ganglión; pie	13,77	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28092	Excisión de lesión, tendón, vaina tendinosa o cápsula (incluyendo sinovectomía) (P. ej. quiste o ganglión); dedos del pie, cada uno	12,41	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28100	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno, astrágalo o calcáneo;	17,84	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28102	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno, astrágalo o calcáneo; con injerto autógeno ilíaco u otro (incluye obtención del injerto)	18,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28103	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno, astrágalo o calcáneo; con aloinjerto	11,64	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28104	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno, huesos tarsal	15,50	3,00

ESQUELÉTICO		o metatarsal, excepto astrágalo o calcáneo		
MUSCULO ESQUELÉTICO	28106	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno, huesos tarsal o metatarsal, excepto astrágalo o calcáneo; con injerto ilíaco u otro injerto autólogo (incluye obtención del injerto)	12,56	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28107	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno, huesos tarsal o metatarsal, excepto astrágalo o calcáneo; con aloinjerto	15,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28108	Excisión o legrado de quiste óseo o tumor benigno, falanges del pie	12,87	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28110	Ostectomía, excisión parcial, cabeza del quintometatarsiano (bunionete) (procedimiento separado)	13,56	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28111	Ostectomía, excisión completa; cabeza del primer metatarsiano	14,48	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28112	Ostectomía, excisión completa; otras cabezas metatarsianas (segunda, tercera o cuarta)	14,35	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28113	Ostectomía, excisión completa; quinta cabeza metatarsiana	17,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28114	Ostectomía, excisión completa; todas las cabezas metatarsianas, con falangectomía proximal parcial, excluyendo primer metatarsiano (P. ej. procedimiento tipo Clayton)	31,70	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28116	Ostectomía, excisión de coalición tarsiana	22,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28118	Ostectomía, calcáneo	17,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28119	Ostectomía, calcáneo; por espolón del calcáneo, con o sin liberación de fascia plantar	15,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28120	Excisión parcial (craterización, saucerización, secuestrectomía, o diafisectomía), hueso (P. ej. osteomielitis o protuberancia); astrágalo o calcáneo	19,90	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28122	Excisión parcial (craterización, saucerización, secuestrectomía, o diafisectomía), hueso (P. ej. osteomielitis o protuberancia); hueso tarsiano o metatarsiano, excepto astrágalo o calcáneo	17,59	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28124	Excisión parcial (craterización, saucerización, secuestrectomía, o diafisectomía), hueso (P. ej. osteomielitis o protuberancia); falange del dedo del pie	13,96	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28126	Resección, parcial o completa, base de la falange, cada dedo del pie	11,58	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28130	Talectomía (astragalectomía)	19,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28140	Metatarsectomía	17,57	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28150	Falangectomía, dedo del pie, cada dedo del pie	12,49	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28153	Resección, cóndilo(s), extremo distal de falange, cada dedo del pie	12,01	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28160	Hemifalangectomía o excisión de articulación interfalángica, dedo del pie, extremo proximal de falange, cada dedo	12,28	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28171	Resección radical de tumor, hueso; tarsiano (excepto astrágalo o calcáneo)	24,89	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28173	Resección radical de tumor, hueso; metatarsiano	22,37	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28175	Resección radical de tumor, hueso; falange del dedo del pie	14,40	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28190	Extirpación de cuerpo extraño, pie; subcutánea	7,50	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28192	Extirpación de cuerpo extraño, pie; profunda	13,73	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28193	Extirpación de cuerpo extraño, pie; con complicaciones	15,57	3,00
MUSCULO	28200	Corrección, tendón, flexor, pie; primaria o secundaria, sin injerto	14,40	3,00

ESQUELÉTICO		libre, cada tendón		
MUSCULO ESQUELÉTICO	28202	Corrección, tendón, flexor, pie; secundaria con injerto libre, cada tendón (incluye obtención del injerto)	17,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28208	Corrección, tendón, extensor, pie; primaria o secundaria, cada tendón	13,99	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28210	Corrección, tendón, extensor, pie; secundaria con injerto libre, cada tendón (incluye obtención del injerto)	17,13	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28220	Tenólisis, flexor, pie; un solo tendón	13,23	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28222	Tenólisis, flexor, pie; varios tendones	14,85	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28225	Tenólisis, extensor, pie; un solo tendón	12,09	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28226	Tenólisis, extensor, pie; varios tendones	14,30	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28230	Tenotomía, abierta, tendón flexor; pie, uno o varios tendones (procedimiento separado)	12,75	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28232	Tenotomía, abierta, tendón flexor; dedo del pie, un solo tendón (procedimiento separado)	11,33	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28234	Tenotomía, abierta, extensor, pie o dedo del pie, cada tendón	11,94	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28238	Reconstrucción (avance) de tendón tibial posterior con excisión de hueso escafoides (navicular) (p.ej. Procedimiento de Kidner)	19,69	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28240	Tenotomía, alargamiento, o liberación, músculo abductor del dedo gordo	13,24	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28250	División de fascia plantar y músculo (p. ej. denudación de Steindler) (procedimiento separado)	17,00	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28260	Capsulotomía, pie medio; liberación medial solamente (procedimiento separado)	20,41	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28261	Capsulotomía, pie medio; con alargamiento de tendón	29,55	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28262	Capsulotomía, pie medio; amplia, incluyendo capsulotomía astrágalo tibial posterior y alargamiento de tendones (p. ej. deformación del pie zambo resistente)	43,85	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28264	Capsulotomía, mediotarsiana (P. ej. procedimiento tipo Heyman)	25,86	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28270	Capsulotomía; articulación metatarsofalángica, con o sin tenorrafia, cada articulación (procedimiento separado)	14,44	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28272	Capsulotomía; articulación interfalángica, cada articulación (procedimiento separado)	11,52	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28280	Sindactilización, dedo del pie (P. ej. operación de membrana o procedimiento tipo Kelikian)	15,15	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28285	Corrección, "dedo en martillo" (P. ej. fusión interfalángica, falangectomía parcial o total)	15,68	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28286	Corrección, alineación del quinto dedo del pie con cierre con piel plástica (P. ej. procedimiento tipo Ruiz-Mora)	13,17	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28288	Ostectomía, parcial, exostectomía o condilectomía, cabeza metatarsiana, cada cabeza metatarsiana	17,71	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28289	Corrección de hallux rigidus mediante queilectomía, desbridamiento y liberación capsular de la primera articulación metatarsofalángica; sin implante	21,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28291	Corrección de hallux rigidus con queilectomía, desbridamiento y liberación capsular de la primera articulación metatarsofalángica; con implante	21,47	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28292	Corrección, hallux valgus (bunio), con o sin sesamoidectomía; procedimientos tipo Keller, McBride, o Mayo	21,87	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28295	Corrección, hallux valgus (bunionectomía), con sesamoidectomía, cuando se realiza; con osteotomía metatarsiana proximal, cualquier método	27,41	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	28296	Corrección, hallux valgus (bunio), con o sin sesamoidectomía; con osteotomía metatarsiana (procedimientos tipo Mitchell, Chevron o concéntrica)	26,63	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28297	Corrección, hallux valgus (bunio), con o sin sesamoidectomía; procedimiento tipo Lapidus	30,70	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28298	Corrección, hallux valgus (bunionectomía), con sesamoidectomía, cuando se realiza; con osteotomía de la falange proximal, cualquier método	24,89	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28299	Corrección, hallux valgus (bunionectomía), con sesamoidectomía, cuando se realiza; con osteotomía doble, cualquier método	29,31	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28300	Osteotomía; calcáneo (P. ej. procedimiento tipo Dwyer o Chambers), con o sin fijación interna	19,37	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28302	Osteotomía; astrágalo	21,45	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28304	Osteotomía, huesos tarsianos, que no sea el calcáneo o astrágalo	24,44	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28305	Osteotomía, huesos tarsianos, que no sea el calcáneo o astrágalo; con injerto autólogo (incluye obtención del injerto) (P. ej. tipo Fowler)	19,73	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28306	Osteotomía, con o sin alargamiento, para corrección de acortamiento o corrección angular, metatarsiana; primer metatarsiano	18,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28307	Osteotomía, con o sin alargamiento, para corrección de acortamiento o corrección angular, metatarsiana; primer metatarsiano con injerto autólogo (que no sea el primer dedo del pie)	19,61	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28308	Osteotomía, con o sin alargamiento, para corrección de acortamiento o corrección angular, metatarsiana; que no sea el primer metatarsiano, cada uno	16,64	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28309	Osteotomía, con o sin alargamiento, para corrección de acortamiento o corrección angular, metatarsiana; varios (p. ej. procedimiento tipo Swanson para pie cavo)	26,80	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28310	Osteotomía, acortamiento, corrección angular o rotacional; falange proximal, primer dedo del pie (procedimiento separado)	16,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28312	Osteotomía, acortamiento, corrección angular o rotacional; otras falanges, cualquier dedo del pie	14,91	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28313	Reconstrucción, deformidad angular de dedo del pie, procedimientos para tejido blando solamente (p.ej. Superposición de segundo dedo, quinto dedo, dedos superpuestos)	15,49	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28315	Sesamoidectomía, primer dedo del pie (procedimiento separado)	14,15	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28320	Corrección, falta de unión o unión defectuosa; huesos tarsianos	18,17	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28322	Corrección, falta de unión o unión defectuosa; metatarsiano, con o sin injerto óseo (incluye obtención del injerto)	23,23	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28340	Reconstrucción, dedo del pie, macrodactilia; resección de tejido blando	16,93	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28341	Reconstrucción, dedo del pie, macrodactilia; con necesidad de resección ósea	19,66	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28344	Reconstrucción, dedos del pie; polidactilia	16,44	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28345	Reconstrucción, dedos del pie; sindactilia, con o sin injertos de piel, cada membrana interdigital	15,55	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28360	Reconstrucción, pie hendido ("pie de langosta")	27,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28400	Tratamiento cerrado de fractura del calcáneo; sin manipulación	7,25	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	28405	Tratamiento cerrado de fractura del calcáneo; con manipulación	11,53	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28406	Fijación esquelética percutánea de fractura del calcáneo, con manipulación	15,42	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28415	Tratamiento abierto de fractura del calcáneo, con o sin fijación interna o externa	33,48	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28420	Tratamiento abierto de fractura del calcáneo, con o sin fijación interna o externa; con injerto óseo ilíaco primario u otro injerto autógeno (incluye obtención del injerto)	38,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28430	Tratamiento cerrado de fractura del astrágalo; sin manipulación	6,90	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28435	Tratamiento cerrado de fractura del astrágalo; con manipulación	9,43	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28436	Fijación esquelética percutánea de fractura del astrágalo, con manipulación	13,18	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28445	Tratamiento abierto de fractura del astrágalo, incluye fijación interna, cuando se realice	31,76	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28446	Autoinjerto osteocondral abierto, astragalus (incluye obtención de injerto(s))	36,21	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28450	Tratamiento de fractura de hueso tarsiano (excepto astrágalo y calcáneo); sin manipulación, cada una	6,29	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28455	Tratamiento de fractura de hueso tarsiano (excepto astrágalo y calcáneo); con manipulación, cada una	8,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28456	Fijación esquelética percutánea de fractura de hueso tarsiano (excepto astrágalo y calcáneo), con manipulación, cada una	9,26	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28465	Tratamiento abierto de fractura de hueso tarsiano (excepto astrágalo y calcáneo), incluye fijación interna, cuando se realice, cada una	18,60	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28470	Tratamiento cerrado de fractura metatarsiana; sin manipulación, cada una	6,37	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28475	Tratamiento cerrado de fractura metatarsiana; con manipulación, cada una	7,46	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28476	Fijación esquelética percutánea de fractura metatarsiana, con manipulación, cada una	10,35	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28485	Tratamiento abierto de fractura metatarsiana, con o sin fijación interna o externa, cada una	15,95	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28490	Tratamiento cerrado de fractura de dedo gordo, falange o falanges; sin manipulación	4,22	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28495	Tratamiento cerrado de fractura de dedo gordo, falange o falanges; con manipulación	5,18	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28496	Fijación esquelética percutánea de fractura del dedo gordo, falange o falanges, con manipulación	13,04	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28505	Tratamiento abierto de fractura del dedo gordo, falange o falanges, incluye fijación interna, cuando se realice	19,69	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28510	Tratamiento cerrado de fractura, falange o falanges, que no sea del dedo gordo; sin manipulación, cada una	3,60	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28515	Tratamiento cerrado de fractura, falange o falanges, que no sea del dedo gordo; con manipulación, cada una	4,70	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28525	Tratamiento abierto de fractura, falange o falanges, que no sea del dedo gordo, incluye fijación interna, cuando se realice, cada una	16,54	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28530	Tratamiento cerrado de fractura sesamoidea	3,34	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28531	Tratamiento abierto de fractura sesamoidea, con o sin fijación interna	9,98	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28540	Tratamiento cerrado de dislocación de hueso tarsiano, que no sea astrágalotarsiana; sin anestesia	5,58	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28545	Tratamiento cerrado de dislocación de hueso tarsiano, que no sea astrágalotarsiana; con anestesia	8,70	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	28546	Fijación esquelética percutánea de dislocación de hueso tarsiano, que no sea astrágalotarsiana, con manipulación	16,44	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28555	Tratamiento abierto de dislocación de hueso tarsiano, incluyendo fijación interna, cuando se realice	25,98	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28570	Tratamiento cerrado de dislocación de la articulación astrágalotarsiana; sin anestesia	5,22	0,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28575	Tratamiento cerrado de dislocación de la articulación astrágalotarsiana; con anestesia	10,43	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28576	Fijación esquelética percutánea de dislocación de la articulación astrágalotarsiana, con manipulación	11,72	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28585	Tratamiento abierto de dislocación de la articulación astrágalotarsiana, incluye fijación interna, cuando se realice	25,38	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28600	Tratamiento cerrado de dislocación de la articulación tarsometatarsiana; sin anestesia	6,46	0,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28605	Tratamiento cerrado de dislocación de la articulación tarsometatarsiana; con anestesia	9,62	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28606	Fijación esquelética percutánea de dislocación de la articulación tarsometatarsiana, con manipulación	11,75	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28615	Tratamiento abierto de dislocación de articulación tarsometatarsiana, incluye fijación interna, cuando se realice	23,88	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28630	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación metatarsofalángica; sin anestesia	4,66	0,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28635	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación metatarsofalángica; con anestesia	5,14	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28636	Fijación esquelética percutánea de dislocación de articulación metatarsofalángica, con manipulación	10,31	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28645	Tratamiento abierto de dislocación de articulación metatarsofalángica, incluye fijación interna, cuando se realice	19,28	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28660	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación interfalángica; sin anestesia	3,42	0,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28665	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación interfalángica; con anestesia	4,55	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28666	Fijación esquelética percutánea de dislocación de articulación interfalángica, con manipulación	5,49	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28675	Tratamiento abierto de dislocación de articulación interfalángica, incluye fijación interna, cuando se realice	17,17	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28705	Artrodesis; panastragalina	37,21	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28715	Artrodesis; triple	27,99	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28725	Artrodesis; subastragalina	23,16	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28730	Artrodesis, mediotarsiana o tarsometatarsiana, varias o transversas	21,77	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28735	Artrodesis, mediotarsiana o tarsometatarsiana, varias o transversas; con osteotomía (P. ej. corrección de pie plano)	23,28	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28737	Artrodesis, con alargamiento de tendón y avance, mediotarsiana escafoide-cuneiforme (P. ej. procedimiento tipo Miller)	20,63	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28740	Artrodesis, mediotarsal o tarsometatarsiana, una sola articulación	24,94	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28750	Artrodesis, dedo gordo; articulación metatarsofalángica	23,88	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28755	Artrodesis, dedo gordo; articulación interfalángica	14,90	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28760	Artrodesis, con traslado del extensor largo del dedo gordo a cuello del primer metatarsiano, dedo gordo, articulación interfalángica (p. ej. procedimiento tipo Jones)	23,36	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28800	Amputación, pie; mediotarsiana (P. ej. procedimiento tipo Chopart)	16,06	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	28805	Amputación, pie; transmetatarsiana	21,89	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28810	Amputación, metatarsiana, con dedo, una sola	12,92	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28820	Amputación, dedo; articulación metatarsofalángica	16,61	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28825	Amputación, dedo; articulación interfalángica	15,85	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28890	Onda de shock extracorporea, de alta energía, realizada por médico u otro profesional de la salud calificado, requiriendo anestesia diferente a la local, con guía sonográfica, que involucra la fascia plantar	9,47	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	28899	Procedimiento que no aparece en la lista, pie o dedos del pie	CM	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29000	Aplicación de yeso corporal con armazón tipo halo (ver 20661-20663 para inserción)	8,92	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29010	Aplicación de corsé de Risser, localizador, cuerpo; solamente	6,37	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29015	Aplicación de corsé de Risser, localizador, cuerpo; incluyendo la cabeza	7,77	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29035	Aplicación de yeso corporal, hombro hasta caderas	7,46	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29040	Aplicación de yeso corporal, hombro hasta caderas; incluyendo cabeza, tipo Minerva	6,58	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29044	Aplicación de yeso corporal, hombro hasta caderas; incluyendo un muslo	7,29	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29046	Aplicación de yeso corporal, hombro hasta caderas; incluyendo ambos muslos	7,61	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29049	Aplicación; enyesado "en figura de ocho"	2,16	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29055	Aplicación; enyesado espiga de hombro	6,43	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29058	Aplicación; enyesado tipo Velpeau	3,63	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29065	Aplicación; de hombro a mano (largo, del brazo)	2,80	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29075	Aplicación; enyesado de codo a dedo (corto, del brazo) braquiopalmar	2,54	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29085	Aplicación; de mano a antebrazo bajo (guante) antebraquiopalmar	2,79	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29086	Aplicación, férula; dedo (P. ej. contractura)	2,20	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29105	Aplicación de férula larga para el brazo (hombro a mano)	2,57	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29125	Aplicación de férula corta para el brazo (antebrazo a mano); estática	1,87	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29126	Aplicación de férula corta para el brazo (antebrazo a mano); dinámica	2,20	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29130	Aplicación de férula digital; estática	1,20	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29131	Aplicación de férula digital; dinámica	1,48	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29200	Vendaje; tórax	0,86	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29240	Vendaje; hombro (p. ej. vendaje de Velpeau)	0,82	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29260	Vendaje; codo o muñeca	0,84	3,00
MUSCULO	29280	Vendaje; mano o dedo	0,83	3,00

ESQUELÉTICO				
MUSCULO ESQUELÉTICO	29305	Aplicación de enyesado en espiga de la cadera; una pierna	7,19	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29325	Aplicación de enyesado en espiga de la cadera; espiga de uno y medio o ambas piernas	7,99	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29345	Aplicación de enyesado largo para la pierna (muslo a dedos) inguinopedio	4,01	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29355	Aplicación de enyesado largo para la pierna (muslo a dedos); para marcha o ambulatorio	4,15	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29358	Aplicación de enyesado largo para la pierna y abrazadera	4,71	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29365	Aplicación de enyesado cilíndrico (muslo a tobillo)	3,60	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29405	Aplicación de enyesado corto para la pierna (debajo de la rodilla hasta dedos de los pies) popliteopedio	2,39	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29425	Aplicación de enyesado corto para la pierna (debajo de la rodilla hasta dedos de los pies); para marcha o ambulatorio	2,28	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29435	Aplicación de enyesado rotuliano con soporte para el tendón (PTB)	3,45	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29440	Agregado de elemento para marcha a un yeso previamente aplicado	1,27	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29445	Aplicación de yeso de contacto total rígido, en la pierna	3,93	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29450	Aplicación de yeso para pie zambo, moldeado, o manipulación, largo o corto para la pierna	4,22	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29505	Aplicación de férula larga para la pierna (muslo a tobillo o dedos de los pies)	2,43	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29515	Aplicación de férula corta de pierna (pantorrilla a pie)	2,10	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29520	Vendaje; cadera	0,90	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29530	Vendaje; rodilla	0,82	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29540	Vendaje; tobillo	0,75	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29550	Vendaje; dedos de los pies	0,55	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29580	Vendaje; bota de Unna	1,52	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29581	Aplicación de sistema de compresión venosa de capas múltiples, debajo de la rodilla	1,77	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29584	Aplicación de sistema de compresión de capas múltiples; brazo, antebrazo, mano y dedos	2,00	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29700	Remoción o bivalvo; enyesado tipo guante, bota o corporal	1,84	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29705	Remoción o bivalvo; yeso de brazo completo o pierna completa	1,97	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29710	Remoción o bivalvo; espiga de hombro o cadera, Minerva, o corsé de Risser, etc.	3,60	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29720	Corrección de espiga, yeso corporal o corsé	2,49	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29730	Confección de una ventana en el enyesado	1,89	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29740	Confección de una cuña en el enyesado (excepto enyesados para pie zambo)	2,95	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29750	Confección de una cuña en el enyesado para pie zambo	2,63	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29799	Procedimiento que no aparece en la lista, yeso o vendaje	CM	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	29800	Artroscopía, articulación temporomandibular, diagnóstica, con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado)	15,77	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29804	Artroscopía, articulación temporomandibular, quirúrgica	19,20	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29805	Artroscopía, hombro, diagnóstica, con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado)	14,08	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29806	Artroscopía, hombro, quirúrgica; capsulorafia	31,89	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29807	Artroscopía, hombro, quirúrgica; reparación con lesión de SLAP	31,09	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29819	Artroscopía, hombro, quirúrgica; con extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño	17,51	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29820	Artroscopía, hombro, quirúrgica; sinovectomía, parcial	15,89	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29821	Artroscopía, hombro, quirúrgica; sinovectomía, completa	17,60	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29822	Artroscopía, hombro, quirúrgica; desbridamiento, limitado	16,84	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29823	Artroscopía, hombro, quirúrgica; desbridamiento, amplio	18,37	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29824	Artroscopía, hombro, quirúrgica; claviclectomía incluyendo la superficie articular distal (procedimiento de Mumford)	19,79	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29825	Artroscopía, hombro, quirúrgica; con lisis y resección de adherencias, con o sin manipulación	17,14	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29826	Artroscopía, hombro, quirúrgica; descompresión del espacio subacromial con acromioplastia parcial, con liberación de ligamento coracoacromial (es decir, arco), cuando se realiza (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	15,40	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29827	Artroscopía, hombro, quirúrgica; con reparación del manguito rotador	31,45	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29828	Artroscopía, hombro, quirúrgica; tenodesis del bíceps	27,16	5,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29830	Artroscopía, codo, diagnóstica, con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado)	13,61	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29834	Artroscopía, codo, quirúrgica; con extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño	14,46	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29835	Artroscopía, codo, quirúrgica; sinovectomía, parcial	14,89	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29836	Artroscopía, codo, quirúrgica; sinovectomía, completa	17,60	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29837	Artroscopía, codo, quirúrgica; desbridamiento, limitado	15,53	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29838	Artroscopía, codo, quirúrgica; desbridamiento, amplio	17,50	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29840	Artroscopía, muñeca, diagnóstica, con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado)	13,38	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29843	Artroscopía, muñeca, quirúrgica; por infección, irrigación y drenaje	14,46	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29844	Artroscopía, muñeca, quirúrgica; sinovectomía, parcial	14,69	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29845	Artroscopía, muñeca, quirúrgica; sinovectomía, completa	17,08	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29846	Artroscopía, muñeca, quirúrgica; escisión y/o corrección de fibrocartílago triangular o desbridamiento de articulación	15,44	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29847	Artroscopía, muñeca, quirúrgica; fijación interna por fractura o inestabilidad	16,18	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29848	Endoscopia, muñeca, quirúrgica, con liberación de ligamento carpal transversal	15,20	3,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	29850	Tratamiento asistido por Artroscopía de fracturas de las espinas intercondiloideas y/o fractura tuberositaria de la rodilla, con o sin manipulación; sin fijación interna o externa (incluye artroscopía)	18,15	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29851	Tratamiento asistido por Artroscopía de fracturas de las espinas intercondiloideas y/o fractura tuberositaria de la rodilla, con o sin manipulación; con fijación interna o externa (incluye artroscopía)	27,06	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29855	Tratamiento asistido por Artroscopía de fractura tibial, proximal (meseta); unicondilar, incluye fijación interna, cuando se realice (incluye artroscopía)	23,40	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29856	Tratamiento asistido por artroscopía de fractura tibial, proximal (meseta); bicondilar, incluye fijación interna, cuando se realice (incluye artroscopía)	29,81	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29860	Artroscopía, cadera, diagnóstico con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado)	19,75	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29861	Artroscopía, cadera, quirúrgica; con extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño	21,50	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29862	Artroscopía, cadera, quirúrgica; con desbridamiento/raspadura de cartílago articular (condroplastia), artroplastía por abrasión, y/o resección de labrum	23,99	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29863	Artroscopía, cadera, quirúrgica; con sinovectomía	23,99	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29866	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; autoinjerto(s) osteocondral (P. ej. mosaicoplastia)(incluye realización del autoinjerto[s])	31,04	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29867	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; aloinjerto osteocondral (P. ej. mosaicoplastia)	38,51	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29868	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; trasplante de menisco (incluye artrotomía para inserción de menisco), medial o lateral	26,80	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29870	Artroscopía, rodilla, diagnóstica, con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado)	17,12	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29871	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; por infección, irrigación y drenaje	15,38	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29873	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; con liberación lateral	15,57	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29874	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; para extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño (P. ej. fragmentación porosteocondritis disecante, fragmentación cartilaginosa)	16,05	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29875	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; sinovectomía, conservadora (P. ej. resección pliegues o de salientes) (procedimiento separado)	15,40	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29876	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; sinovectomía, amplia, dos o más compartimientos (P. ej. medial o lateral)	19,69	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29877	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; desbridamiento/raspadura de cartílago articular (condroplastia)	18,57	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29879	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; Artroplastía por abrasión (incluye condroplastia cuando fuera necesaria) o múltiples trepanaciones o microfracturas	19,81	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29880	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; con menissectomía (medial y lateral, incluido cualquier afeitado meniscal), incluido el desbridamiento / afeitado del cartílago articular (condroplastia), compartimientos iguales o separados, cuando se realiza	19,90	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29881	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; con menissectomía (medial o lateral, incluido cualquier afeitado meniscal), incluido el desbridamiento / afeitado del cartílago articular (condroplastia), compartimientos iguales o separados, cuando se realiza	16,15	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29882	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; con corrección de menisco (medial o lateral)	21,03	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29883	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; con corrección de menisco (medial Y lateral)	25,33	4,00

MUSCULO ESQUELÉTICO	29884	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; con lisis de adherencias, con o sin manipulación (procedimiento separado)	18,27	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29885	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; trepanado para osteocondritis disecante con injerto óseo, con o sin fijación interna (incluyendo desbridamiento de la base de la lesión)	22,35	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29886	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; trepanado para lesión de osteocondritis disecante intacta	19,01	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29887	Artroscopía, rodilla, quirúrgica; trepanado para lesión de osteocondritis disecante intacta, con fijación interna	22,09	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29888	Corrección, aumento, o reconstrucción de ligamento cruzado anterior asistidos por artroscopía	34,10	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29889	Corrección, aumento, o reconstrucción de ligamento cruzado posterior asistidos por artroscopía	36,70	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29891	Artroscopía, tobillo, quirúrgica; excisión de defecto osteocondral del astrágalo y/o tibia, incluyendo trepanación del defecto	19,96	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29892	Corrección asistida por artroscopía de lesión grande causada por osteocondritis disecante, fractura del domo del astrágalo, o fractura de plafón tibial, con o sin fijación interna (incluye artroscopia)	19,13	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29893	Fasciotomía plantar endoscópica	17,82	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29894	Artroscopía, tobillo (articulaciones tibioastragalina y peroneoastragalina), quirúrgica; con extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño	14,75	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29895	Artroscopía, tobillo (articulaciones tibioastragalina y peroneoastragalina), quirúrgica; sinovectomía, parcial	14,15	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29897	Artroscopía, tobillo (articulaciones tibioastragalina y peroneoastragalina), quirúrgica; desbridamiento, limitado	14,96	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29898	Artroscopía, tobillo (articulaciones tibioastragalina y peroneoastragalina), quirúrgica; desbridamiento, amplio	16,74	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29899	Artroscopía, tobillo (articulación tibiotalar o fibulotalar), quirúrgica; con artrodesis de tobillo	31,11	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29900	Artroscopía, articulación metacarpofalángica, diagnóstica, incluye biopsia sinovial	12,24	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29901	Artroscopía, articulación metacarpofalángica, quirúrgica; con desbridamiento	15,56	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29902	Artroscopía, articulación metacarpofalángica, quirúrgica; con reducción del desplazamiento del ligamento colateral lunar (P. ej. lesión de Stener)	14,37	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29904	Artroscopía, articulación subtalar, quirúrgica; con remoción de cuerpo flotante o cuerpo extraño	18,80	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29905	Artroscopía, articulación subtalar, quirúrgica; con sinovectomía	20,31	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29906	Artroscopía, articulación subtalar, quirúrgica; con debridación	20,62	8,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29907	Artroscopía, articulación subtalar, quirúrgica; con artrodesis subtalar	26,25	3,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29914	Artroscopía, cadera, quirúrgica; con femoroplastia (es decir, tratamiento de la lesión de la leva tipo CAM)	29,65	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29915	Artroscopía, cadera, quirúrgica; con acetabuloplastia (es decir, tratamiento de lesión de pinza)	30,18	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29916	Artroscopía, cadera, quirúrgica; con reparación del rodete cotiloideo (labrum)	30,21	4,00
MUSCULO ESQUELÉTICO	29999	Procedimiento no listado, artroscopía	CM	4,00
RESPIRATORIO	30000	Drenaje de absceso o hematoma nasal, abordaje interno	6,57	5,00
RESPIRATORIO	30020	Drenaje de absceso o hematoma del septum nasal.	6,66	5,00
RESPIRATORIO	30100	Biopsia intranasal	4,04	4,00
RESPIRATORIO	30110	Excisión de pólipo nasal simple	6,61	5,00

RESPIRATORIO	30115	Excisión de pólipo(s) nasal(es) extenso(s)	12,51	5,00
RESPIRATORIO	30117	Excisión o destrucción (p. Ej. Láser) de lesión intranasal a través de abordaje interno	24,93	5,00
RESPIRATORIO	30118	Excisión o destrucción (p. Ej. Láser) de lesión intranasal a través de abordaje externo (rinotomía lateral)	22,48	5,00
RESPIRATORIO	30120	Escisión o cepillado quirúrgico de la piel de la nariz para rinofima	15,20	5,00
RESPIRATORIO	30124	Quiste dermoide de escisión, nariz; simple, piel, subcutánea	8,30	5,00
RESPIRATORIO	30125	Quiste dermoide de escisión, nariz; complejo, debajo del hueso o cartílago	17,64	5,00
RESPIRATORIO	30130	Excisión de cornete nasal inferior parcial o completa, cualquier método	11,00	5,00
RESPIRATORIO	30140	Resección submucosa de cornete nasal inferior, parcial o completa, cualquier método.	12,68	5,00
RESPIRATORIO	30150	Rinectomía parcial	22,45	7,00
RESPIRATORIO	30160	Rinectomía total	22,54	7,00
RESPIRATORIO	30200	Inyección terapéutica dentro del cornete nasal	3,24	5,00
RESPIRATORIO	30210	Terapia de desplazamiento (de tipo Proetz)	4,30	5,00
RESPIRATORIO	30220	Inserción de prótesis de tabique nasal (botón)	8,65	5,00
RESPIRATORIO	30300	Extracción de cuerpo extraño intranasal (procedimiento de consultorio externo)	5,10	5,00
RESPIRATORIO	30310	Extracción de cuerpo extraño intranasal con anestesia general	5,97	5,00
RESPIRATORIO	30320	Extracción de cuerpo extraño intranasal a través de rinotomía lateral	13,09	5,00
RESPIRATORIO	30400	Rinoplastia primaria con modificación de los cartílagos laterales y alares y/o elevación de la punta nasal	29,30	5,00
RESPIRATORIO	30410	Rinoplastia primaria completa con modificación de partes externas incluyendo la pirámide ósea, cartílagos laterales y alares, y/o elevación de la punta nasal.	34,20	5,00
RESPIRATORIO	30420	Rinoplastia primaria; incluyendo reparación septal mayor	39,93	5,00
RESPIRATORIO	30430	Rinoplastia secundaria; revisión menor (pequeña cantidad de trabajo de la punta nasal)	24,77	5,00
RESPIRATORIO	30435	Rinoplastia secundaria; revisión intermedia (trabajo óseo con osteotomías)	36,61	5,00
RESPIRATORIO	30450	Rinoplastia secundaria; revisión mayor (puntas nasales y osteotomías)	43,50	5,00
RESPIRATORIO	30460	Rinoplastia para la deformidad nasal secundaria a labio leporino o paladar hendido congénito, incluyendo alargamiento columelar; solo propina	23,94	5,00
RESPIRATORIO	30462	Rinoplastia para la deformidad nasal secundaria a labio leporino o paladar hendido congénito, incluyendo alargamiento columelar; punta, tabique, osteotomías	41,32	5,00
RESPIRATORIO	30465	Reparación de estenosis vestibular nasal (p. Ej., Injerto extensor, reconstrucción de la pared nasal lateral)	28,59	5,00
RESPIRATORIO	30520	Septoplastia o resección submucosa, con o sin puntuación de cartílago, contorneado o reemplazo con injerto	18,08	5,00
RESPIRATORIO	30540	Reparación de atresia de coanas; intranasal	20,11	5,00
RESPIRATORIO	30545	Reparación de atresia de coanas; transpalatina	25,86	5,00
RESPIRATORIO	30560	Lisis de sinequia intranasal	7,65	5,00
RESPIRATORIO	30580	Reparación de fístula oromaxilar u oronasal (combinar con 31030, si es que se incluye antrotomía)	19,14	5,00
RESPIRATORIO	30600	Reparación de fístula oronasal	16,55	5,00
RESPIRATORIO	30620	Dermatoplastia septal u otra dermatoplastia intranasal (no incluye la obtención del injerto).	18,10	5,00
RESPIRATORIO	30630	Reparación de perforaciones del tabique nasal.	18,08	5,00
RESPIRATORIO	30801	Ablación de tejido blando de cornetes nasal inferior, unilateral o bilateral, con cualquier método (p.ej. Electrocauterio, ablación por radiofrecuencia o reducción de volumen de tejido); superficial	6,53	5,00
RESPIRATORIO	30802	Ablación, tejido blando de cornetes inferiores, unilateral o	8,34	5,00

		bilateral, cualquier método (p. Ej., Electrocauterización, ablación por radiofrecuencia o reducción de volumen de tejido); intramural (es decir, submucoso)		
RESPIRATORIO	30901	Control de hemorragia nasal con cauterización y / o taponamiento nasal anterior simple (limitado a cauterio y/o taponamiento con gasa)	2,77	5,00
RESPIRATORIO	30903	Control de hemorragia nasal con cauterización y / o taponamiento nasal anterior complejo (uso extenso de cauterio y/o taponamiento con gasa)	6,35	5,00
RESPIRATORIO	30905	Control de hemorragia nasal con cauterización y / o taponamiento nasal posterior usando paquetes de gasa y/o cauterio. Procedimiento inicial.	7,81	5,00
RESPIRATORIO	30906	Control de hemorragia nasal con cauterización y / o taponamiento nasal posterior usando paquetes de gasa y/o cauterio. Procedimiento subsecuente.	9,99	5,00
RESPIRATORIO	30915	Ligadura de arterias; etmoidales	16,76	5,00
RESPIRATORIO	30920	Ligadura de arteria arteria maxilar interna, transantral	24,43	5,00
RESPIRATORIO	30930	Fractura de cornetes nasales inferior(es), terapéutica.	3,57	5,00
RESPIRATORIO	30999	Procedimientos no listados para nariz.	CM	5,00
RESPIRATORIO	31000	Lavado del seno maxilar por canulación (Punción del antro u ostium natural).	5,28	5,00
RESPIRATORIO	31002	Lavado del seno esfenoidal por canulación (Punción del antro u ostium natural).	5,50	5,00
RESPIRATORIO	31020	Sinusotomía maxilar (antrotomía); intranasal	13,94	5,00
RESPIRATORIO	31030	Sinusotomía, maxilar (antrotomía); radical (Caldwell-Luc) sin extirpación de polipos antrocoanales	19,97	5,00
RESPIRATORIO	31032	Sinusotomía, maxilar (antrotomía); radical (Caldwell-Luc) con extirpación de pólipos antrocoanales.	16,72	5,00
RESPIRATORIO	31040	Cirugía de la fosa pterigomaxilar, cualquier abordaje	22,28	7,00
RESPIRATORIO	31050	Sinusotomía esfenoidal, con o sin biopsia	14,04	5,00
RESPIRATORIO	31051	Sinusotomía, esfenoides, con o sin biopsia; con extracción de la mucosa o extirpación de pólipos.	18,73	5,00
RESPIRATORIO	31070	Sinusotomía frontal; externa, simple (con trepanación)	12,69	5,00
RESPIRATORIO	31075	Sinusotomía frontal; transorbital, unilateral (para mucocele u osteoma, tipo Lynch).	22,85	5,00
RESPIRATORIO	31080	Sinusotomía frontal; obliterante sin colgajo osteoplástico, incisión de la frente (incluye ablación).	30,59	7,00
RESPIRATORIO	31081	Sinusotomía frontal; obliterante sin colgajo osteoplástico, incisión coronal (incluye ablación).	44,94	7,00
RESPIRATORIO	31084	Sinusotomía frontal; obliterante, con colgajo osteoplástico, incisión de la frente.	34,80	7,00
RESPIRATORIO	31085	Sinusotomía frontal; obliterante, con colgajo osteoplástico, incisión coronal.	48,07	7,00
RESPIRATORIO	31086	Sinusotomía frontal; no obliterante, con colgajo osteoplástico, incisión de la frente.	33,08	7,00
RESPIRATORIO	31087	Sinusotomía frontal; no obliterante, con colgajo osteoplástico, incisión coronal.	31,96	7,00
RESPIRATORIO	31090	Sinusotomía: unilateral, tres o más senos paranasales (frontal, maxilar, etmoidal, esfenoidal).	29,72	5,00
RESPIRATORIO	31200	Etmoidectomía; intranasal, anterior	16,43	5,00
RESPIRATORIO	31201	Etmoidectomía; intranasal, total	21,51	5,00
RESPIRATORIO	31205	Etmoidectomía; extranasal, total.	25,95	5,00
RESPIRATORIO	31225	Maxilectomía sin exenteración orbitaria	55,11	7,00
RESPIRATORIO	31230	Maxilectomía; con exenteración orbitaria (en bloque)	60,68	7,00
RESPIRATORIO	31231	Endoscopia nasal diagnóstica unilateral o bilateral (procedimiento separado)	5,98	5,00
RESPIRATORIO	31233	Endoscopia nasal/sinusal, diagnóstico con sinusoscopia maxilar (vía meato inferior o punción de fosa canina).	7,55	5,00
RESPIRATORIO	31235	Endoscopia nasal/sinusal, diagnóstico con sinusoscopia esfenoidal	8,62	5,00

		(mediante punción de la cara esfenoidal o canulación del ostium sinusoidal).		
RESPIRATORIO	31237	Endoscopia nasal/sinusal quirúrgica, con biopsia, y debridamiento o polipectomía (procedimiento separado)	7,48	5,00
RESPIRATORIO	31238	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con control de epistaxis.	7,48	5,00
RESPIRATORIO	31239	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con dacriocistorinostomía	17,98	5,00
RESPIRATORIO	31240	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con resección de cornete bulloso.	4,76	5,00
RESPIRATORIO	31241	Endoscopia nasal / sinusal, quirúrgica; con ligadura de la arteria esfenopalatina	13,35	5,00
RESPIRATORIO	31253	Endoscopia nasal / sinusal, quirúrgica con etmoidectomía; total (anterior y posterior), incluida la exploración del seno frontal, con extracción de tejido del seno frontal, cuando se realiza	14,94	5,00
RESPIRATORIO	31254	Endoscopia nasal/sinusal quirúrgica con etmoidectomía parcial anterior	8,11	5,00
RESPIRATORIO	31255	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con etmoidectomía, total (anterior y posterior).	11,88	5,00
RESPIRATORIO	31256	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica, con antrostomía maxilar.	5,86	5,00
RESPIRATORIO	31257	Endoscopia nasal / sinusal, quirúrgica con etmoidectomía; total (anterior y posterior), incluida esfenoidotomía	13,29	5,00
RESPIRATORIO	31259	Endoscopia nasal / sinusal, quirúrgica con etmoidectomía; total (anterior y posterior), incluida la esfenoidotomía, con extracción de tejido del seno esfenoidal	14,09	5,00
RESPIRATORIO	31267	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica, con antrostomía maxilar; con extirpación de tejido del seno maxilar.	9,42	5,00
RESPIRATORIO	31276	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica con exploración del seno frontal, incluida la extracción de tejido del seno frontal	14,98	5,00
RESPIRATORIO	31287	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica, con esfenoidotomía	7,60	5,00
RESPIRATORIO	31288	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica, con esfenoidectomía; con extracción de tejido del seno esfenoidal.	9,00	5,00
RESPIRATORIO	31290	Endoscopia nasal/sinusal quirúrgica, con reparación fuga de líquido cefalorraquídeo de la región etmoidal	34,27	5,00
RESPIRATORIO	31291	Endoscopia nasal/sinusal quirúrgica, con reparación de fuga de líquido cefalorraquídeo región esfenoidal	36,74	5,00
RESPIRATORIO	31292	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con descompresión de la pared orbital media o inferior	29,54	5,00
RESPIRATORIO	31293	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con descompresión de la pared orbitaria medial y descompresión de la pared orbitaria inferior.	32,13	5,00
RESPIRATORIO	31294	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica con descompresión del nervio óptico	37,22	5,00
RESPIRATORIO	31295	Endoscopia nasal/sinusal quirúrgica; con dilatación del orificio del seno maxilar (p.ej. Dilatación con balón), transnasal o via fosa canina	57,48	5,00
RESPIRATORIO	31296	Endoscopia nasal/sinusal quirúrgica; con dilatación del orificio del seno frontal (p.ej. Dilatación con balón)	58,66	5,00
RESPIRATORIO	31297	Endoscopia nasal/sinusal quirúrgica; con dilatación del orificio del seno esfenoidal (p.ej. Dilatación con balón)	57,56	5,00
RESPIRATORIO	31298	Endoscopia nasal / sinusal, quirúrgica; con dilatación de ostia frontal y esfenoidal (p. ej., dilatación con balón)	110,12	5,00
RESPIRATORIO	31299	Procedimiento no listados, senos accesorios	CM	5,00
RESPIRATORIO	31300	Laringotomía (tirotomía, laringofisura); con extirpación de tumor o laringocele y cordectomía	38,31	6,00
RESPIRATORIO	31360	Laringuectomía total, sin disección radical del cuello	62,30	6,00
RESPIRATORIO	31365	Laringuectomía total, con disección radical del cuello	76,94	6,00
RESPIRATORIO	31367	Laringuectomía; supraglótica subtotal, sin disección radical del cuello	65,70	6,00
RESPIRATORIO	31368	Laringuectomía; supraglótica subtotal, con disección radical del cuello	73,18	6,00

RESPIRATORIO	31370	Laringuectomía parcial (hemiLaringuectomía); horizontal	61,86	6,00
RESPIRATORIO	31375	Laringuectomía parcial (hemiLaringuectomía); laterovertical.	58,64	6,00
RESPIRATORIO	31380	Laringuectomía parcial (hemiLaringuectomía); anterovertical.	57,81	6,00
RESPIRATORIO	31382	Laringuectomía parcial (hemiLaringuectomía); antero-latero- vertical	63,68	6,00
RESPIRATORIO	31390	Faringolarguectomía, con disección radical del cuello; sin reconstrucción	85,69	6,00
RESPIRATORIO	31395	Faringolarguectomía, con disección radical del cuello; con reconstrucción	90,59	6,00
RESPIRATORIO	31400	Aritenoidectomía o Aritenoidopexia, abordaje externo	28,85	6,00
RESPIRATORIO	31420	Epiglotidectomía	24,45	6,00
RESPIRATORIO	31500	Intubación, endotraqueal, procedimiento de urgencia	4,22	6,00
RESPIRATORIO	31502	Cambio de tubo de traqueostomía antes del establecimiento de tracto de fistula	1,04	6,00
RESPIRATORIO	31505	Laringoscopia indirecta, diagnóstica (procedimiento separado)	2,37	6,00
RESPIRATORIO	31510	Laringoscopia, indirecta con biopsia.	6,15	6,00
RESPIRATORIO	31511	Laringoscopia, indirecta; con extracción de cuerpo extraño.	6,15	6,00
RESPIRATORIO	31512	Laringoscopia, indirecta; con extracción de lesión.	5,99	6,00
RESPIRATORIO	31513	Laringoscopia, indirecta; con inyección de cuerdas vocales.	3,93	6,00
RESPIRATORIO	31515	Laringoscopia directa, con o sin traqueoscopia; para aspiración	5,25	6,00
RESPIRATORIO	31520	Laringoscopia directa, con o sin traqueoscopia; diagnóstico, en recién nacido.	4,67	6,00
RESPIRATORIO	31525	Laringoscopia directa, con o sin traqueoscopia; diagnóstico, excepto en recién nacido.	7,36	6,00
RESPIRATORIO	31526	Laringoscopia directa, con o sin traqueoscopia; diagnóstico, con microscopio o telescopio operativo.	4,69	6,00
RESPIRATORIO	31527	Laringoscopia directa, con o sin traqueoscopia; con inserción de obturador	5,82	6,00
RESPIRATORIO	31528	Laringoscopia directa, con o sin traqueoscopia; con dilatación, inicial.	4,32	6,00
RESPIRATORIO	31529	Laringoscopia directa, con o sin traqueoscopia; con dilatación, posterior	4,83	6,00
RESPIRATORIO	31530	Laringoscopia, directa, operatoria, con extracción de cuerpo extraño.	5,92	6,00
RESPIRATORIO	31531	Laringoscopia, directa, operatoria, con extracción de cuerpo extraño; con microscopio o telescopio operativo	6,33	6,00
RESPIRATORIO	31535	Laringoscopia, directa, quirúrgica, con biopsia	5,66	6,00
RESPIRATORIO	31536	Laringoscopia, directa, operatoria, con biopsia; con microscopio quirúrgico o telescopio operativo	6,30	6,00
RESPIRATORIO	31540	Laringoscopia, directa, operatoria, con extirpación de tumor y/o denudado de cuerdas vocales o epiglotis.	7,24	6,00
RESPIRATORIO	31541	Laringoscopia, directa, operatoria, con escisión de tumor y/o extracción de cuerdas vocales o epiglotis; con microscopio o telescopio operativo.	7,89	6,00
RESPIRATORIO	31545	Laringoscopia, directa, operatoria, con operación de microscopio o telescopio quirúrgico, con extirpación submucosa de lesión (lesiones) no-neoplásica de cuerdas vocales, reconstrucción con colgajo de de tejido local (es)	10,83	6,00
RESPIRATORIO	31546	Laringoscopia, directa, operatoria, con operación de microscopio o telescopio quirúrgico, con extirpación submucosa de lesión (es) no-neoplásica de cuerdas vocales, reconstrucción con injerto (s) incluye la obtención de autoinjerto	16,48	6,00
RESPIRATORIO	31551	Laringoplastia; para estenosis laríngea, con injerto, sin colocación de stent permanente, menores de 12 años	41,98	6,00
RESPIRATORIO	31552	Laringoplastia; para estenosis laríngea, con injerto, sin colocación de stent permanente, de 12 años o más	42,37	6,00
RESPIRATORIO	31553	Laringoplastia; para estenosis laríngea, con injerto, con colocación de stent permanente, menores de 12 años	46,18	6,00
RESPIRATORIO	31554	Laringoplastia; para estenosis laríngea, con injerto, con	48,56	6,00

		colocación de stent permanente, de 12 años o más		
RESPIRATORIO	31560	Laringoscopia, directa, operatoria, con aritenoidectomía.	10,90	6,00
RESPIRATORIO	31561	Laringoscopia, directa, operatoria, con aritenoidectomía; con microscopio o telescopio operativo	13,30	6,00
RESPIRATORIO	31570	Laringoscopia directa, con inyección en la (s)cuerda (s) vocal (es), terapéutica	9,90	6,00
RESPIRATORIO	31571	Laringoscopia, directa, con inyección en la (s) cuerda (s) vocal (es), terapéutica; con microscopio o telescopio operativo.	7,48	6,00
RESPIRATORIO	31572	Laringoscopia, flexible; con ablación o destrucción de lesiones con láser, unilateral	14,33	6,00
RESPIRATORIO	31573	Laringoscopia, flexible; con inyección (es) terapéutica (p. ej., agente quimiodenervación o corticosteroide, inyectado por vía percutánea, transoral o vía endoscopia), unilateral	7,68	6,00
RESPIRATORIO	31574	Laringoscopia, flexible; con inyección (es) para aumento (p. ej., percutáneo, transoral), unilateral	29,31	6,00
RESPIRATORIO	31575	Laringoscopia, flexible; diagnóstica.	3,29	6,00
RESPIRATORIO	31576	Laringoscopia, flexible; con biopsia (s)	7,64	6,00
RESPIRATORIO	31577	Laringoscopia flexible; con remoción de cuerpo extraño.	7,93	6,00
RESPIRATORIO	31578	Laringoscopia flexible; con extirpación de lesión sin laser	8,72	6,00
RESPIRATORIO	31579	Laringoscopia, telescópica flexible o rígida, con estroboscopia.	5,15	6,00
RESPIRATORIO	31580	Laringoplastia; para banda laríngea, con inserción permanente de quilla o stent	36,64	6,00
RESPIRATORIO	31584	Laringoplastia; con reducción abierta y fijación de fractura(p. ej. Enchapado) incluye traqueotomía, si se realiza.	40,73	6,00
RESPIRATORIO	31587	Laringoplastia, división cricoidea sin colocación de injerto	34,30	6,00
RESPIRATORIO	31590	Reinervación laríngea por pedículo neuromuscular	25,51	6,00
RESPIRATORIO	31591	Laringoplastia, medialización, unilateral	30,64	6,00
RESPIRATORIO	31592	Resección cricotraqueal	49,74	6,00
RESPIRATORIO	31595	Sección del nervio laríngeo recurrente, terapéutica (procedimiento separado), unilateral	22,21	6,00
RESPIRATORIO	31599	Procedimiento no listado de Laríngea.	CM	6,00
RESPIRATORIO	31600	Traqueostomía, planificada (procedimiento separado);	12,04	6,00
RESPIRATORIO	31601	Traqueostomía, planificada (procedimiento separado); en menor de 2 años	6,25	6,00
RESPIRATORIO	31603	Traqueostomía, procedimiento de emergencia; transtraqueal	6,75	6,00
RESPIRATORIO	31605	Traqueostomía, procedimiento de emergencia ; membrana cricotiroides	5,60	6,00
RESPIRATORIO	31610	Traqueostomía, procedimiento de fenestración con colgajos de piel	21,01	6,00
RESPIRATORIO	31611	Construcción de la fístula traqueoesofágica y posterior inserción de una prótesis de habla laríngea (p. Ej., Botón de voz, prótesis de Blom-Singer)	15,69	6,00
RESPIRATORIO	31612	Punción traqueal percutánea con aspiración y/o inyección transtraqueal	2,43	6,00
RESPIRATORIO	31613	Revisión de Traqueostomía simple sin rotación de Flap	13,30	6,00
RESPIRATORIO	31614	Revisión de Traqueostomía compleja con rotación de Flap	22,09	6,00
RESPIRATORIO	31615	Traqueobroncoscopia a través de una incisión de traqueotomía establecida	4,90	6,00
RESPIRATORIO	31622	Broncoscopia, rígida o flexible, incluye la guía fluoroscópica, cuando se realiza; diagnóstico con lavado celular, cuando se realiza (procedimiento separado)	6,98	6,00
RESPIRATORIO	31623	Broncoscopia, rígida o flexible, incluye guía fluoroscópica, cuando se realiza; con cepillado simple o protegido	7,79	6,00
RESPIRATORIO	31624	Broncoscopia, rígida o flexible, incluye guía fluoroscópica, cuando se realiza, con lavado alveolar bronquial	7,30	6,00
RESPIRATORIO	31625	Broncoscopia, rígida o flexible, incluye guía fluoroscópica, cuando se realiza, con biopsia(s) bronquiales o endobronquiales, sitios únicos o múltiples	9,55	6,00
RESPIRATORIO	31626	Broncoscopia, rígida o flexible, incluyendo la guía fluoroscópica	24,11	6,00

		cuando sea realiza; con colocación de marcadores fiduciales, simples o múltiple		
RESPIRATORIO	31627	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; con navegación guiada por imagen asistida por computadora (Listar por separado además del código para el procedimiento primario [s])	39,74	6,00
RESPIRATORIO	31628	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza, con biopsia pulmonar transbronquial lóbulo único	10,12	6,00
RESPIRATORIO	31629	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza, con biopsia por aspiración con aguja, trasbronquial, traquea, tallo principal y/o bronquio lobar (i)	12,51	6,00
RESPIRATORIO	31630	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza, con dilatación traqueal/bronquial o reducción cerrada de fractura	5,98	6,00
RESPIRATORIO	31631	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza, con colocación de stent(s) traqueal(es) (incluye dilatación traqueal/bronquial según se requiera)	6,89	6,00
RESPIRATORIO	31632	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza, con biopsia(s) pulmonar transbronquial(es) cada lóbulo adicional (registrar por separado además del código para le procedimiento primario)	1,87	6,00
RESPIRATORIO	31633	Broncoscopia, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; con biopsia por aspiración con aguja transbronquial, cada lóbulo adicional (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	2,34	6,00
RESPIRATORIO	31634	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; con oclusión con balón, con evaluación de fuga de aire, con administración de sustancia oclusiva (p.ej. Pegamento de fibrina), si se realiza	51,07	6,00
RESPIRATORIO	31635	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; extracción de cuerpo extraño	8,11	6,00
RESPIRATORIO	31636	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realice; con colocación de stent (s) bronquial (es) (incluye dilatación traqueal / bronquial según requiera), bronquio inicial	6,59	6,00
RESPIRATORIO	31637	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; cada broquio principal adicional cons stent (Registrar por separado además del código para el procedimiento primario)	2,19	6,00
RESPIRATORIO	31638	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; con revisión del stent traqueal o bronquial insertado en la sesión anterior (incluye dilatación de tráquea o bronquios si se requiere)	7,52	6,00
RESPIRATORIO	31640	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realice; con excisión de tumor	7,55	6,00
RESPIRATORIO	31641	Broncoscopía, rígida o flexible, incluye guía fluoroscópica, cuando se realiza; cada bronquio principal adicional con stent (enumere por separado, además del código para el procedimiento primario)	7,69	6,00
RESPIRATORIO	31643	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realice; con colocación de catéter(es) para aplicación de radioelementos intracavitarios	5,25	6,00
RESPIRATORIO	31645	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza, con aspiración terapéutica del árbol traqueobronquial, inicial.	7,36	6,00
RESPIRATORIO	31646	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fuoroscópica, cuando se realiza, con aspiración terapeutica del árbol traqueobronquial, subsiguiente estancia hospitalaria	6,62	6,00
RESPIRATORIO	31647	Broncoscopía, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica,	6,30	6,00

		cuando se realiza; con oclusión con balón, cuando se realiza evaluación de la fuga de aire, dimensionamiento de la vía aérea e inserción de válvula (s) bronquial (s), lóbulo inicial		
RESPIRATORIO	31648	Broncoscopia, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; con reextracción de válvula(s) bronquial(es), lóbulo inicial	5,71	6,00
RESPIRATORIO	31649	Broncoscopia, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando esta se realiza; con la extracción de válvula(s) bronquial(es), cada lóbulo adicional (registrar por separado, además del código para el procedimiento primario)	2,07	6,00
RESPIRATORIO	31651	Broncoscopia, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; con oclusión con balón, cuando se realiza, evaluación de fuga de aire, el tamaño de las vías respiratorias y la inserción de la (s) válvula (s) bronquial (es), cada lóbulo adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario (s))	2,21	6,00
RESPIRATORIO	31652	Broncoscopia, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; con muestreo transtraqueal y / o transbronquial guiado por ultrasonido endobronquial (EBUS) (p. ej., aspiración [s] / biopsia (s)), una o dos estaciones o estructuras de ganglios linfáticos mediastínicos y / o hiliares	23,66	6,00
RESPIRATORIO	31653	Broncoscopia, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; con muestreo transtraqueal y / o transbronquial guiado por ultrasonido endobronquial (EBUS) (p. ej., aspiración [s] / biopsia (s)), 3 o más estaciones o estructuras de ganglios linfáticos mediastínicos y / o hiliares	25,05	6,00
RESPIRATORIO	31654	Broncoscopia, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; con ultrasonido endobronquial transendoscópico (EBUS, por sus siglas en inglés) durante la (s) intervención (es) diagnóstica o terapéutica broncoscópica para la (s) lesión (es) periférica (enumere por separado además del código para el procedimiento primario [s])	3,65	6,00
RESPIRATORIO	31660	Broncoscopia, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; con termoplastia bronquial, un lóbulo	5,79	6,00
RESPIRATORIO	31661	Broncoscopia, rígida o flexible, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realiza; con termoplastia bronquial, dos o más lóbulos	6,11	6,00
RESPIRATORIO	31717	Cateterismo con biopsia bronquial con cepillo	7,46	6,00
RESPIRATORIO	31720	Aspiración con catéter (procedimiento separado); nasotraqueal	1,55	6,00
RESPIRATORIO	31725	Aspiración con cateter (procedimiento separado); traqueobronquial con fibroscopio, cabecera	3,50	6,00
RESPIRATORIO	31730	Introducción transtraqueal (percutánea) de dilatador de aguja/stent tubo permanenete para terapia de oxígeno	35,30	6,00
RESPIRATORIO	31750	Traqueoplastia, cervical	41,23	6,00
RESPIRATORIO	31755	Traqueoplastia; fistulización traqueofaringea, cada etapa	51,90	6,00
RESPIRATORIO	31760	Traqueoplastia, intratoracica	42,65	18,00
RESPIRATORIO	31766	Reconstrucción carinal	54,82	18,00
RESPIRATORIO	31770	Broncoplastia; reparación de injerto	41,03	18,00
RESPIRATORIO	31775	Broncoplastia; estenosis de escisión y anastomosis	37,86	18,00
RESPIRATORIO	31780	Excisión traqueal y anastomosis, por escisión; cervical	35,40	18,00
RESPIRATORIO	31781	Excisión traqueal y anastomosis, por escisión cervico-torácico	42,72	18,00
RESPIRATORIO	31785	Excisión de tumor traqueal o carcinoma; cervical	32,32	6,00
RESPIRATORIO	31786	Excisión de tumor traqueal o carcinoma traqueal: torácico	44,81	17,00
RESPIRATORIO	31800	Sutura de herida traqueal o lesión, cervical	24,00	6,00
RESPIRATORIO	31805	Sutura de herida traqueal o sesión, intratorácico	28,60	17,00
RESPIRATORIO	31820	Traquetomía o fístula de cierre quirúrgico; sin reparación plástica	12,63	6,00
RESPIRATORIO	31825	Traqueotomía o fístula de cierre quirúrgico; con reparación plástica	17,52	6,00
RESPIRATORIO	31830	Revisión de cicatriz de traqueostomía	12,89	6,00

RESPIRATORIO	31899	Procedimiento no listado, tráquea, bronquios	CM	17,00
RESPIRATORIO	32035	Toracostomía; con resección de costilla para empiema	21,98	6,00
RESPIRATORIO	32036	Toracostomía; con drenaje de colgajo abierto para empiema	23,52	6,00
RESPIRATORIO	32096	Toracotomía, con biopsia (s) de diagnóstico de infiltrado (s) de pulmón (p. Ej., Cuña, incisional), unilateral	24,69	6,00
RESPIRATORIO	32097	Toracotomía, con biopsia (s) de diagnóstico de nódulo (s) o masa (s) de pulmón (p. Ej., Cuña, incisional), unilateral	24,61	6,00
RESPIRATORIO	32098	Toracotomía, con biopsia(s) de pleura	23,34	6,00
RESPIRATORIO	32100	Toracotomía, con exploración	24,83	12,00
RESPIRATORIO	32110	Toracotomía, con control de hemorragia traumática y/o reparación de desgarro pulmonar	44,82	12,00
RESPIRATORIO	32120	Toracotomía, por complicaciones postoperatorias	26,64	12,00
RESPIRATORIO	32124	Toracotomía, con neumolisis intrapleural abierta	28,35	12,00
RESPIRATORIO	32140	Toracotomía; con extirpación de quistes, incluye procedimiento pleural cuando se realiza	30,20	12,00
RESPIRATORIO	32141	Toracotomía; con resección-plicatura de ampollas, incluye cualquier procedimiento pleural cuando se realiza	46,78	12,00
RESPIRATORIO	32150	Toracotomía; con la eliminación de cuerpos extraños intrapleurales o depósitos de fibrina	30,74	12,00
RESPIRATORIO	32151	Toracotomía; con extracción de cuerpo extraño intrapulmonar	30,63	12,00
RESPIRATORIO	32160	Toracotomía, con masaje cardiaco	24,12	15,00
RESPIRATORIO	32200	Neumonostomía con drenaje abierto de absceso o quiste	34,37	12,00
RESPIRATORIO	32215	Escarificación pleural para neumotórax repetido	24,30	12,00
RESPIRATORIO	32220	Decorticación pulmonar total (procedimiento separado)	48,41	15,00
RESPIRATORIO	32225	Decorticación pulmonar parcial (procedimiento separado)	30,36	15,00
RESPIRATORIO	32310	Pleurectomía parietal (procedimiento separado)	27,92	15,00
RESPIRATORIO	32320	Decorticación y pleurectomía parietal	48,90	15,00
RESPIRATORIO	32400	Biopsia, pleura; aguja percutánea	4,37	4,00
RESPIRATORIO	32405	Biopsia, pulmón o mediastino, aguja percutánea	11,09	4,00
RESPIRATORIO	32440	Extracción de pulmón, neumonectomía.	47,95	12,00
RESPIRATORIO	32442	Extracción de pulmón, neumonectomía; con resección del segmento de tráquea seguido de anastomosis bronco-traqueal (neumonectomía en manga)	94,84	18,00
RESPIRATORIO	32445	Extracción de pulmón, neumonectomía; extrapleural	109,23	12,00
RESPIRATORIO	32480	Extracción de pulmón, que no sea neumonectomía; lóbulo único (lobectomía)	45,33	12,00
RESPIRATORIO	32482	Extracción de pulmón, que no sea neumonectomía; 2 lóbulos (bilobectomía)	48,47	12,00
RESPIRATORIO	32484	Extracción de pulmón, que no sea neumonectomía; segmento único (segmentectomía)	44,06	12,00
RESPIRATORIO	32486	Extracción de pulmón, que no sea neumonectomía; con resección circunferencial del segmento de bronquios seguido de anastomosis bronco bronquial (lobectomía en manga)	72,38	18,00
RESPIRATORIO	32488	Extracción de pulmón, que no sea neumonectomía; con todo el pulmón restante después de la extracción previa de una porción del pulmón (neumonectomía completa)	73,81	12,00
RESPIRATORIO	32491	Extracción de pulmón, que no sea neumonectomía; con resección-plicatura de pulmón (es) enfisematoso (ampoloso o no ampoloso) para reducción de volumen pulmonar, división esternal o abordaje transtorácico, incluye cualquier procedimiento pleural, cuando se realiza	45,13	12,00
RESPIRATORIO	32501	Resección y reparación de una porción del bronquio (broncoplastia) cuando se realiza en el momento de la lobectomía o segmentectomía (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	7,56	12,00
RESPIRATORIO	32503	Resección de un tumor pulmonar apical (p. Ej., Tumor de Pancoast), que incluye resección de la pared torácica, resección de costillas, disección neurovascular, cuando se realiza; sin reconstrucción (es) de la pared torácica	55,48	12,00

RESPIRATORIO	32504	Resección de un tumor pulmonar apical (p. Ej., Tumor de Pancoast), que incluye resección de la pared torácica, resección de costillas, disección neurovascular, cuando se realiza; con reconstrucción de la pared torácica	63,84	12,00
RESPIRATORIO	32505	Toracotomía; con resección terapéutica en cuña (p. ej., masa, nódulo), inicial	28,50	12,00
RESPIRATORIO	32506	Toracotomía, con resección terapéutica en cuña (p.ej. Masa, nódulo), cada resección adicional, ipsilateral (registrar adicionalmente al código del procedimiento primario)	4,83	12,00
RESPIRATORIO	32507	Toracotomía; con resección de cuña de diagnóstico seguida de resección anatómica pulmonar (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,83	12,00
RESPIRATORIO	32540	Enucleación extrapleural del empiema (empiemectomía)	53,24	12,00
RESPIRATORIO	32550	Inserción de catéter pleural tunelado permanente con manguito	20,47	4,00
RESPIRATORIO	32551	Toracostomía con tubo, incluye conexión al sistema de drenaje (p. Ej., Sello de agua), cuando se realiza, abierto (procedimiento separado)	4,78	4,00
RESPIRATORIO	32552	Extracción del catéter pleural tunelado permanente con manguito	5,44	4,00
RESPIRATORIO	32553	Colocación de dispositivo (s) intersticial para orientación de radioterapia (p. Ej., Marcadores fiduciales, dosímetro), percutáneo, intratorácico, único o múltiple	14,98	4,00
RESPIRATORIO	32554	Toracocentesis, con aguja o catéter, aspiración del espacio pleural; sin guía de imágenes	5,82	4,00
RESPIRATORIO	32555	Toracocentesis, con aguja o catéter, aspiración del espacio pleural; con guía de imágenes	8,32	4,00
RESPIRATORIO	32556	Drenaje pleural, percutáneo, con inserción de catéter permanente; sin guía de imagen	15,83	4,00
RESPIRATORIO	32557	Drenaje pleural, percutáneo, con inserción de catéter permanente; con guía de imagen	14,64	4,00
RESPIRATORIO	32560	Instilación, a través de sonda / sonda torácica, agente para la pleurodesis (p. Ej., Talco para neumotórax recurrente o persistente)	7,04	4,00
RESPIRATORIO	32561	Instilación (es), a través de un tubo / catéter torácico, agente para la fibrinólisis (por ejemplo, agente fibrinolítico para la ruptura del derrame multiloculado); día inicial	2,71	4,00
RESPIRATORIO	32562	Instilación (es), a través de un tubo / catéter torácico, agente para la fibrinólisis (por ejemplo, agente fibrinolítico para la ruptura del derrame multiloculado); día siguiente	2,44	4,00
RESPIRATORIO	32601	Toracoscopia, diagnóstico (procedimiento separado); pulmones, saco pericárdico, espacio mediastínico o pleural, sin biopsia	9,46	8,00
RESPIRATORIO	32604	Toracoscopia, diagnóstico (procedimiento separado); saco pericárdico, con biopsia	14,90	15,00
RESPIRATORIO	32606	Toracoscopia, diagnóstico (procedimiento separado); espacio mediastinal, con biopsia	14,23	12,00
RESPIRATORIO	32607	Toracoscopia; con biopsia (s) de diagnóstico de infiltrado (s) de pulmón (p. ej., cuña, incisional), unilateral	9,47	12,00
RESPIRATORIO	32608	Toracoscopia; con biopsia (s) de diagnóstico de nódulos o masas pulmonares (p. ej., cuña, incisional), unilateral	11,63	12,00
RESPIRATORIO	32609	Toracoscopia, con biopsia(s) de pleura	7,93	12,00
RESPIRATORIO	32650	Toracoscopia quirúrgica, con pleurodesis (p.ej. Mecánica o química)	20,29	15,00
RESPIRATORIO	32651	Toracoscopia quirúrgica; con decorticación pulmonar parcial	33,55	15,00
RESPIRATORIO	32652	Toracoscopia quirúrgica; con decorticación pulmonar total, incluida la neumonólisis intrapleural	50,98	15,00
RESPIRATORIO	32653	Toracoscopia quirúrgica; con la eliminación de cuerpos extraños intrapleurales o depósitos de fibrina	32,41	12,00
RESPIRATORIO	32654	Toracoscopia quirúrgica; con control de hemorragia traumática	36,34	12,00
RESPIRATORIO	32655	Toracoscopia quirúrgica; con resección-plicatura de ampollas,	29,24	12,00

		incluye cualquier procedimiento pleural cuando se realiza		
RESPIRATORIO	32656	Toracoscopia quirúrgica; con pleurectomía parietal	24,47	12,00
RESPIRATORIO	32658	Toracoscopia quirúrgica; con la eliminación del coágulo o cuerpo extraño del saco pericárdico	21,81	15,00
RESPIRATORIO	32659	Toracoscopia quirúrgica; con creación de ventana pericárdica o resección parcial del saco pericárdico para drenaje	22,34	15,00
RESPIRATORIO	32661	Excisión de quiste, tumor o mása pericárdicos por toracoscopia	24,49	15,00
RESPIRATORIO	32662	Toracoscopia quirúrgica; con escisión de quiste mediastínico, tumor o masa	27,29	12,00
RESPIRATORIO	32663	Toracoscopia quirúrgica; con lobectomía (lóbulo único)	42,99	12,00
RESPIRATORIO	32664	Toracoscopia quirúrgica; con simpatectomía torácica	25,80	12,00
RESPIRATORIO	32665	Toracoscopia quirúrgica; con esofagomiotomía (tipo Heller)	37,81	12,00
RESPIRATORIO	32666	Toracoscopia quirúrgica; con resección terapéutica en cuña (p. ej., masa, nódulo), unilateral inicial	26,64	12,00
RESPIRATORIO	32667	Toracoscopia quirúrgica; con resección terapéutica en cuña (p. ej., masa o nódulo), cada resección adicional, ipsilateral (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,86	12,00
RESPIRATORIO	32668	Toracoscopia quirúrgica; con resección de cuña de diagnóstico seguida de resección anatómica pulmonar (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,86	12,00
RESPIRATORIO	32669	Toracoscopia quirúrgica; con extirpación de un solo segmento pulmonar (segmentectomía)	41,29	12,00
RESPIRATORIO	32670	Toracoscopia quirúrgica; con extracción de dos lóbulos (bilobectomía)	49,20	12,00
RESPIRATORIO	32671	Toracoscopia quirúrgica; con extracción de pulmón (neumonectomía)	54,59	12,00
RESPIRATORIO	32672	Toracoscopia quirúrgica; con resección-plicatura para pulmón enfisematoso (ampollosa o no ampollosa) para reducción de volumen pulmonar (LVRS), unilateral incluye cualquier procedimiento pleural, cuando se realiza	46,81	12,00
RESPIRATORIO	32673	Toracoscopia quirúrgica, con resección de timo, unilateral o bilateral	37,31	12,00
RESPIRATORIO	32674	Toracoscopia quirúrgica; con linfadenectomía mediastínica y regional (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	6,68	12,00
RESPIRATORIO	32701	Delineación de objetivos torácicos para radioterapia corporal estereotáctica (SRS / SBRT), (fotón o haz de partículas), curso completo de tratamiento	6,56	12,00
RESPIRATORIO	32800	Reparación de hernia pulmonar a través de la pared torácica	28,86	12,00
RESPIRATORIO	32810	Cierre de la pared torácica después del drenaje con colgajo abierto para empiema (procedimiento tipo Clagett)	27,27	12,00
RESPIRATORIO	32815	Cierre abierto de fístula bronquial mayor	85,71	17,00
RESPIRATORIO	32820	Reconstrucción mayor de pared torácica (postraumática)	43,00	10,00
RESPIRATORIO	32850	Neumonectomía del donante (incluida la preservación del frío), de donante de cadáverico	17,00	7,00
RESPIRATORIO	32851	Trasplante de pulmón, uno solo; sin derivación cardiopulmonar	101,60	20,00
RESPIRATORIO	32852	Trasplante de pulmón, uno solo; con derivación cardiopulmonar	111,12	20,00
RESPIRATORIO	32853	Trasplante de pulmón, doble (secuencial bilateral o en bloque); sin derivación cardiopulmonar	141,86	20,00
RESPIRATORIO	32854	Trasplante de pulmón, doble (secuencial bilateral o en bloque); con derivación cardiopulmonar	150,62	20,00
RESPIRATORIO	32855	Preparación estándar de Backbench del aloinjerto de pulmón de donante de cadáver antes del trasplante, incluida la disección del aloinjerto de los tejidos blandos circundantes para preparar el manguito venoso / auricular pulmonar, la arteria pulmonar y los bronquios; unilateral	42,00	0,00
RESPIRATORIO	32856	Preparación estándar de Backbench del aloinjerto de pulmón de donante de cadáver antes del trasplante, incluida la disección	46,00	0,00

		del aloinjerto de los tejidos blandos circundantes para preparar el manguito venoso / auricular pulmonar, la arteria pulmonar y los bronquios; bilateral		
RESPIRATORIO	32900	Resección de costillas, extrapleurales, todas las etapas.	43,00	6,00
RESPIRATORIO	32905	Toracoplastia, tipo Schede o extrapleurales (todas las etapas)	41,20	10,00
RESPIRATORIO	32906	Toracoplastia, tipo Schede o extrapleurales (todas las etapas); con cierre de fístula broncopleurales	50,84	10,00
RESPIRATORIO	32940	Neumonólisis extrapleurales, incluidos los procedimientos de llenado o empaque	38,00	12,00
RESPIRATORIO	32960	Neumotórax, inyección terapéutica intrapleurales de aire.	3,72	6,00
RESPIRATORIO	32994	Terapia de ablación para la reducción o erradicación de 1 o más tumor (es) pulmonar (es) incluyendo pleura o pared torácica cuando está involucrado por extensión tumoral, percutánea, incluyendo guía de imágenes cuando se realiza, unilateral; crioablación	175,69	6,00
RESPIRATORIO	32997	Lavado pulmonar total (unilateral)	10,12	6,00
RESPIRATORIO	32998	Terapia de ablación para la reducción o erradicación de 1 o más tumor (es) pulmonar (es) incluyendo pleura o pared torácica cuando está involucrado por extensión tumoral, percutánea, incluyendo guía de imágenes cuando se realiza, unilateral; frecuencia de radio	55,17	6,00
RESPIRATORIO	32999	Procedimiento no listado, pulmones y pleura	CM	12,00
CARDIOVASCULAR	33010	Pericardiocentesis inicial	3,29	15,00
CARDIOVASCULAR	33011	Pericardiocentesis subsecuente	3,33	15,00
CARDIOVASCULAR	33015	Pericardiostomía de tubo	15,58	15,00
CARDIOVASCULAR	33020	Pericardiotomía para extirpación de coágulo o cuerpo extraño (procedimiento primario)	26,94	6,00
CARDIOVASCULAR	33025	Creación de ventana pericárdica o resección parcial para drenaje por vía transtorácica	24,46	7,00
CARDIOVASCULAR	33030	Pericardiectomía parcial o completa, sin circulación extracorpórea	61,65	15,00
CARDIOVASCULAR	33031	Pericardiectomía parcial o completa, con circulación extracorpórea	76,02	20,00
CARDIOVASCULAR	33050	Excisión de quiste o tumor pericárdico	30,53	15,00
CARDIOVASCULAR	33120	Excisión de tumor intracardiaco, resección con derivación cardiopulmonar	64,64	20,00
CARDIOVASCULAR	33130	Resección de tumor cardíaco externo	42,50	15,00
CARDIOVASCULAR	33140	Revascularización transmiocárdica mediante láser, por toracotomía; (procedimiento separado)	48,61	15,00
CARDIOVASCULAR	33141	Revascularización transmiocárdica mediante láser, por toracotomía; ejecutada al mismo tiempo que otro(s) procedimiento(s) de cirugía cardíaca abierta (registrar separadamente además del procedimiento primario)	12,00	15,00
CARDIOVASCULAR	33202	Inserción de electrodo(s) epicárdico(s) por incisión abierta (toracotomía, esternotomía media, vía subxifoidea)	23,82	15,00
CARDIOVASCULAR	33203	Inserción de electrodo(s) epicárdico(s) por abordaje endoscópico (p.ej. Toracoscopía, pericardioscopía)	24,75	15,00
CARDIOVASCULAR	33206	Inserción de un marcapasos nuevo o de reemplazo permanente con electrodo (s) transvenoso (s); auricular	13,78	4,00
CARDIOVASCULAR	33207	Inserción de un marcapasos nuevo o de reemplazo permanente con electrodo (s) transvenoso (s); ventricular	14,72	4,00
CARDIOVASCULAR	33208	Inserción de marcapasos permanente nuevo o de reemplazo con electrodo(s) transvenoso(s) a nivel auricular y ventricular	15,99	4,00
CARDIOVASCULAR	33210	Inserción o reemplazo de electrodo o catéter marcapasos cardíaco transvenoso temporal de cámara única (procedimiento separado)	5,10	4,00
CARDIOVASCULAR	33211	Inserción o reemplazo de electrodos o catéteres marcapasos cardíacos transvenosos temporales de cámara dual (procedimiento separado)	5,22	4,00

CARDIOVASCULAR	33212	Inserción (solamente) de generador de pulsos marcapasos; con terminal único ya existente	11,70	4,00
CARDIOVASCULAR	33213	Inserción (solamente) de generador de pulsos marcapasos; con terminales duales ya existentes	13,70	4,00
CARDIOVASCULAR	33214	Actualización del sistema de marcapasos implantado, conversión del sistema de cámara única a sistema de cámara doble (incluye la extracción del generador de pulso colocado previamente, la prueba del cable existente, la inserción del nuevo cable, la inserción del nuevo generador de pulso)	16,90	4,00
CARDIOVASCULAR	33215	Reposicionamiento de un marcapasos transvenoso previamente implantado o un electrodo desfibrilador implantable (auricular derecho o ventricular derecho)	9,50	4,00
CARDIOVASCULAR	33216	Inserción de electrodo transvenoso único, marcapaso o cardioversor-defibrilador permanente	11,28	4,00
CARDIOVASCULAR	33217	Inserción de 2 electrodos transvenosos, marcapaso o cardioversor-defibrilador permanente	12,40	4,00
CARDIOVASCULAR	33218	Reparación de electrodo transvenoso único, marcapaso o cardioversor-defibrilador permanente	11,86	4,00
CARDIOVASCULAR	33220	Reparación de 2 electrodos transvenosos para marcapasos o cardioversión-defibrilación permanente	11,87	4,00
CARDIOVASCULAR	33221	Inserción de generador de pulsos de marcapasos, únicamente; con terminales múltiples ya existentes	11,01	4,00
CARDIOVASCULAR	33222	Revisión o recolocación de bolsa subcutánea para marcapasos	10,40	3,00
CARDIOVASCULAR	33223	Revisión o recolocación de bolsa subcutánea para cardioversor-defibrilador	14,30	3,00
CARDIOVASCULAR	33224	Inserción de electrodo de estimulación, sistema venoso cardíaco, para estimulación ventricular izquierda, con conexión a marcapasos o desfibrilador implantable generador de pulso (incluyendo revisión de bolsillo, extracción, inserción y / o reemplazo del generador existente)	15,91	4,00
CARDIOVASCULAR	33225	Inserción del electrodo de estimulación, sistema venoso cardíaco, para estimulación ventricular izquierda, en el momento de la inserción del desfibrilador implantable o generador de pulso de marcapasos (p. Ej., Para la actualización al sistema de doble cámara) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	14,52	4,00
CARDIOVASCULAR	33226	Reposicionamiento de electrodo implantado previamente en sistema venoso cardiaco (ventrículo izquierdo) (incluye remoción, inserción y/o remplazo del generador existente)	15,30	4,00
CARDIOVASCULAR	33227	Remoción del generador con reemplazo del marcapaso pulsogenerador con un sistema de un solo cable	10,31	4,00
CARDIOVASCULAR	33228	Remoción del generador con reemplazo del marcapaso pulsogenerador con un Sistema de doble cable	10,79	4,00
CARDIOVASCULAR	33229	Remoción del generador con reemplazo del marcapaso pulsogenerador con un Sistema de varios cables	11,43	4,00
CARDIOVASCULAR	33230	Remoción del generador con reemplazo del marcapaso pulsogenerador con un Con doble cable existente	11,70	4,00
CARDIOVASCULAR	33231	Inserción de un generador de pulso desfibrilador implantable solamente; con múltiples cables existentes	12,30	4,00
CARDIOVASCULAR	33233	Remoción de generador de pulsos de marcapasos permanente	6,96	4,00
CARDIOVASCULAR	33234	Remoción de electrodo(s) de marcapasos transvenoso; sistema monopolar, auricular o ventricular.	19,90	4,00
CARDIOVASCULAR	33235	Remoción de electrodo(s) de marcapasos transvenoso; sistema bipolar	22,10	4,00
CARDIOVASCULAR	33236	Remoción de marcapasos y electrodos epicárdicos permanentes por toracotomía; sistema monopolar, auricular o ventricular	23,99	15,00
CARDIOVASCULAR	33237	Remoción de marcapasos y electrodos epicárdicos permanentes por toracotomía; sistema bipolar	25,63	15,00
CARDIOVASCULAR	33238	Remoción de electrodo (s) transvenoso (s) permanente (s)	28,50	12,00

		mediante Toracotomía		
CARDIOVASCULAR	33240	Inserción (unicamente) de generador de pulsos cardioversor-defibrilador; con terminal único ya existente	15,60	7,00
CARDIOVASCULAR	33241	Retiro (unicamente) de generador de pulsos cardioversor-defibrilador	11,10	7,00
CARDIOVASCULAR	33243	Remoción de electrodo(s) cardioversor-defibrilador de cámara única o doble mediante toracotomía	42,50	15,00
CARDIOVASCULAR	33244	Extracción de electrodo (s) desfibrilador implantable de cámara simple o doble; por extracción transvenosa	31,20	7,00
CARDIOVASCULAR	33249	Inserción o reposicionamiento de sistema permanente de marcapasos cardioversor-defibrilador con terminal transvenoso(s), cámara única o dual	28,08	7,00
CARDIOVASCULAR	33250	Ablación quirúrgica de foco o vía, tracto(s) (ej. síndrome de Wolff-Parkinson-White, reentrada de un nodo A-V) y/o foco(s) arritmogénicos supraventricular(es); sin derivación cardiopulmonar (circulación extracorpórea)	44,51	15,00
CARDIOVASCULAR	33251	Ablación quirúrgica de foco o vía, tracto(s) (ej. síndrome de Wolff-Parkinson-White, reentrada de un nodo A-V) y/o foco(s) arritmogénicos supraventricular(es); con derivación cardiopulmonar (circulación extracorpórea)	50,02	20,00
CARDIOVASCULAR	33254	Ablación quirúrgica y reconstrucción limitada de aurículas (ej. Procedimiento de Maze modificado)	41,98	20,00
CARDIOVASCULAR	33255	Ablación de tejido quirúrgica y reconstrucción de aurículas, extensa (p. Ej., Procedimiento de laberinto -Maze); sin derivación cardiopulmonar	50,61	20,00
CARDIOVASCULAR	33256	Ablación de tejido quirúrgica y reconstrucción de aurículas, extensa (p. Ej., Procedimiento de laberinto -Maze); con derivación cardiopulmonar	59,79	20,00
CARDIOVASCULAR	33257	Ablación quirúrgica y reconstrucción limitada de aurículas (ej. Procedimiento de Maze modificado); realizado al mismo tiempo que otro procedimiento quirúrgico cardíaco (Lista por separado además del código de procedimiento primario)	17,80	20,00
CARDIOVASCULAR	33258	Ablación de tejido quirúrgico y reconstrucción de aurículas, realizada en el momento de otro (s) procedimiento (s) cardíaco (s), extenso (p. Ej., Procedimiento de laberinto), sin derivación cardiopulmonar (Lista por separado además del código de procedimiento primario)	20,01	20,00
CARDIOVASCULAR	33259	Ablación de tejido quirúrgico y reconstrucción de aurículas, realizada en el momento de otro (s) procedimiento (s) cardíaco (s), extenso (p. Ej., Procedimiento de laberinto), con derivación cardiopulmonar (Lista por separado además del código de procedimiento primario)	25,85	20,00
CARDIOVASCULAR	33261	Ablación quirúrgica de foco arritmogénico ventricular con derivación cardiopulmonar (circulación extracorpórea)	50,01	20,00
CARDIOVASCULAR	33262	Retiro de generador de pulsos cardioversor-defibrilador con reemplazo de generador de pulsos cardioversor-defibrilador; sistema de terminal único	11,39	20,00
CARDIOVASCULAR	33263	Retiro de generador de pulsos cardioversor-defibrilador con reemplazo de generador de pulsos cardioversor-defibrilador; sistema de terminal dual	11,87	20,00
CARDIOVASCULAR	33264	Retiro de generador de pulsos cardioversor-defibrilador con reemplazo de generador de pulsos cardioversor-defibrilador; sistema de electrodos (terminales) múltiple	12,37	20,00
CARDIOVASCULAR	33265	Ablación quirúrgica y reconstrucción limitada de aurículas (ej. Procedimiento de Maze modificado); por vía endoscópica, sin derivación cardiopulmonar	41,66	20,00
CARDIOVASCULAR	33266	Ablación quirúrgica y reconstrucción extensa de aurículas (ej. Procedimiento de Maze modificado); por vía endoscópica, sin derivación cardiopulmonar	56,80	20,00
CARDIOVASCULAR	33270	Inserción o reemplazo del sistema desfibrilador implantable	18,04	4,00

		subcutáneo permanente, con electrodo subcutáneo, incluida la evaluación del umbral de desfibrilación, la inducción de arritmia, la evaluación de la detección de la terminación de la arritmia y la programación o reprogramación de la detección o parámetros terapéuticos, cuando se realiza		
CARDIOVASCULAR	33271	Inserción del electrodo desfibrilador implantable subcutáneo	15,04	4,00
CARDIOVASCULAR	33272	Extracción del electrodo desfibrilador implantable subcutáneo	10,64	4,00
CARDIOVASCULAR	33273	Reposicionamiento del electrodo desfibrilador implantable subcutáneo implantado previamente	12,42	4,00
CARDIOVASCULAR	33282	Implantación del registrador de eventos cardíacos activado por el paciente	6,85	4,00
CARDIOVASCULAR	33284	Retiro del registrador de eventos cardíacos implantable, activado por el paciente	6,02	4,00
CARDIOVASCULAR	33300	Reparación de herida cardíaca; sin bypass	75,50	15,00
CARDIOVASCULAR	33305	Reparación de herida cardíaca; con derivación cardiopulmonar	126,59	20,00
CARDIOVASCULAR	33310	Cardiotomía exploradora via transtoracica (incluye extirpación de cuerpo extraño, trombos intracoronarios auriculares o ventriculares); sin derivación cardiopulmonar	36,03	15,00
CARDIOVASCULAR	33315	Cardiotomía, exploradora (incluye extirpación de cuerpo extraño, trombo auricular o ventricular); con derivación cardiopulmonar	58,87	20,00
CARDIOVASCULAR	33320	Reparación de la aorta o grandes vasos; sin shunt o derivación cardio-pulmonar	36,00	15,00
CARDIOVASCULAR	33321	Reparación de sutura de aorta o grandes vasos; con derivación de derivación	40,00	15,00
CARDIOVASCULAR	33322	Reparación de la aorta o grandes vasos; con derivación cardiopulmonar	45,00	20,00
CARDIOVASCULAR	33330	Colocación de injerto en la aorta o grandes vasos; sin shunt o derivación cardio-pulmonar	45,00	15,00
CARDIOVASCULAR	33335	Colocación de injerto en la aorta o grandes vasos, con derivación cardio-pulmonar	57,68	20,00
CARDIOVASCULAR	33340	Cierre percutáneo transcatéter del apéndice auricular izquierdo con implante endocárdico, incluyendo fluoroscopia, punción transeptal, colocación (es) de catéter, angiografía auricular izquierda, angiografía del apéndice auricular izquierdo, cuando se realiza, y supervisión e interpretación radiológicas.	24,54	3,00
CARDIOVASCULAR	33361	Reemplazo de válvula aórtica transcatéter (TAVR,TAVI) con válvula protésica; abordaje percutáneo por arteria femoral	42,08	3,00
CARDIOVASCULAR	33362	Reemplazo de válvula aórtica transcatéter (TAVR,TAVI) con válvula protésica; abordaje abierto por arteria femoral	45,93	3,00
CARDIOVASCULAR	33363	Reemplazo de válvula aórtica transcatéter (TAVR,TAVI) con válvula protésica; abordaje abierto por arteria axilar	48,30	3,00
CARDIOVASCULAR	33364	Reemplazo de válvula aórtica transcatéter (TAVR,TAVI) con válvula protésica; abordaje abierto por arteria iliaca	50,13	3,00
CARDIOVASCULAR	33365	Reemplazo de válvula aórtica transcatéter (TAVR,TAVI) con válvula protésica; abordaje transaórtico (p.ej. Esternotomía mediana, mediastinotomía)	55,15	3,00
CARDIOVASCULAR	33366	Reemplazo de válvula aórtica transcatéter (TAVR,TAVI) con válvula protésica, exposición transapical (p.ej. Toracotomía izquierda)	59,68	3,00
CARDIOVASCULAR	33367	Reemplazo de válvula aórtica transcatéter (TAVR / TAVI) con válvula protésica; soporte de derivación cardiopulmonar con canulación arterial y venosa periférica percutánea (p. ej., vasos femorales) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	19,37	3,00
CARDIOVASCULAR	33368	Reemplazo de válvula aórtica transcatéter (TAVR / TAVI) con válvula protésica; soporte de derivación cardiopulmonar con canulación arterial y venosa periférica abierta (p. ej., vasos femorales, ilíacos, axilares) (enumere por separado además del	23,16	3,00

		código para el procedimiento primario)		
CARDIOVASCULAR	33369	Reemplazo de válvula aórtica transcáteter (TAVR / TAVI) con válvula protésica; soporte de derivación cardiopulmonar con canulación arterial y venosa central (p. ej., aorta, aurícula derecha, arteria pulmonar) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	30,65	20,00
CARDIOVASCULAR	33390	Valvuloplastia, válvula aórtica, abierta, con derivación cardiopulmonar; simple (es decir, valvotomía, desbridamiento, reducción de volumen y / o resuspensión comisural simple)	58,51	20,00
CARDIOVASCULAR	33391	Valvuloplastia, válvula aórtica, abierta, con derivación cardiopulmonar; complejo (p. ej., extensión del prospecto, resección del prospecto, reconstrucción del prospecto o anuloplastia)	69,33	20,00
CARDIOVASCULAR	33404	Construcción de un conducto apical aórtico	53,89	20,00
CARDIOVASCULAR	33405	Reemplazo de válvula aórtica, con derivación cardiopulmonar; con válvula protésica que no sea homoinjerto o válvula sin soporte (stent)	69,84	20,00
CARDIOVASCULAR	33406	Reemplazo, válvula aórtica, abierta, con derivación cardiopulmonar; con válvula de aloinjerto (a mano alzada)	88,66	20,00
CARDIOVASCULAR	33410	Reemplazo de válvula aórtica, con derivación cardiopulmonar; con válvula sin soporte (stent)	78,29	20,00
CARDIOVASCULAR	33411	Reemplazo, válvula aórtica; con agrandamiento del anillo aórtico, seno no coronario	103,41	20,00
CARDIOVASCULAR	33412	Reemplazo de válvula aórtica, con agrandamiento del anillo aórtico transventricular (procedimiento de Konno)	97,92	20,00
CARDIOVASCULAR	33413	Reemplazo, válvula aórtica; por translocación de válvula pulmonar autóloga con reemplazo de aloinjerto de válvula pulmonar (procedimiento de Ross)	97,76	20,00
CARDIOVASCULAR	33414	Reparación de la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo mediante la ampliación del parche del tracto de salida	66,70	20,00
CARDIOVASCULAR	33415	Resección o incisión de tejido subvalvular por estenosis aórtica subvalvular discreta	62,50	20,00
CARDIOVASCULAR	33416	Ventriculomiotomía (-miectomía) por estenosis subaórtica hipertrófica idiopática (p.ej. Hipertrofia septal asimétrica)	62,46	20,00
CARDIOVASCULAR	33417	Aortoplastia (refuerzo) para estenosis supra valvular	51,56	20,00
CARDIOVASCULAR	33418	Reparación de la válvula mitral transcáteter, abordaje percutáneo, incluida la punción transeptal cuando se realiza; prótesis inicial	55,45	15,00
CARDIOVASCULAR	33419	Reparación de la válvula mitral transcáteter, abordaje percutáneo, incluida la punción transeptal cuando se realiza; prótesis adicional (es) durante la misma sesión (Listar por separado además del código para el procedimiento primario)	13,14	15,00
CARDIOVASCULAR	33420	Valvulotomía, válvula mitral; a corazón cerrado	45,00	15,00
CARDIOVASCULAR	33422	Valvotomía, válvula mitral; corazón abierto, con derivación cardiopulmonar	51,43	20,00
CARDIOVASCULAR	33425	Valvuloplastia, válvula mitral; con derivación cardiopulmonar	84,06	20,00
CARDIOVASCULAR	33426	Valvuloplastia de válvula mitral; con anillo prostetico, con derivación cardiopulmonar	73,30	20,00
CARDIOVASCULAR	33427	Valvuloplastia, válvula mitral, con derivación cardiopulmonar; reconstrucción radical, con o sin anillo	75,31	20,00
CARDIOVASCULAR	33430	Reemplazo, válvula mitral, con derivación cardiopulmonar	86,12	20,00
CARDIOVASCULAR	33460	Valvectomía, válvula tricúspide, con derivación cardiopulmonar	74,89	20,00
CARDIOVASCULAR	33463	Valvuloplastia, válvula tricúspide; sin inserción de anillo	95,18	20,00
CARDIOVASCULAR	33464	Valvuloplastia, válvula tricúspide; con inserción de anillo	75,14	20,00
CARDIOVASCULAR	33465	Reemplazo de válvula tricúspide, con derivación cardiopulmonar	84,99	20,00
CARDIOVASCULAR	33468	Reposicionamiento y pliegue de la válvula tricúspide por enfermedad de Ebstein	76,07	20,00
CARDIOVASCULAR	33470	Valvulotomía, válvula pulmonar, a corazón cerrado; transventricular	39,89	15,00

CARDIOVASCULAR	33471	Valvulotomía, válvula pulmonar, a corazón cerrado; vía arteria pulmonar	42,63	15,00
CARDIOVASCULAR	33474	Valvulotomía, válvula pulmonar, a corazón abierto; con derivación cardiopulmonar	67,49	20,00
CARDIOVASCULAR	33475	Reemplazo, válvula pulmonar	71,81	15,00
CARDIOVASCULAR	33476	Resección ventricular derecha por estenosis infundibular, con o sin comisurotomía	47,01	20,00
CARDIOVASCULAR	33477	Implantación de válvula pulmonar transcatóter, abordaje percutáneo, incluyendo pre-stent del sitio de administración de la válvula, cuando se realiza	39,78	20,00
CARDIOVASCULAR	33478	Aumento del tracto de salida (refuerzo), con o sin comisurotomía o resección infundibular	48,59	20,00
CARDIOVASCULAR	33496	Corrección de mal funcionamiento de válvula prostética no estructural con derivación cardiopulmonar (procedimiento separado)	51,50	20,00
CARDIOVASCULAR	33500	Reparación de la fístula coronaria arteriovenosa o arteriocardiaca de la cámara; con derivación cardiopulmonar	48,08	20,00
CARDIOVASCULAR	33501	Reparación de la fístula coronaria arteriovenosa o arteriocardiaca de la cámara; sin derivación cardiopulmonar	34,28	15,00
CARDIOVASCULAR	33502	Reparación de arteria coronaria anómala de origen de la arteria pulmonar; por ligadura	39,38	15,00
CARDIOVASCULAR	33503	Corrección de arteria coronaria anómala que nace de la arteria pulmonar; mediante injerto, sin derivación cardiopulmonar	40,89	15,00
CARDIOVASCULAR	33504	Corrección de arteria coronaria anómala que nace de la arteria pulmonar; mediante injerto, con derivación cardiopulmonar	45,28	20,00
CARDIOVASCULAR	33505	Corrección de arteria coronaria anómala que nace de la arteria pulmonar; mediante construcción de un túnel arterial intrapulmonar (procedimiento de Takeuchi)	64,09	20,00
CARDIOVASCULAR	33506	Corrección de arteria coronaria anómala que nace de la arteria pulmonar; mediante translocación de una arteria pulmonar hacia la aorta	63,76	20,00
CARDIOVASCULAR	33507	Corrección arteria coronaria anómala (ej. intramural) que nace de la aorta mediante translocación o "unroofing" destechado	53,46	20,00
CARDIOVASCULAR	33508	Endoscopia quirúrgica, incluida la extracción de vena (s) asistida por video para el procedimiento de derivación de la arteria coronaria (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0,50	20,00
CARDIOVASCULAR	33510	Derivación de la arteria coronaria, solo vena; injerto venoso coronario único	59,44	20,00
CARDIOVASCULAR	33511	Derivación de la arteria coronaria, solo vena; 2 injertos venosos coronarios	65,34	20,00
CARDIOVASCULAR	33512	Derivación de la arteria coronaria, solo vena; 3 injertos venosos coronarios	74,29	20,00
CARDIOVASCULAR	33513	Derivación de la arteria coronaria, solo vena; 4 injertos venosos coronarios	76,49	20,00
CARDIOVASCULAR	33514	Derivación de la arteria coronaria, solo vena; 5 injertos venosos coronarios	80,80	20,00
CARDIOVASCULAR	33516	Derivación de la arteria coronaria, solo vena; 6 o más injertos venosos coronarios	84,78	20,00
CARDIOVASCULAR	33517	Derivación de la arteria coronaria, utilizando injerto (s) venoso e injerto (s) arterial (es); 1 injerto de vena simple (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,80	20,00
CARDIOVASCULAR	33518	Derivación de arteria coronaria empleando injerto(s) venoso(s) y arterial(es); 2 injertos venosos (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	12,74	20,00
CARDIOVASCULAR	33519	Derivación de arteria coronaria empleando injerto(s) venoso(s) y arterial(es); 3 injertos venosos (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	16,84	20,00
CARDIOVASCULAR	33521	Derivación de arteria coronaria empleando injerto(s) venoso(s) y	20,21	20,00

		arterial(es); 4 injertos venosos (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)		
CARDIOVASCULAR	33522	Derivación de arteria coronaria empleando injerto(s) venoso(s) y arterial(es); 5 injertos venosos (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	22,67	20,00
CARDIOVASCULAR	33523	Derivación de arteria coronaria empleando injerto(s) venoso(s) y arterial(es); 6 o más injertos venosos (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	25,68	20,00
CARDIOVASCULAR	33530	Reoperación, procedimiento para derivación de arteria coronaria o procedimiento valvular después de un mes de la operación inicial (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	16,27	20,00
CARDIOVASCULAR	33533	Derivación de la arteria coronaria, utilizando injerto (s) arterial (es); 1 injerto arterial único	57,47	20,00
CARDIOVASCULAR	33534	Derivación de la arteria coronaria, utilizando injerto (s) arterial (es); 2 injertos arteriales coronarios	67,66	20,00
CARDIOVASCULAR	33535	Derivación de la arteria coronaria, utilizando injerto (s) arterial (es); 3 injertos arteriales coronarios	75,55	20,00
CARDIOVASCULAR	33536	Derivación de la arteria coronaria, utilizando injerto (s) arterial (es); 4 ó más injertos arteriales coronarios	81,43	20,00
CARDIOVASCULAR	33542	Resección miocárdica (ej aneurismectomía ventricular)	80,82	20,00
CARDIOVASCULAR	33545	Corrección de defecto del tabique septal interventricular post-infarto, con o sin resección miocárdica	95,53	20,00
CARDIOVASCULAR	33548	Procedimiento de restauración ventricular quirúrgica, incluye parche protésico, cuando se realiza (por ejemplo, remodelación ventricular, SVR, SAVER, procedimientos Dor)	91,34	20,00
CARDIOVASCULAR	33572	Endarterectomía coronaria, abierta, cualquier método, de arteria coronaria descendente anterior anterior, circunfleja o derecha realizada junto con el procedimiento de injerto de derivación de arteria coronaria, cada vaso (enumere por separado además del procedimiento primario)	7,12	20,00
CARDIOVASCULAR	33600	Cierre de válvula auriculoventricular (mitral o tricúspide) mediante sutura o parche	53,14	20,00
CARDIOVASCULAR	33602	Cierre de válvula semilunar (aórtica o pulmonar) mediante sutura o parche	51,57	20,00
CARDIOVASCULAR	33606	Anastomosis de arteria pulmonar hacia la aorta (procedimiento de Damus-Kaye-Stansel)	55,00	20,00
CARDIOVASCULAR	33608	Corrección de anomalía cardíaca compleja, con excepción de la atresia pulmonar con defecto de tabique ventricular, mediante construcción o remplazo del conducto que va del ventrículo izquierdo a la arteria pulmonar	55,67	20,00
CARDIOVASCULAR	33610	Corrección de anomalía cardíaca compleja (P. ej ventrículo único con obstrucción subaórtica) mediante agrandamiento del defecto de tabique ventricular	54,92	20,00
CARDIOVASCULAR	33611	Corrección de ventrículo derecho con doble tracto de salida mediante reparación de túnel intraventricular	60,54	20,00
CARDIOVASCULAR	33612	Corrección de ventrículo derecho con doble tracto de salida mediante reparación de túnel intraventricular; con reparación de la obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho	62,16	20,00
CARDIOVASCULAR	33615	Corrección de anomalía cardíaca compleja (P. ej atresia tricuspídea) mediante cierre de defecto septal auricular y anastomosis de aurícula o vena cava hacia la arteria pulmonar (procedimiento Fontan simple)	61,84	20,00
CARDIOVASCULAR	33617	Corrección de anomalía cardíaca compleja (P. ej ventrículo único) mediante procedimiento de Fontan modificado	67,02	20,00
CARDIOVASCULAR	33619	Corrección de ventrículo único con obstrucción del flujo aórtico e hipoplasia del arco aórtico (P. ej síndrome de corazón izquierdo hipoplásico) (procedimiento de Norwood)	84,41	20,00
CARDIOVASCULAR	33620	Aplicación de bandas en arteria pulmonar izquierda y derecha (p.ej. Estadio 1 de abordaje híbrido)	51,20	20,00

CARDIOVASCULAR	33621	Inserción transtorácica de catéter para colocación de stent con retiro y cierre de catéter (p.ej. Estadio 1 de abordaje híbrido)	28,76	20,00
CARDIOVASCULAR	33622	Reconstrucción de anomalías cardíacas complejas (por ejemplo: ventrículo único o corazón izquierdo hipoplásico) con paliación del ventrículo único con obstrucción del flujo aórtico e hipoplasia del cayado aórtico, creación de anastomosis cavopulmonar y extracción de bandas pulmonares derecha e izquierda (por ejemplo: abordaje híbrido en etapa 2, Norwood, Glenn bidireccional, debate de arteria pulmonar)	112,64	20,00
CARDIOVASCULAR	33641	Reparación de comunicación interauricular, secundum, con derivación cardiopulmonar, con o sin parche	50,82	20,00
CARDIOVASCULAR	33645	Cierre directo o en parche, seno venoso, con o sin drenaje venoso pulmonar anómalo	53,65	15,00
CARDIOVASCULAR	33647	Corrección de defecto del tabique auricular y ventricular mediante cierre directo o con parche	56,37	20,00
CARDIOVASCULAR	33660	Corrección de canal auriculoventricular parcial o incompleto (defecto del tabique auricular tipo ostium primum) con o sin reparación de válvula auriculoventricular	54,46	20,00
CARDIOVASCULAR	33665	Reparación del canal auriculoventricular intermedio o de transición, con o sin reparación de la válvula auriculoventricular	60,87	20,00
CARDIOVASCULAR	33670	Reparación de canal auriculoventricular completo con o sin prótesis de válvula	61,31	20,00
CARDIOVASCULAR	33675	Cierre de defectos múltiples de tabique ventricular	61,19	20,00
CARDIOVASCULAR	33676	Cierre de defectos múltiples de tabique ventricular con valvotomía pulmonar o resección infundibular (acianótica)	66,07	20,00
CARDIOVASCULAR	33677	Cierre de múltiples defectos del tabique ventricular; con extracción de la banda de la arteria pulmonar, con o sin refuerzo	68,65	20,00
CARDIOVASCULAR	33681	Cierre de defecto único de tabique ventricular con o sin parche	56,86	20,00
CARDIOVASCULAR	33684	Cierre de defecto único de tabique ventricular con o sin parche; con valvotomía pulmonar o resección infundibular (acianótica)	58,60	20,00
CARDIOVASCULAR	33688	Cierre de una comunicación interventricular simple, con o sin parche; con extracción de la banda de la arteria pulmonar, con o sin refuerzo	61,65	20,00
CARDIOVASCULAR	33690	Cerclaje (banding) of arteria pulmonar	36,99	15,00
CARDIOVASCULAR	33692	Reparación completa de tetralogía de Fallot sin atresia pulmonar	64,06	20,00
CARDIOVASCULAR	33694	Reparación completa de tetralogía de Fallot sin atresia pulmonar usando parche transanular	60,54	20,00
CARDIOVASCULAR	33697	Reparación completa de tetralogía de Fallot sin atresia pulmonar incluyendo construcción de conducto desde el ventrículo derecho a la arteria pulmonar y cierre del defecto del tabique (cierre de la comunicación interventricular)	63,78	20,00
CARDIOVASCULAR	33702	Corrección de fístula del seno de Valsalva con derivación cardiopulmonar	47,80	20,00
CARDIOVASCULAR	33710	Corrección de fístula del seno de Valsalva con reparación del defecto de tabique ventricular, con derivación cardiopulmonar	63,66	20,00
CARDIOVASCULAR	33720	Corrección de aneurisma del seno de Valsalva con derivación cardiopulmonar	47,83	20,00
CARDIOVASCULAR	33722	Cierre de tunel aórtico-ventricular izquierdo	50,35	20,00
CARDIOVASCULAR	33724	Reparación del retorno venoso pulmonar anómalo parcial aislado (p. Ej., Síndrome de cimitarra)	47,69	20,00
CARDIOVASCULAR	33726	Corrección de estenosis venosa pulmonar	63,10	20,00
CARDIOVASCULAR	33730	Corrección completa de retorno venoso anómalo (tipos supra-intra- o infracardiaco)	62,13	20,00
CARDIOVASCULAR	33732	Reparación de cor triatriatum o anillo mitral supra-ventricular mediante resección de membrana auricular izquierda	50,95	20,00
CARDIOVASCULAR	33735	Septectomía o Septostomía Auricular a corazón cerrado (procedimiento de Blalock-Hanlon)	39,98	15,00
CARDIOVASCULAR	33736	Septectomía auricular o septostomía; corazón abierto con derivación cardiopulmonar	43,43	20,00

CARDIOVASCULAR	33737	Septectomía auricular o septostomía; corazón abierto, con oclusión de entrada	40,07	20,00
CARDIOVASCULAR	33750	Cortocircuito/Derivación; arteria subclavia a pulmonar (operación tipo Blalock-Taussig)	40,80	15,00
CARDIOVASCULAR	33755	Cortocircuito/Derivación; aorta ascendente a arteria pulmonar (operación tipo Waterston)	42,31	15,00
CARDIOVASCULAR	33762	Cortocircuito/Derivación; aorta descendente a arteria pulmonar (operación tipo Potts-Smith)	41,45	15,00
CARDIOVASCULAR	33764	Cortocircuito/Derivación; central, con injerto protésico	40,63	15,00
CARDIOVASCULAR	33766	Cortocircuito/Derivación; vena cava superior a arteria pulmonar para flujo a 1 pulmón (procedimiento clásico de Glenn)	43,13	15,00
CARDIOVASCULAR	33767	Cortocircuito/Derivación; vena cava superior a la arteria pulmonar para el flujo a ambos pulmones (procedimiento de Glenn bidireccional)	44,03	15,00
CARDIOVASCULAR	33768	Anastomosis cavopulmonar, segunda vena cava superior (registrar separadamente además del código primario)	13,78	15,00
CARDIOVASCULAR	33770	Reparación de la transposición de las grandes arterias con comunicación interventricular y estenosis subpulmonar; sin agrandamiento quirúrgico de comunicación interventricular	69,28	20,00
CARDIOVASCULAR	33771	Reparación de la transposición de las grandes arterias con comunicación interventricular y estenosis subpulmonar; con agrandamiento quirúrgico de comunicación interventricular	71,48	20,00
CARDIOVASCULAR	33774	Corrección de transposición de grandes arterias mediante procedimiento de baffles auriculares (P. ej tipo Mustard o Senning), con derivación cardiopulmonar	55,65	20,00
CARDIOVASCULAR	33775	Corrección de transposición de grandes arterias mediante procedimiento de baffles auriculares (ej tipo Mustard o Senning) y remoción de cerclaje (banda) pulmonar, con derivación cardiopulmonar	60,09	20,00
CARDIOVASCULAR	33776	Corrección de transposición de grandes arterias mediante procedimiento de baffle auricular (P. ej tipo Mustard o Senning) y cierre del defecto del tabique ventricular, con derivación cardiopulmonar	63,48	20,00
CARDIOVASCULAR	33777	Corrección de transposición de grandes arterias mediante procedimiento de baffle auricular (P. ej tipo Mustard o Senning) y corrección de obstrucción subpulmonar, con derivación cardiopulmonar	58,62	20,00
CARDIOVASCULAR	33778	Corrección de transposición de grandes arterias mediante reconstrucción de arteria pulmonar y aórtica (P. ej tipo Jatene)	72,85	20,00
CARDIOVASCULAR	33779	Corrección de transposición de grandes arterias mediante reconstrucción de arteria pulmonar y aórtica (P. ej tipo Jatene) y emoción de cerclaje (banda) pulmonar	76,23	20,00
CARDIOVASCULAR	33780	Corrección de transposición de grandes arterias mediante reconstrucción de arteria pulmonar y aórtica (P. ej tipo Jatene) y cierre de defecto de tabique ventricular	77,58	20,00
CARDIOVASCULAR	33781	Corrección de transposición de grandes arterias mediante reconstrucción de arteria pulmonar y aórtica (P. ej tipo Jatene) y corrección de obstrucción subpulmonar	75,90	20,00
CARDIOVASCULAR	33782	Translocación de la raíz aórtica con reparación de defecto septal ventricular y de estenosis pulmonar (por ejemplo, procedimiento de Nikaidoh); sin reimplantación del ostium coronario	100,34	20,00
CARDIOVASCULAR	33783	Translocación de la raíz aórtica con comunicación interventricular y reparación de estenosis pulmonar (es decir, procedimiento de Nikaidoh); con reimplante de 1 o ambas ostias coronarias	108,43	20,00
CARDIOVASCULAR	33786	Corrección total del tronco arterioso (operación de Rastelli)	74,40	20,00
CARDIOVASCULAR	33788	Reimplantación de arteria pulmonar anómala	49,75	20,00
CARDIOVASCULAR	33800	Suspensión aórtica (aortopexia) por descompresión traqueal (P. ej traqueomalacia) (procedimiento separado)	30,54	15,00

CARDIOVASCULAR	33802	División de vaso aberrante (anillo vascular)	33,43	20,00
CARDIOVASCULAR	33803	División de vaso aberrante (anillo vascular) con reanastomosis	35,57	20,00
CARDIOVASCULAR	33813	Obliteración de defecto de tabique aortopulmonar, sin derivación aortopulmonar	39,88	15,00
CARDIOVASCULAR	33814	Obliteración de defecto de tabique aortopulmonar, con derivación aortopulmonar	47,06	20,00
CARDIOVASCULAR	33820	Ligadura de conducto arterioso persistente	29,93	15,00
CARDIOVASCULAR	33822	Sección de conducto arterioso persistente en menores de 18 años, por división	32,93	15,00
CARDIOVASCULAR	33824	Sección de conducto arterioso persistente en mayores de 18 años, por división	36,39	15,00
CARDIOVASCULAR	33840	Excisión de coartación de la aorta, asociada o no a conducto arterioso persistente; con anastomosis directa	39,83	20,00
CARDIOVASCULAR	33845	Excisión de coartación de la aorta, asociada o no a conducto arterioso persistente; con injerto	41,17	20,00
CARDIOVASCULAR	33851	Excisión de coartación de aorta, con o sin conducto arterioso permeable asociado; repare usando la arteria subclavia izquierda o material protésico como refuerzo para la ampliación (gusset)	40,95	20,00
CARDIOVASCULAR	33852	Corrección de arco aórtico interrumpido o hipoplásico usando injerto autólogo o material protésico; sin derivación cardiopulmonar	43,23	15,00
CARDIOVASCULAR	33853	Corrección de arco aórtico interrumpido o hipoplásico usando injerto autólogo o material protésico; con derivación cardiopulmonar	56,71	20,00
CARDIOVASCULAR	33860	Injerto de aorta ascendente, con derivación cardiopulmonar, incluye la suspensión valvular, cuando se realice	99,05	20,00
CARDIOVASCULAR	33863	Injerto de aorta ascendente, con derivación cardiopulmonar, con remplazo de la raíz aórtica usando conducto valvulado y reconstrucción de las coronarias (p.ej. Bentall)	97,23	20,00
CARDIOVASCULAR	33864	Injerto de aorta ascendente, con derivación cardiopulmonar con suspensión valvular, con reconstrucción coronaria y remodelación de la raíz aórtica preservadora de la válvula (p. Ej., Procedimiento David, Procedimiento Yacoub)	99,62	20,00
CARDIOVASCULAR	33870	Injerto de cayado aórtico transverso, con derivación cardiopulmonar	77,89	20,00
CARDIOVASCULAR	33875	Injerto de aorta torácica descendente, con o sin derivación	84,60	20,00
CARDIOVASCULAR	33877	Corrección con injerto de aneurisma aórtico tóracoabdominal, con o sin derivación cardiopulmonar	112,61	20,00
CARDIOVASCULAR	33880	Reparación endovascular de la aorta torácica descendente (p. Ej., Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática); que incluye cobertura del origen de la arteria subclavia izquierda, endoprótesis inicial más extensiones de aorta torácica descendente, si es necesario, hasta el nivel del origen de la arteria celíaca	55,80	20,00
CARDIOVASCULAR	33881	Reparación endovascular de la aorta torácica descendente (p. Ej., Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática); no incluye cobertura del origen de la arteria subclavia izquierda, endoprótesis inicial más extensiones de aorta torácica descendente, si es necesario, hasta el nivel del origen de la arteria celíaca	47,93	20,00
CARDIOVASCULAR	33883	Colocación de prótesis de extensión proximal para la reparación endovascular de la aorta torácica descendente (p. Ej., Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática); extensión inicial	34,73	20,00
CARDIOVASCULAR	33884	Colocación de prótesis de extensión proximal para la reparación endovascular de la aorta torácica descendente (p. Ej., Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática); cada extensión	12,83	20,00

		proximal adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)		
CARDIOVASCULAR	33886	Colocación de extensión(es) prostético(s) distal(es) de manera tardía después de la reparación endovascular de aorta torácica descendente	29,92	20,00
CARDIOVASCULAR	33889	Transposición abierta de la arteria subclavia a la arteria carótida junto con la reparación endovascular de la aorta torácica descendente, por incisión en el cuello, unilateral	24,53	20,00
CARDIOVASCULAR	33891	Derivación sanguínea, con injerto que no sea vena, carótida-carótida retrofaringea transcervical, realizada junto con la reparación endovascular de la aorta torácica descendente, por incisión en el cuello	30,60	20,00
CARDIOVASCULAR	33910	Embolectomía de arteria pulmonar; con derivación cardiopulmonar	81,24	20,00
CARDIOVASCULAR	33915	Embolectomía de arteria pulmonar; sin derivación cardiopulmonar	39,34	15,00
CARDIOVASCULAR	33916	Endarterectomía pulmonar, con o sin embolectomía, con derivación cardiopulmonar	129,86	20,00
CARDIOVASCULAR	33917	Corrección de la arteria pulmonar mediante reconstrucción con parche o injerto	45,02	20,00
CARDIOVASCULAR	33920	Reparación de atresia pulmonar con comunicación interventricular, mediante construcción o reemplazo del conducto desde el ventrículo derecho o izquierdo hasta la arteria pulmonar	58,90	20,00
CARDIOVASCULAR	33922	Transección de arteria pulmonar con derivación cardiopulmonar	42,92	20,00
CARDIOVASCULAR	33924	Ligadura y extracción de una derivación de la arteria sistémica a pulmonar, realizada junto con un procedimiento cardíaco congénito (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	8,91	20,00
CARDIOVASCULAR	33925	Corrección de anomalías de arborización de la arteria pulmonar mediante unifocalización; sin derivación cardiopulmonar	53,30	20,00
CARDIOVASCULAR	33926	Corrección de anomalías de arborización de la arteria pulmonar mediante unifocalización; con derivación cardiopulmonar	79,15	20,00
CARDIOVASCULAR	33927	Implantación de un sistema cardíaco de reemplazo total (corazón artificial) con cardiectomía receptora	78,71	20,00
CARDIOVASCULAR	33928	Extracción y reemplazo del sistema cardíaco de reemplazo total (corazón artificial)	CM	0,00
CARDIOVASCULAR	33929	Extracción de un sistema cardíaco de reemplazo total (corazón artificial) para trasplante de corazón (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	CM	0,00
CARDIOVASCULAR	33930	Extracción de corazón y pulmón de cadáver (incluyendo preservación en frío)	24,00	7,00
CARDIOVASCULAR	33933	Preparación estándar de Backbench del aloinjerto de corazón / pulmón de donante de cadáver antes del trasplante, incluida la disección del aloinjerto de los tejidos blandos circundantes para preparar la aorta, la vena cava superior, la vena cava inferior y la tráquea para la implantación	52,00	0,00
CARDIOVASCULAR	33935	Trasplante de corazón-pulmón con cardiectomía-neumectomía en el receptor	208,00	20,00
CARDIOVASCULAR	33940	Extracción de corazón de cadáver (incluyendo preservación en frío)	21,00	7,00
CARDIOVASCULAR	33944	Preparación estándar de injerto alográfico de corazón extraído de cadáver previo al trasplante, incluye la disección de los tejidos alrededor de los órganos para preparar la aorta, la vena cava	36,00	0,00
CARDIOVASCULAR	33945	Trasplante cardíaco, con o sin cardiectomía en el receptor	166,40	20,00
CARDIOVASCULAR	33946	Membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO)/soporte vital extracorpóreo SVEC) proveído por un médico; inicio, venovenoso	36,00	5,00

CARDIOVASCULAR	33947	Membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO)/soporte vital extracorpóreo SVEC) proveído por un médico;inicio veno-arterial	36,00	5,00
CARDIOVASCULAR	33948	Membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO)/soporte vital extracorpóreo SVEC) proveído por un médico;manejo diario, cada día, veno-venoso	18,00	5,00
CARDIOVASCULAR	33949	Membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO)/soporte vital extracorpóreo SVEC) proveído por un médico;manejo diario, cada día, veno-arterial	18,00	5,00
CARDIOVASCULAR	33951	Inserción de cánula(s) (arterial y/o venosa) periférica, percutánea, desde el nacimiento hasta los 5 años de edad (incluye guía fluoroscópica, cuando se realice)	12,93	5,00
CARDIOVASCULAR	33952	Inserción de cánula(s) (arterial y/o venosa) periférica, percutánea, de 6 años a mayores(incluye guía fluoroscópica, cuando se realice)	13,24	5,00
CARDIOVASCULAR	33953	Inserción de cánula(s) (arterial y/o venosa) periférica, abierta, desde el nacimiento hasta los 5 años de edad	14,45	5,00
CARDIOVASCULAR	33954	Inserción de cánula(s) (arterial y/o venosa) periférica, abierta, de 6 años a mayores	14,81	5,00
CARDIOVASCULAR	33955	Inserción de cánula(s) central(es) por esternotomía o toracotomía, recién nacidos hasta los 5 años de edad	25,31	5,00
CARDIOVASCULAR	33956	Inserción de cánula(s) central(es) por esternotomía o toracotomía, 6 años o mayores	25,79	5,00
CARDIOVASCULAR	33957	cánula de reposición periférica (arterial y/o venosa), percutánea, recién nacidos hasta los 5 años de edad (incluye guía fluoroscópica, cuando se realice)	22,10	5,00
CARDIOVASCULAR	33958	cánula de reposición periférica (arterial y/o venosa), percutánea, 6 años de edad a mayores (incluye guía fluoroscópica, cuando se realice)	23,80	5,00
CARDIOVASCULAR	33959	cánula de reposición periférica (arterial y/o venosa), abierta, recién nacidos hasta los 5 años de edad (incluye guía fluoroscópica, cuando se realice)	23,80	5,00
CARDIOVASCULAR	33962	cánula de reposición periférica (arterial y/o venosa), abierta, 6 años de edad a mayores (incluye guía fluoroscópica, cuando se realice)	36,00	5,00
CARDIOVASCULAR	33963	reposición de cánula central por esternotomía o toracotomía, recién nacidos hasta los 5 años de edad (incluye guía fluoroscópica, cuando se realice)	36,00	5,00
CARDIOVASCULAR	33964	reposición de cánula central por esternotomía o toracotomía, 6 años a mayores (incluye guía fluoroscópica, cuando se realice)	36,00	5,00
CARDIOVASCULAR	33965	remoción de cánula periférica (arterial y/o venosa), percutánea, recién nacidos hasta los 5 años de edad	5,64	5,00
CARDIOVASCULAR	33966	remoción de cánula periférica (arterial y/o venosa), percutánea, 6 años a mayores	7,36	5,00
CARDIOVASCULAR	33967	Inserción percutánea de balón de soporte intra-aórtico	7,56	5,00
CARDIOVASCULAR	33968	Remoción percutánea de balón intra-aórtico	0,98	5,00
CARDIOVASCULAR	33969	Remoción de cánula periférica (arterial y/o venosa), abierta, recién nacidos hasta los 5 años de edad	8,04	5,00
CARDIOVASCULAR	33970	Inserción de balón intra-aórtico a través de la arteria femoral, abordaje abierto	11,00	8,00
CARDIOVASCULAR	33971	Remoción de balón intra-aórtico incluyendo reparación de arteria femoral con o sin injerto	21,77	8,00
CARDIOVASCULAR	33973	Inserción de balón intraaórtico a través de la aorta ascendente	15,95	15,00
CARDIOVASCULAR	33974	Remoción de balón intraaórtico desde la aorta ascendente, incluyendo la reparación de la aorta ascendente, con o sin injerto	27,38	15,00
CARDIOVASCULAR	33975	Implante de dispositivo de asistencia ventricular mecánica extracorpóreo, un solo ventrículo	40,62	20,00
CARDIOVASCULAR	33976	Implante de dispositivo de asistencia ventricular mecánica extracorpóreo, dos ventrículos	49,59	20,00

CARDIOVASCULAR	33977	Remoción de dispositivo de asistencia ventricular mecánica extracorpóreo, un solo ventrículo	34,85	20,00
CARDIOVASCULAR	33978	Remoción de dispositivo de asistencia ventricular mecánica extracorpóreo, dos ventrículos	41,38	20,00
CARDIOVASCULAR	33979	Implante de dispositivo de asistencia ventricular mecánica intracorpóreo, un solo ventrículo	60,57	15,00
CARDIOVASCULAR	33980	Retiro de dispositivo de asistencia ventricular, intracorpóreo implantable, un solo ventrículo	55,26	15,00
CARDIOVASCULAR	33981	Reemplazo de dispositivo de ayuda ventricular extracorpórea, bomba(s) única o biventricular, bomba(s), única o cada bomba	25,67	15,00
CARDIOVASCULAR	33982	Reemplazo de bomba (s) de dispositivo de asistencia ventricular; intracorpóreo implantable, ventrículo único, sin derivación cardiopulmonar	60,72	15,00
CARDIOVASCULAR	33983	Reemplazo de bomba (s) de dispositivo de asistencia ventricular; intracorpóreo implantable, ventrículo único, con derivación cardiopulmonar	71,87	15,00
CARDIOVASCULAR	33984	remoción de cánula periférica (arterial y/o venosa), abierta, 6 años a mayores	8,89	5,00
CARDIOVASCULAR	33985	remoción de cánula central por esternotomía o toracotomía, recién nacidos hasta los 5 años de edad	16,06	5,00
CARDIOVASCULAR	33986	remoción de cánula central por esternotomía o toracotomía, 6 años a mayores	16,23	5,00
CARDIOVASCULAR	33987	Exposición arterial con creación de conducto de injerto (p. Ej., Injerto de chimenea) para facilitar la perfusión arterial para ECMO / ECLS (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	6,53	5,00
CARDIOVASCULAR	33988	Inserción de la ventilación del corazón izquierdo por incisión torácica (p. Ej., Esternotomía, toracotomía) para ECMO / ECLS	35,40	5,00
CARDIOVASCULAR	33989	Remoción de la ventilación del corazón izquierdo por incisión torácica (p. Ej., Esternotomía, toracotomía) para ECMO / ECLS	43,30	5,00
CARDIOVASCULAR	33990	Inserción de dispositivo de ayuda ventricular, percutánea, incluyendo supervisión e interpretación radiológica, acceso arterial únicamente	13,19	5,00
CARDIOVASCULAR	33991	Inserción de dispositivo de ayuda ventricular, percutánea, incluyendo supervisión e interpretación radiológica, acceso arterial y venoso, con punción trans-septal	19,30	5,00
CARDIOVASCULAR	33992	Retiro de dispositivo de ayuda ventricular, percutánea, en sesión separada y distinta de la de la inserción	6,21	5,00
CARDIOVASCULAR	33993	Reposicionamiento de dispositivo de ayuda ventricular, percutáneo, con guía por imágenes en sesión separada y distinta de la de la inserción	5,41	5,00
CARDIOVASCULAR	33999	Procedimiento de cirugía cardíaca no listado	CM	20,00
CARDIOVASCULAR	34001	Embolectomía o trombectomía, con o sin catéter; de la arteria subclavia o arteria innominada, mediante incisión en el cuello	30,06	10,00
CARDIOVASCULAR	34051	Embolectomía o trombectomía, con o sin catéter; de la arteria subclavia o arteria innominada, mediante incisión torácica	27,66	15,00
CARDIOVASCULAR	34101	Embolectomía o trombectomía, con o sin catéter; arteria axilar, braquial, innominada, subclavia, mediante incisión en el brazo	18,63	6,00
CARDIOVASCULAR	34111	Embolectomía o trombectomía, con o sin catéter; de la arteria radial o ulnar mediante incisión en el miembro superior	18,61	6,00
CARDIOVASCULAR	34151	Embolectomía o trombectomía, con o sin catéter, de la arteria renal, celíaca, mesentérica, aortoiliaca, mediante incisión abdominal	43,66	15,00
CARDIOVASCULAR	34201	Embolectomía o trombectomía, con o sin catéter, de la arteria femoropoplitea o aortoiliaca, mediante incisión en el miembro inferior	32,12	6,00
CARDIOVASCULAR	34203	Embolectomía o trombectomía, con o sin catéter, de la arteria popliteo-tibio-peroneal, mediante incisión en el miembro inferior	29,72	6,00

CARDIOVASCULAR	34401	Trombectomía, directa o con catéter, de las venas cava o iliaca mediante incisión abdominal	45,10	15,00
CARDIOVASCULAR	34421	Trombectomía, directa o con catéter, de las venas cava, iliaca o femoropoplitea mediante incisión en el miembro inferior	22,52	5,00
CARDIOVASCULAR	34451	Trombectomía, directa o con catéter, de las venas cava, iliaca o femoropoplitea mediante incisión en el miembro inferior o abdomen	50,58	15,00
CARDIOVASCULAR	34471	Trombectomía, directa o con catéter, de la vena subclavia mediante en el cuello	33,84	10,00
CARDIOVASCULAR	34490	Trombectomía, directa o con catéter, de las venas axilar y subclavia mediante incisión en el miembro superior	18,89	3,00
CARDIOVASCULAR	34501	Valvuloplastia, vena femoral	27,71	3,00
CARDIOVASCULAR	34502	Reconstrucción de vena cava, cualquier método	47,46	15,00
CARDIOVASCULAR	34510	Transposición de válvula venosa, cualquier vena donante	36,93	3,00
CARDIOVASCULAR	34520	Injerto venoso cruzado al sistema venoso	32,59	3,00
CARDIOVASCULAR	34530	Anastomosis venosa safenopoplítea	29,61	3,00
CARDIOVASCULAR	34701	Reparación endovascular de la aorta infrarrenal mediante el despliegue de un endoinjerto de tubo aortoaórtico que incluye el tamaño previo al procedimiento y la selección del dispositivo, todos los cateterismos no selectivos, toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, todas las extensiones de endoinjerto colocadas en la aorta desde el nivel de las arterias renales a la bifurcación aórtica, y toda angioplastia / colocación de stent desde el nivel de las arterias renales hasta la bifurcación aórtica; para otros que no sean ruptura (p. ej., para aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante)	37,83	5,00
CARDIOVASCULAR	34702	Reparación endovascular de la aorta infrarrenal mediante el despliegue de un endoinjerto de tubo aortoaórtico que incluye el tamaño previo al procedimiento y la selección del dispositivo, todos los cateterismos no selectivos, toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, todas las extensiones de endoinjerto colocadas en la aorta desde el nivel de las arterias renales a la bifurcación aórtica, y toda angioplastia / colocación de stent desde el nivel de las arterias renales hasta la bifurcación aórtica; para la ruptura, incluida la oclusión temporal con balón aórtico y / o ilíaco, cuando se realiza (por ejemplo, para aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, interrupción traumática)	56,47	5,00
CARDIOVASCULAR	34703	Reparación endovascular de la aorta infrarrenal y / o la (s) arteria (s) ilíaca (s) mediante el despliegue de un endoinjerto aorto-uni-ilíaco que incluye el tamaño previo al procedimiento y la selección del dispositivo, todos los cateterismos no selectivos, toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, toda la extensión del endoinjerto (s) colocado en la aorta desde el nivel de las arterias renales hasta la bifurcación ilíaca, y todas las angioplastias / stent realizadas desde el nivel de las arterias renales hasta la bifurcación ilíaca; para otros que no sean ruptura (p. ej., para aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante)	42,80	5,00
CARDIOVASCULAR	34704	Reparación endovascular de la aorta infrarrenal y / o la (s) arteria (s) ilíaca (s) mediante el despliegue de un endoinjerto aorto-uni-ilíaco que incluye el tamaño previo al procedimiento y la selección del dispositivo, todos los cateterismos no selectivos, toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, toda la extensión del endoinjerto (s) colocado en la aorta desde el nivel de las arterias renales hasta la bifurcación ilíaca, y todas las angioplastias / stent realizadas desde el nivel de las arterias renales hasta la bifurcación ilíaca; para la ruptura, incluida la oclusión temporal con balón aórtico y / o ilíaco, cuando se realiza (por ejemplo, para aneurisma, pseudoaneurisma,	71,12	5,00

		dissección, úlcera penetrante, interrupción traumática)		
CARDIOVASCULAR	34705	Reparación endovascular de aorta infrarrenal y / o arteria (s) ilíaca (s) mediante el despliegue de un endoinjerto aorto-bi-ilíaco que incluye el tamaño previo al procedimiento y la selección del dispositivo, todos los cateterismos no selectivos, toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, toda la extensión del endoinjerto (s) colocado en la aorta desde el nivel de las arterias renales hasta la bifurcación ilíaca, y todas las angioplastias / stent realizadas desde el nivel de las arterias renales hasta la bifurcación ilíaca; para otros que no sean ruptura (p. ej., para aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante)	47,00	5,00
CARDIOVASCULAR	34706	Reparación endovascular de aorta infrarrenal y / o arteria (s) ilíaca (s) mediante el despliegue de un endoinjerto aorto-bi-ilíaco que incluye el tamaño previo al procedimiento y la selección del dispositivo, todos los cateterismos no selectivos, toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, toda la extensión del endoinjerto (s) colocado en la aorta desde el nivel de las arterias renales hasta la bifurcación ilíaca, y todas las angioplastias / stent realizadas desde el nivel de las arterias renales hasta la bifurcación ilíaca; para la ruptura, incluida la oclusión temporal con balón aórtico y / o ilíaco, cuando se realiza (por ejemplo, para aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, interrupción traumática)	70,77	5,00
CARDIOVASCULAR	34707	Reparación endovascular de la arteria ilíaca mediante el despliegue de un endoinjerto del tubo ilio-ilíaco que incluye el tamaño previo al procedimiento y la selección del dispositivo, todos los cateterismos no selectivos, toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, y todas las extensiones de endoinjerto proximal a la bifurcación aórtica y distalmente a la bifurcación ilíaca y angioplastia / stent en la zona de tratamiento, cuando se realiza, unilateral; para otros que no sean ruptura (p. ej., para aneurisma, pseudoaneurisma, disección, malformación arteriovenosa)	35,29	5,00
CARDIOVASCULAR	34708	Reparación endovascular de la arteria ilíaca mediante el despliegue de un endoinjerto del tubo ilio-ilíaco que incluye el tamaño previo al procedimiento y la selección del dispositivo, todos los cateterismos no selectivos, toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, y todas las extensiones de endoinjerto proximal a la bifurcación aórtica y distalmente a la bifurcación ilíaca y angioplastia / stent en la zona de tratamiento, cuando se realiza, unilateral; para la ruptura, incluida la oclusión temporal del globo aórtico y / o ilíaco, cuando se realiza (por ejemplo, para aneurisma, pseudoaneurisma, disección, malformación arteriovenosa, disrupción traumática)	56,79	5,00
CARDIOVASCULAR	34709	Colocación de prótesis de extensión distal a la (s) arteria (s) ilíaca (s) común (s) o proximal a la (s) arteria (s) renal (es) para la reparación endovascular del aneurisma aórtico o ilíaco abdominal infrarrenal, aneurisma falso, disección, úlcera penetrante, incluyendo dimensionamiento previo al procedimiento y selección del dispositivo, todos los cateterismos no selectivos, toda la supervisión e interpretación radiológica asociada y la angioplastia / colocación de stent en la zona de tratamiento, cuando se realiza, por vaso tratado (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	9,98	5,00
CARDIOVASCULAR	34710	Colocación tardía de prótesis de extensión distal o proximal para la reparación endovascular de aneurisma aórtico o ilíaco abdominal infrarrenal, aneurisma falso, disección, endofuga o migración de endoinjerto, incluido el tamaño previo al	24,61	5,00

		procedimiento y la selección del dispositivo, todos los cateterismos no selectivos, toda la supervisión radiológica asociada e interpretación, y zona de tratamiento angioplastia / colocación de stent, cuando se realiza; vaso inicial tratado		
CARDIOVASCULAR	34711	Colocación tardía de prótesis de extensión distal o proximal para la reparación endovascular de aneurisma aórtico o ilíaco abdominal infrarrenal, aneurisma falso, disección, endofuga o migración de endoinjerto, incluido el tamaño previo al procedimiento y la selección del dispositivo, todos los cateterismos no selectivos, toda la supervisión radiológica asociada e interpretación, y zona de tratamiento angioplastia / colocación de stent, cuando se realiza; cada vaso adicional tratado (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	9,21	5,00
CARDIOVASCULAR	34712	Suministro transcáteter de dispositivo (s) de fijación mejorado al endoinjerto (p. Ej., Ancla, tornillo, tachuela) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada	20,89	5,00
CARDIOVASCULAR	34713	Acceso percutáneo y cierre de la arteria femoral para el suministro de endoinjerto a través de una vaina grande (12 French o más grande), incluida la guía de ultrasonido, cuando se realiza, unilateral (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,96	5,00
CARDIOVASCULAR	34714	Exposición abierta de la arteria femoral con la creación de un conducto para el suministro de prótesis endovascular o para el establecimiento de derivación cardiopulmonar, por incisión en la ingle, unilateral (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	8,29	5,00
CARDIOVASCULAR	34715	Exposición abierta de la arteria axilar / subclavia para el suministro de prótesis endovascular por incisión infraclavicular o supraclavicular, unilateral (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	9,25	5,00
CARDIOVASCULAR	34716	Exposición abierta de la arteria axilar / subclavia con la creación de un conducto para el suministro de prótesis endovascular o para el establecimiento de derivación cardiopulmonar, por incisión infraclavicular o supraclavicular, unilateral (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	11,49	5,00
CARDIOVASCULAR	34808	Colocación endovascular de dispositivo de oclusión de arteria ilíaca (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	7,00	5,00
CARDIOVASCULAR	34812	Exposición abierta de la arteria femoral para el suministro de prótesis endovascular, por incisión en la ingle, unilateral (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	10,55	10,00
CARDIOVASCULAR	34813	Colocación de injerto sintético fémoro-femoral durante la reparación de un aneurisma aórtico endovascular (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	7,39	10,00
CARDIOVASCULAR	34820	Exposición abierta de la arteria ilíaca para el suministro de prótesis endovascular u oclusión ilíaca durante la terapia endovascular, por incisión abdominal o retroperitoneal, unilateral (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	15,29	15,00
CARDIOVASCULAR	34830	Reparación abierta de un aneurisma o disección infrarrenal de aorta, más reparación de trauma arterial asociado, posterior a reparación endovascular no exitosa; prótesis de tubo	56,27	15,00
CARDIOVASCULAR	34831	Reparación abierta de un aneurisma o disección infrarrenal de aorta, más reparación de trauma arterial asociado, posterior a reparación endovascular no exitosa; prótesis aorto-bi-iliaca	59,55	15,00
CARDIOVASCULAR	34832	Reparación abierta de un aneurisma o disección infrarrenal de aorta, más reparación de trauma arterial asociado, posterior a reparación endovascular no exitosa; prótesis aorto-bifemoral	59,03	15,00

CARDIOVASCULAR	34833	Exposición abierta de la arteria ilíaca con la creación de un conducto para el suministro de prótesis endovascular o para el establecimiento de derivación cardiopulmonar, por incisión abdominal o retroperitoneal, unilateral (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	18,98	15,00
CARDIOVASCULAR	34834	Exposición abierta de la arteria braquial para el suministro de prótesis endovascular, unilateral (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	8,49	10,00
CARDIOVASCULAR	34839	Planeamiento médico de un endoinjerto aórtico visceral fenestrado de un paciente específico que requiere un mínimo de 90 minutos del tiempo del médico	CM	0,00
CARDIOVASCULAR	34841	Reparación endovascular de la aorta visceral (p. Ej., Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática) mediante el despliegue de un endoinjerto aórtico visceral fenestrado y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, incluida la angioplastia de la zona objetivo, cuando se realiza; incluyendo una endoprótesis de la arteria visceral (arteria mesentérica, celíaca o renal superior)	37,00	15,00
CARDIOVASCULAR	34842	Reparación endovascular de la aorta visceral (p. Ej., Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática) mediante el despliegue de un endoinjerto aórtico visceral fenestrado y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, incluida la angioplastia de la zona objetivo, cuando se realiza; incluyendo dos endoprótesis de arteria visceral (arteria mesentérica superior, celíaca y / o renal [s])	37,00	15,00
CARDIOVASCULAR	34843	Reparación endovascular de la aorta visceral (p. Ej., Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática) mediante el despliegue de un endoinjerto aórtico visceral fenestrado y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, incluida la angioplastia de la zona objetivo, cuando se realiza; incluyendo tres endoprótesis de arteria visceral (arteria mesentérica superior, celíaca y / o renal [s])	37,00	15,00
CARDIOVASCULAR	34844	Reparación endovascular de la aorta visceral (p. Ej., Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática) mediante el despliegue de un endoinjerto aórtico visceral fenestrado y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, incluida la angioplastia de la zona objetivo, cuando se realiza; incluyendo cuatro o más endoprótesis de la arteria visceral (arteria mesentérica superior, celíaca y / o renal [s])	37,00	15,00
CARDIOVASCULAR	34845	Reparación endovascular de la aorta visceral y la aorta abdominal infrarrenal (p. ej. Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática) con un injerto aórtico visceral fenestrado y endoprótesis unicuerpo o infrarrenal aórtica unicuerpo o modular concomitante y toda la supervisión e interpretación radiológicas asociadas, incluyendo angioplastia de zona objetivo, cuando se realiza; incluyendo una endoprótesis de la arteria visceral (arteria mesentérica, celíaca o renal superior)	37,00	15,00
CARDIOVASCULAR	34846	Reparación endovascular de la aorta visceral y la aorta abdominal infrarrenal (p. ej. Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática) con un injerto aórtico visceral fenestrado y endoprótesis unicuerpo o infrarrenal aórtica unicuerpo o modular concomitante y toda la supervisión e interpretación radiológicas asociadas, incluyendo angioplastia de zona objetivo, cuando se realiza; incluyendo dos endoprótesis de arteria visceral	37,00	15,00

		(arteria mesentérica superior, celiaca y/o renal)		
CARDIOVASCULAR	34847	Reparación endovascular de la aorta visceral y la aorta abdominal infrarrenal (p. ej. Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática) con un injerto aórtico visceral fenestrado y endoprótesis unicuerpo o infrarrenal aórtica unicuerpo o modular concomitante y toda la supervisión e interpretación radiológicas asociadas, incluyendo angioplastia de zona objetivo, cuando se realiza; incuyendo tres endoprótesis de arteria visceral (arteria mesentérica superior, celiaca y/o renal)	37,00	15,00
CARDIOVASCULAR	34848	Reparación endovascular de la aorta visceral y la aorta abdominal infrarrenal (p. ej. Aneurisma, pseudoaneurisma, disección, úlcera penetrante, hematoma intramural o disrupción traumática) con un injerto aórtico visceral fenestrado y endoprótesis unicuerpo o infrarrenal aórtica unicuerpo o modular concomitante y toda la supervisión e interpretación radiológicas asociadas, incluyendo angioplastia de zona objetivo, cuando se realiza; incuyendo cuatro o mas endoprótesis de arteria visceral (arteria mesentérica superior, celiaca y/o renal)	37,00	15,00
CARDIOVASCULAR	35001	Reparación directa de aneurisma, seudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, carótida, arteria subclavia, por incisión en el cuello	34,70	10,00
CARDIOVASCULAR	35002	Reparación directa de aneurisma, seudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma roto, carótida, arteria subclavia, por incisión en el cuello	35,58	10,00
CARDIOVASCULAR	35005	Reparación directa de aneurisma, seudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma, seudoaneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arteria vertebral	34,94	10,00
CARDIOVASCULAR	35011	Reparación directa de aneurisma, seudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arteria axilar-braquial, por incisión en el brazo	31,32	10,00
CARDIOVASCULAR	35013	Reparación directa de aneurisma, seudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para ruptura de aneurisma, arteria axilar-braquial, por incisión en el brazo	39,00	10,00
CARDIOVASCULAR	35021	Reparación directa de aneurisma, seudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma, seudoaneurisma y enfermedad oclusiva asociada, innominada, arteria subclavia, por incisión torácica	38,32	15,00
CARDIOVASCULAR	35022	Reparación directa de aneurisma, seudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; por ruptura de aneurisma, innominado, arteria subclavia, por incisión torácica	44,10	15,00
CARDIOVASCULAR	35045	Reparación directa de aneurisma, seudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma, seudoaneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arteria radial o cubital	30,66	6,00
CARDIOVASCULAR	35081	Reparación directa de aneurisma, seudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma, seudoaneurisma y enfermedad oclusiva asociada, aorta abdominal	54,41	15,00
CARDIOVASCULAR	35082	Reparación directa de aneurisma, seudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para ruptura de aneurisma, aorta abdominal	68,50	15,00
CARDIOVASCULAR	35091	Reparación directa de aneurisma, seudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de	56,01	15,00

		injerto; para aneurisma, pseudoaneurisma y enfermedad oclusiva asociada, aorta abdominal que involucra vasos viscerales (mesentérico, celíaco, renal)		
CARDIOVASCULAR	35092	Reparación directa de aneurisma, pseudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para ruptura de aneurisma, aorta abdominal que involucra vasos viscerales (mesentérico, celíaco, renal)	81,35	15,00
CARDIOVASCULAR	35102	Reparación directa de aneurisma, pseudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma, pseudoaneurisma y enfermedad oclusiva asociada, aorta abdominal que involucra vasos ilíacos (común, hipogástrica, externa)	58,81	15,00
CARDIOVASCULAR	35103	Reparación directa de aneurisma, pseudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma roto, aorta abdominal que involucra vasos ilíacos (común, hipogástrico, externo)	70,26	15,00
CARDIOVASCULAR	35111	Reparación directa de aneurisma, pseudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma, pseudoaneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arteria esplénica	41,44	15,00
CARDIOVASCULAR	35112	Corrección directa de aneurisma, pseudoaneurisma, o escisión (parcial o total) e inserción de injerto (con o sin injerto de parche) en arteria esplénica por ruptura de aneurisma	58,62	15,00
CARDIOVASCULAR	35121	Reparación directa de aneurisma, pseudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma, pseudoaneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arteria hepática, celíaca, renal o mesentérica	51,50	15,00
CARDIOVASCULAR	35122	Reparación directa de aneurisma, pseudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma roto, arteria hepática, celíaca, renal o mesentérica	67,11	15,00
CARDIOVASCULAR	35131	Reparación directa de aneurisma, pseudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma, pseudoaneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arteria ilíaca (común, hipogástrica, externa)	43,33	15,00
CARDIOVASCULAR	35132	Reparación directa de aneurisma, pseudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma roto, arteria ilíaca (común, hipogástrica, externa)	51,02	15,00
CARDIOVASCULAR	35141	Corrección directa de aneurisma, pseudoaneurisma, o escisión (parcial o total) e inserción de injerto (con o sin injerto de parche) en arteria común femoral (femoral profunda y superficial)	34,48	8,00
CARDIOVASCULAR	35142	Corrección directa de aneurisma, pseudoaneurisma, o escisión (parcial o total) e inserción de injerto (con o sin injerto de parche) en arteria común femoral (femoral profunda y superficial)	41,26	8,00
CARDIOVASCULAR	35151	Reparación directa de aneurisma, pseudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma, pseudoaneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arteria poplítea	38,72	8,00
CARDIOVASCULAR	35152	Reparación directa de aneurisma, pseudoaneurisma o escisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin parche de injerto; para aneurisma roto, arteria poplítea	43,42	8,00
CARDIOVASCULAR	35180	Corrección de fístula arteriovenosa congénita en cabeza y cuello	29,05	10,00
CARDIOVASCULAR	35182	Corrección de fístula arteriovenosa congénita en tórax y abdomen	55,25	15,00
CARDIOVASCULAR	35184	Reparación de fístula arteriovenosa congénita en extremidades	34,74	6,00
CARDIOVASCULAR	35188	Corrección de fístula arteriovenosa traumática o adquirida en cabeza y cuello	32,83	10,00

CARDIOVASCULAR	35189	Corrección de fístula arteriovenosa adquirida o traumática en tórax y abdomen	49,40	15,00
CARDIOVASCULAR	35190	Corrección de fístula arteriovenosa adquirida o traumática en extremidades	23,59	6,00
CARDIOVASCULAR	35201	Sutura directa de vaso sanguíneo; cuello	29,24	10,00
CARDIOVASCULAR	35206	Sutura directa de vaso sanguíneo periférico en extremidad superior	24,08	4,00
CARDIOVASCULAR	35207	Sutura directa de vaso sanguíneo periférico en mano o dedo	23,10	6,00
CARDIOVASCULAR	35211	Sutura directa de vaso sanguíneo intratorácico con derivación	42,36	20,00
CARDIOVASCULAR	35216	Sutura directa de vaso sanguíneo intratorácico sin derivación	63,12	15,00
CARDIOVASCULAR	35221	Sutura directa de vaso sanguíneo intraabdominal	45,26	15,00
CARDIOVASCULAR	35226	Sutura directa de vaso sanguíneo en extremidad inferior	25,90	8,00
CARDIOVASCULAR	35231	Sutura de vaso sanguíneo con injerto venoso, en cuello	37,67	10,00
CARDIOVASCULAR	35236	Sutura de vaso sanguíneo con injerto venoso, en extremidad superior	30,52	6,00
CARDIOVASCULAR	35241	Reparación de vaso sanguíneo intratorácico con injerto venoso con derivación	41,90	20,00
CARDIOVASCULAR	35246	Reparación de vaso sanguíneo intratorácico con injerto venoso sin derivación	48,61	15,00
CARDIOVASCULAR	35251	Reparación el vaso sanguíneo con un injerto venoso; intraabdominal	53,26	15,00
CARDIOVASCULAR	35256	Reparación el vaso sanguíneo con un injerto venoso; extremidad inferior	31,70	8,00
CARDIOVASCULAR	35261	Reparación de vaso sanguíneo periférico con injerto que no sea venoso en cuello	33,01	10,00
CARDIOVASCULAR	35266	Reparación de vaso sanguíneo periférico con injerto que no sea venoso en extremidad superior	26,95	6,00
CARDIOVASCULAR	35271	Reparación de vaso sanguíneo intratorácico con injerto que no sea venoso, con derivación	42,71	20,00
CARDIOVASCULAR	35276	Reparación de vaso sanguíneo intratorácico con injerto que no sea venoso, sin derivación	45,14	15,00
CARDIOVASCULAR	35281	Reparación de vaso sanguíneo intraabdominal con injerto que no sea venoso	50,18	15,00
CARDIOVASCULAR	35286	Reparación de vaso sanguíneo en extremidad inferior con injerto que no sea venoso	29,02	8,00
CARDIOVASCULAR	35301	Tromboendarterectomía incluyendo parche de injerto, si se realizara, de la arteria carótida, vertebral o subclavia mediante incisión en el cuello	35,29	10,00
CARDIOVASCULAR	35302	Tromboendarterectomía incluyendo parche de injerto, si se realizara, de la arteria femoral superficial	35,06	6,00
CARDIOVASCULAR	35303	Tromboendarterectomía incluyendo parche de injerto, si se realizara, de la arteria poplítea	38,69	6,00
CARDIOVASCULAR	35304	Tromboendarterectomía incluyendo parche de injerto, si se realizara, de la arteria del tronco tibio peroneo	40,16	6,00
CARDIOVASCULAR	35305	Tromboendarterectomía, incluido el injerto de parche, si se realiza; arteria tibial o peronea, vaso inicial	38,40	6,00
CARDIOVASCULAR	35306	Tromboendarterectomía incluyendo parche de injerto, si se realizara, cada arteria tibial o peronea adicional (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	13,93	6,00
CARDIOVASCULAR	35311	Tromboendarterectomía incluyendo parche de injerto, si se realizara, de la arteria subclavia o innominada mediante incisión torácica	48,25	15,00
CARDIOVASCULAR	35321	Tromboendarterectomía incluyendo parche de injerto, si se realizara, de la arteria axilar o braquial	27,74	6,00
CARDIOVASCULAR	35331	Tromboendarterectomía, incluyendo parche de injerto, si se realizara, de arteria aorta abdominal	45,24	15,00
CARDIOVASCULAR	35341	Tromboendarterectomía, incluyendo parche de injerto, si se realizara, de la arteria mesentérica, celiaca o renal	42,75	15,00

CARDIOVASCULAR	35351	Tromboendarterectomía incluyendo parche de injerto, si se realizara, de la arteria iliaca	39,91	15,00
CARDIOVASCULAR	35355	Tromboendarterectomía incluyendo parche de injerto, si se realizara, de la arteria iliofemoral	32,27	15,00
CARDIOVASCULAR	35361	Tromboendarterectomía combinada de arterias aorta e ilíaca, incluyendo parche de injerto, si se realizara	47,62	15,00
CARDIOVASCULAR	35363	Tromboendarterectomía combinada a nivel aortoiliofemoral, incluyendo parche de injerto, si se realizara	54,97	15,00
CARDIOVASCULAR	35371	Tromboendarterectomía de la arteria femoral común, incluyendo parche de injerto, si se realizara	25,51	6,00
CARDIOVASCULAR	35372	Tromboendarterectomía de la arteria femoral profunda, incluyendo parche de injerto, si se realizara	30,59	6,00
CARDIOVASCULAR	35390	Reoperación de tromboendarterectomía de la carótida, más de un mes después de la operación original (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	6,00	6,00
CARDIOVASCULAR	35400	Angioscopía (vasos no coronarios o injertos) durante una intervención terapéutica (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	6,00	6,00
CARDIOVASCULAR	35500	Preparación de un segmento de vena del miembro superior para derivación coronaria (bypass) o periférica de extremidad inferior (registrar separadamente además del código para el	9,99	6,00
CARDIOVASCULAR	35501	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria carótida común y el mismo lado de arteria carótida interna	46,77	10,00
CARDIOVASCULAR	35506	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria carótida y la arteria subclavia o viceversa	39,88	10,00
CARDIOVASCULAR	35508	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria carótida y la arteria vertebral	41,78	10,00
CARDIOVASCULAR	35509	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria carótida y la arteria carotida contralateral	44,16	10,00
CARDIOVASCULAR	35510	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria carótida y la arteria braquial	38,36	10,00
CARDIOVASCULAR	35511	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria subclavia y la arteria subclavia	37,95	8,00
CARDIOVASCULAR	35512	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria subclavia y la arteria braquial	42,61	8,00
CARDIOVASCULAR	35515	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria subclavia y la arteria vertebral	43,92	10,00
CARDIOVASCULAR	35516	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria subclavia y la arteria axilar	38,10	8,00
CARDIOVASCULAR	35518	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria axilar y la arteria axilar	36,25	8,00
CARDIOVASCULAR	35521	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria axilar y la arteria femoral	38,29	10,00
CARDIOVASCULAR	35522	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria axilar y la arteria braquial	37,75	8,00
CARDIOVASCULAR	35523	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria braquial y la arteria cubital o arteria radial	39,87	8,00
CARDIOVASCULAR	35525	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria braquial y la arteria braquial	35,80	8,00
CARDIOVASCULAR	35526	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria aorta y la arteria subclavia o la arteria carotida	52,60	15,00
CARDIOVASCULAR	35531	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria aorta y la arteria celíaca o entre la arteria aorta y la arteria mesentérica	63,30	15,00
CARDIOVASCULAR	35533	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria axilar, la arteria femoral y la arteria femoral contralateral	46,79	10,00
CARDIOVASCULAR	35535	Bypass de injerto, con vena; hepatorenal	59,95	15,00
CARDIOVASCULAR	35536	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria esplénica y la arteria renal	53,10	15,00

CARDIOVASCULAR	35537	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria aorta y la ilíaca	73,74	15,00
CARDIOVASCULAR	35538	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria aorta y las arterias ilíacas	73,59	15,00
CARDIOVASCULAR	35539	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria aorta y la arteria femoral	69,82	15,00
CARDIOVASCULAR	35540	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria aorta y las arterias femorales	79,88	15,00
CARDIOVASCULAR	35556	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria femoral y la arteria poplítea	43,71	8,00
CARDIOVASCULAR	35558	Derivación sanguínea con injerto de vena entre las arterias femorales	38,37	8,00
CARDIOVASCULAR	35560	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria aorta y las arterias renales	53,44	15,00
CARDIOVASCULAR	35563	Derivación sanguínea con injerto de vena entre las arterias ilíacas	46,42	15,00
CARDIOVASCULAR	35565	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria ilíaca y la arteria femoral	41,53	15,00
CARDIOVASCULAR	35566	Derivación sanguínea con injerto de vena entre las arterias femoral, tibial anterior, tibial posterior, peronea u otro vaso sanguíneo distante	52,21	8,00
CARDIOVASCULAR	35570	Injerto de bypass, con vena; tibial-tibial, peroneal-tibial, o tibial/peroneal-tronco de la tibial	47,13	8,00
CARDIOVASCULAR	35571	Derivación sanguínea con injerto de vena entre las arterias poplítea, tibiales, peronea u otro vaso sanguíneo distante	41,46	8,00
CARDIOVASCULAR	35572	Extracción y disección de un segmento de la vena femoropoplítea para su utilización en procedimientos de reconstrucción vascular (p. Ej., Aórtica, vena caval, coronaria, arteria periférica) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	10,81	0,00
CARDIOVASCULAR	35583	Derivación venosa in-situ; femoral-poplítea	45,21	8,00
CARDIOVASCULAR	35585	Derivación venosa in-situ; femoral-tibial anterior, tibial posterior o arteria peronea	52,44	8,00
CARDIOVASCULAR	35587	Derivación venosa in-situ; poplítea-tibial, peronea	42,76	8,00
CARDIOVASCULAR	35600	Recolección de la arteria de la extremidad superior, 1 segmento, para el procedimiento de derivación de la arteria coronaria (enumere por separado además del código del procedimiento primario)	7,90	0,00
CARDIOVASCULAR	35601	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria carótida común y la arteria carótida interna del mismo lado	43,73	10,00
CARDIOVASCULAR	35606	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria carótida y la arteria subclavia	36,65	10,00
CARDIOVASCULAR	35612	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria subclavia y la arteria subclavia	33,24	8,00
CARDIOVASCULAR	35616	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria subclavia y la arteria axilar	34,59	8,00
CARDIOVASCULAR	35621	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria axilar y la arteria femoral	34,33	10,00
CARDIOVASCULAR	35623	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria axilar y la arteria poplítea o tibial	41,29	10,00
CARDIOVASCULAR	35626	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria aorta y la arteria subclavia o carótida	48,96	15,00
CARDIOVASCULAR	35631	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria aorta y la arteria celíaca, mesentérica o renal	57,93	15,00
CARDIOVASCULAR	35632	Injerto de bypass, que no sea de vena; ilio-celiaca	52,92	15,00
CARDIOVASCULAR	35633	Injerto de bypass, que no sea de vena; ilio-mesentérica	62,68	15,00
CARDIOVASCULAR	35634	Injerto de bypass, que no sea de vena; iliorenal	56,23	15,00

CARDIOVASCULAR	35636	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria esplénica y la arteria renal (anastomosis arterial esplénica a renal)	50,76	15,00
CARDIOVASCULAR	35637	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria aorta y la arteria ilíaca	54,18	15,00
CARDIOVASCULAR	35638	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria aorta y las 2 arterias ilíacas	55,07	15,00
CARDIOVASCULAR	35642	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria carótida y la arteria vertebral	34,06	10,00
CARDIOVASCULAR	35645	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria subclavia y la arteria vertebral	32,43	10,00
CARDIOVASCULAR	35646	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria aorta y las arterias femorales	53,62	15,00
CARDIOVASCULAR	35647	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria aorta y la arteria femoral	48,54	15,00
CARDIOVASCULAR	35650	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria axilar y la arteria axilar	33,91	4,00
CARDIOVASCULAR	35654	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria axilar, arteria femoral y arteria femoral contralateral	42,82	10,00
CARDIOVASCULAR	35656	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria femoral y la arteria poplítea	33,83	8,00
CARDIOVASCULAR	35661	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre arterias femorales	33,88	8,00
CARDIOVASCULAR	35663	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arterias ilíacas	38,99	15,00
CARDIOVASCULAR	35665	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria ilíaca y la arteria femoral	36,59	15,00
CARDIOVASCULAR	35666	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arterias femoral, tibial anterior, tibial posterior o peroneal	39,45	8,00
CARDIOVASCULAR	35671	Colocación de injerto de derivación sanguínea, que no sea de vena, entre la arteria poplítea y la arteria tibial o peronea	34,77	8,00
CARDIOVASCULAR	35681	Preparación de injerto de derivación sanguínea combinado: vena y prótesis (registrar separadamente además del código primario)	6,00	8,00
CARDIOVASCULAR	35682	Preparación de injerto venoso autólogo para derivación sanguínea con 2 segmentos de venas de 2 ubicaciones (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	11,07	8,00
CARDIOVASCULAR	35683	Preparación de injerto venoso autólogo para derivación sanguínea con 3 o más segmentos venosos provenientes de 2 o más localizaciones (Registrar separadamente de manera adicional al procedimiento primario)	12,80	8,00
CARDIOVASCULAR	35685	Colocación de parche o injerto venoso en el extremo distal de una anastomosis realizada con un injerto de derivación o conducto sintético (Registrar separadamente de manera adicional al procedimiento primario)	6,23	8,00
CARDIOVASCULAR	35686	Creación de fístulas arteriovenosas distales durante la cirugía de derivación de extremidades inferiores (sin hemodiálisis) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,02	8,00
CARDIOVASCULAR	35691	Transposición y/o reimplante de la arteria vertebral hacia la arteria carótida	29,27	10,00
CARDIOVASCULAR	35693	Transposición y/o reimplante de la arteria vertebral hacia la arteria subclavia	25,89	10,00
CARDIOVASCULAR	35694	Transposición y/o reimplante de la arteria subclavia hacia la arteria carótida	30,88	10,00
CARDIOVASCULAR	35695	Transposición y/o reimplante de la arteria carótida hacia la arteria subclavia	32,56	10,00

CARDIOVASCULAR	35697	Reimplantación de una arteria visceral hacia una prótesis aórtica infrarrenal, registrar cada arteria (Registrar separadamente de manera adicional al procedimiento primario)	4,62	8,00
CARDIOVASCULAR	35700	Reoperación a nivel de arterias femoral- poplítea o femoral (poplítea)-tibial anterior, tibial posterior, peronea, u otros vasos distales más allá de 1 mes posterior a la operación original (Registrar separadamente de manera adicional al procedimiento primario)	6,50	8,00
CARDIOVASCULAR	35701	Exploración de arteria carotida (no seguida de corrección quirúrgica) con o sin liberación de tejidos circundantes	17,20	10,00
CARDIOVASCULAR	35721	Exploración de arteria femoral (no seguida de corrección quirúrgica) con o sin liberación de tejidos circundantes	14,15	8,00
CARDIOVASCULAR	35741	Exploración de arteria poplítea (no seguida de corrección quirúrgica) con o sin liberación de tejidos circundantes	15,80	8,00
CARDIOVASCULAR	35761	Exploración de otros vasos sanguíneos (no seguida de corrección quirúrgica) con o sin liberación de tejidos circundantes	11,94	6,00
CARDIOVASCULAR	35800	Exploración vascular del cuello por hemorragia postoperatoria, trombosis o infección	21,89	10,00
CARDIOVASCULAR	35820	Exploración vascular del torax por hemorragia postoperatoria, trombosis o infección	62,06	15,00
CARDIOVASCULAR	35840	Exploración vascular del abdomen por hemorragia postoperatoria, trombosis o infección	36,69	15,00
CARDIOVASCULAR	35860	Exploración vascular de una extremidad por hemorragia postoperatoria, trombosis o infección	26,06	6,00
CARDIOVASCULAR	35870	Corrección de fístula injerto-entérica	38,87	15,00
CARDIOVASCULAR	35875	Trombectomía de injerto venoso o arterial, (excluyendo aquellos procedimientos realizados en injerto o fístula de hemodiálisis)	18,53	6,00
CARDIOVASCULAR	35876	Trombectomía de injerto venoso o arterial con revisión del injerto venoso o arterial, (excluyendo aquellos procedimientos realizados en injerto o fístula de hemodiálisis)	29,51	6,00
CARDIOVASCULAR	35879	Revisión abierta de derivación arterial de extremidad inferior con angioplastia venosa tipo parche, sin trombectomía	28,74	8,00
CARDIOVASCULAR	35881	Revisión abierta de derivación arterial de extremidad inferior con interposición venosa segmentaria, sin trombectomía	31,80	8,00
CARDIOVASCULAR	35883	Revisión abierta de anastomosis femoral realizada con injerto arterial sintético en la ingle; con injerto no autólogo tipo parche (p. ej., Dacron, ePTFE, pericardio bovino)	37,72	8,00
CARDIOVASCULAR	35884	Revisión abierta de anastomosis femoral realizada con injerto de derivación arterial sintético en la ingle; con injerto venoso autólogo tipo parche	38,75	8,00
CARDIOVASCULAR	35901	Excisión de injerto vascular infectado del cuello	15,31	10,00
CARDIOVASCULAR	35903	Excisión de injerto vascular infectado de extremidad	17,43	8,00
CARDIOVASCULAR	35905	Excisión de injerto vascular infectado de tórax	55,15	8,00
CARDIOVASCULAR	35907	Excisión de injerto vascular infectado de abdomen	59,77	15,00
CARDIOVASCULAR	36000	Introducción de aguja o catéter en vena periférica	1,00	5,00
CARDIOVASCULAR	36002	Inyección de medicamentos (P. ej. trombina) para el tratamiento percutáneo de un seudoaneurisma en una extremidad	4,72	6,00
CARDIOVASCULAR	36005	Inyección de medicamentos para una flebografía en una extremidad. (Incluye la introducción de una aguja o catéter)	9,21	5,00
CARDIOVASCULAR	36010	Introducción de un catéter en la vena cava superior o inferior	13,86	5,00
CARDIOVASCULAR	36011	Colocación selectiva de catéteres en las ramás de primer orden del sistema venoso (P. ej. vena renal, vena yugular)	23,66	5,00
CARDIOVASCULAR	36012	Colocación selectiva de catéteres en las ramás de segundo orden o selectivas del sistema venoso (P. ej. vena adrenal izquierda, seno petroso)	24,40	5,00
CARDIOVASCULAR	36013	Introducción de catéter en el tronco de la arteria pulmonar o corazón derecho	21,96	7,00
CARDIOVASCULAR	36014	Colocación selectiva de catéter en arteria pulmonar derecha o izquierda	22,80	7,00

CARDIOVASCULAR	36015	Colocación selectiva de catéter en arteria pulmonar a nivel segmentario o subsegmentario	24,59	7,00
CARDIOVASCULAR	36100	Introducción de aguja o catéter en la arteria vertebral o arteria carotida	13,85	5,00
CARDIOVASCULAR	36140	Introducción de aguja o catéter en una arteria de una extremidad	12,14	5,00
CARDIOVASCULAR	36160	Introducción de aguja o intracatéter en la aorta vía translumbar	14,05	5,00
CARDIOVASCULAR	36200	Introducción de catéter en la aorta	16,18	5,00
CARDIOVASCULAR	36215	Colocación selectiva de catéter en una rama arterial de primer orden torácicas o braquiocefálicas, dentro de una misma familia vascular.	32,13	5,00
CARDIOVASCULAR	36216	Colocación selectiva de catéter en ramás arteriales de segundo orden torácicas o braquiocefálicas, dentro de una misma familia vascular	33,34	5,00
CARDIOVASCULAR	36217	Colocación selectiva de catéter en ramás arteriales de tercer orden torácicas o braquiocefálicas, dentro de una misma familia vascular	54,39	5,00
CARDIOVASCULAR	36218	Colocación selectiva de catéteres, sistema arterial; segundo orden adicional, tercer orden y más allá, rama torácica o braquiocefálica, dentro de una familia vascular (enumere además del código para el vaso inicial de segundo o tercer orden según corresponda)	5,35	5,00
CARDIOVASCULAR	36221	Colocación no selectiva de catéter, aorta torácica, con angiografía de los vasos extracraneales carótidos, vertebrales y / o intracraneales, unilateral o bilateral, y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, incluye la angiografía del arco cervicocerebral, cuando se realiza	29,55	5,00
CARDIOVASCULAR	36222	Colocación selectiva del catéter, la arteria carótida común o innominada, unilateral, cualquier abordaje, con angiografía de la circulación carotídea extracraneal ipsilateral y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, incluye la angiografía del arco cervicocerebral, cuando se realiza	34,65	5,00
CARDIOVASCULAR	36223	Colocación selectiva del catéter, la arteria carótida común o innominada, unilateral, cualquier abordaje, con angiografía de la circulación carotídea intracraneal ipsilateral y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, incluye angiografía de la carótida extracraneal y el arco cervicocerebral, cuando se realiza	42,45	5,00
CARDIOVASCULAR	36224	La colocación selectiva del catéter, la arteria carótida interna, unilateral, con angiografía de la circulación carotídea intracraneal ipsilateral y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, incluye la angiografía de la carótida extracraneal y el arco cervicocerebral, cuando se realiza	54,03	5,00
CARDIOVASCULAR	36225	La colocación selectiva del catéter, arteria subclavia o innominada, unilateral, con angiografía de la circulación vertebral ipsilateral y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, incluye la angiografía del arco cervicocerebral, cuando se realiza	40,88	5,00
CARDIOVASCULAR	36226	La colocación selectiva del catéter, la arteria vertebral, unilateral, con angiografía de la circulación vertebral ipsilateral y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, incluye la angiografía del arco cervicocerebral, cuando se realiza	51,24	5,00
CARDIOVASCULAR	36227	Colocación selectiva del catéter, arteria carótida externa, unilateral, con angiografía de la circulación carotídea externa ipsilateral y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	7,42	5,00
CARDIOVASCULAR	36228	Colocación selectiva del catéter, cada rama intracraneal de la arteria carótida interna o vertebral, unilateral, con angiografía de la circulación del vaso seleccionado y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada (p. Ej., Arteria cerebral	36,69	5,00

		media, arteria cerebelosa inferior posterior) (enumere por separado además del código para procedimiento primario)		
CARDIOVASCULAR	36245	Colocación selectiva de catéteres, sistema arterial; cada rama de primer orden abdominal, pélvica o de la arteria de la extremidad inferior, dentro de una familia vascular.	37,24	5,00
CARDIOVASCULAR	36246	Colocación selectiva de catéter en una rama arterial de segundo orden de la arteria pélvica abdominal o de una arteria de la extremidad inferior, dentro de una misma familia vascular.	23,76	5,00
CARDIOVASCULAR	36247	Colocación selectiva de catéter en una rama arterial de tercer orden de la arteria pélvica abdominal o de una arteria de la extremidad inferior, dentro de una misma familia vascular.	42,90	5,00
CARDIOVASCULAR	36248	Colocación selectiva de catéter en una rama arterial de segundo, tercer u ordenen inferiores de la arteria pélvica abdominal o de una arteria de la extremidad inferior, dentro de una misma familia	4,38	5,00
CARDIOVASCULAR	36251	Colocación selectiva del catéter (primer orden), arteria renal principal y cualquier arteria (s) renal (es) accesoria (s) para la angiografía renal, incluyendo punción arterial y colocación (es) del catéter, fluoroscopia, inyección (s) de contraste, postproceso de imagen, registro permanente de imágenes, y la supervisión e interpretación radiológica, incluidas las mediciones de gradiente de presión cuando se realiza, y el aortograma de descarga cuando se realiza; unilateral	39,33	5,00
CARDIOVASCULAR	36252	Colocación selectiva del catéter (primer orden), arteria renal principal y cualquier arteria (s) renal (es) accesoria (s) para la angiografía renal, incluyendo punción arterial y colocación (es) del catéter, fluoroscopia, inyección (s) de contraste, postproceso de imagen, registro permanente de imágenes, y la supervisión e interpretación radiológica, incluidas las mediciones de gradiente de presión cuando se realiza, y el aortograma de descarga cuando se realiza; bilateral	42,80	5,00
CARDIOVASCULAR	36253	Colocación de un catéter superselectivo (una o más ramas de la arteria renal de segundo orden o superiores) arteria renal y cualquier arteria renal accesoria (s) para la angiografía renal, incluyendo punción arterial, cateterismo, fluoroscopia, inyección (s) de contraste, postproceso de imagen, registro permanente de imágenes y supervisión e interpretación radiológica, incluidas las mediciones de gradiente de presión cuando se realiza, y el aortograma de descarga cuando se realiza; unilateral	62,82	5,00
CARDIOVASCULAR	36254	Colocación de un catéter superselectivo (una o más ramas de la arteria renal de segundo orden o superiores) arteria renal y cualquier arteria renal accesoria (s) para la angiografía renal, incluyendo punción arterial, cateterismo, fluoroscopia, inyección (s) de contraste, postproceso de imagen, registro permanente de imágenes y supervisión e interpretación radiológica, incluidas las mediciones de gradiente de presión cuando se realiza, y el aortograma de descarga cuando se realiza; bilateral	61,41	5,00
CARDIOVASCULAR	36260	Inserción de bomba de infusión intra-arterial implantable (P. ej. para quimioterapia de hígado)	19,52	7,00
CARDIOVASCULAR	36261	Revisión de bomba de infusión intra-arterial implantada	9,97	4,00
CARDIOVASCULAR	36262	Remoción de bomba de infusión intra-arterial implantada	9,05	4,00
CARDIOVASCULAR	36299	Procedimiento de inyección vascular no listado	CM	6,00
CARDIOVASCULAR	36400	Venipunción, menor de 3 años, que requiere la habilidad de un médico u otro profesional de la salud calificado, que no se debe utilizar para la punción venosa de rutina; vena femoral o yugular	0,79	3,00
CARDIOVASCULAR	36405	Venipunción, menor de 3 años, que requiere la habilidad de un médico u otro profesional de la salud calificado, que no se debe utilizar para la punción venosa de rutina; vena del cuero cabelludo	0,75	3,00
CARDIOVASCULAR	36406	Venipunción, menor de 3 años, que requiere la habilidad de un	0,70	3,00

		médico u otro profesional de la salud calificado, que no se debe utilizar para la punción venosa de rutina; otra vena		
CARDIOVASCULAR	36410	Venipunción, de 3 años de edad o más, que requiera la habilidad de un médico u otro profesional de la salud calificado (procedimiento separado), para fines de diagnóstico o terapéuticos (no debe usarse para la punción venosa de rutina)	0,49	3,00
CARDIOVASCULAR	36415	Recolección de sangre venosa por venipuntura	0,20	0,00
CARDIOVASCULAR	36416	Reolección de sangre capilar (P. ej. dedo, talón u oreja)	0,10	0,00
CARDIOVASCULAR	36420	Venopunción en niño menor de 1 año	1,63	3,00
CARDIOVASCULAR	36425	Venopunción en niño mayor de 1 año	1,20	3,00
CARDIOVASCULAR	36430	Transfusión de sangre o componentes sanguíneos	1,00	3,00
CARDIOVASCULAR	36440	Transfusión másiva de sangre en niños de 2 años de edad o menores	1,63	3,00
CARDIOVASCULAR	36450	Exsanguinotransfusión de recién nacido	7,00	3,00
CARDIOVASCULAR	36455	Exsanguinotransfusión de cualquier otro tipo de paciente, excepto recién nacido	10,00	3,00
CARDIOVASCULAR	36456	Transfusión de intercambio parcial, sangre, plasma o cristaloide que requiere la habilidad de un médico u otro profesional de la salud calificado, recién nacido	3,20	3,00
CARDIOVASCULAR	36460	Transfusión fetal intrauterina	10,28	6,00
CARDIOVASCULAR	36465	Inyección de esclerosante de espuma no compuesta con maniobras de compresión por ultrasonido para guiar la dispersión del inyectado, incluyendo todas las guías y monitoreo de imágenes; vena troncal incompetente de una sola extremidad (p. ej., gran vena safena, vena safena accesoria)	45,33	3,00
CARDIOVASCULAR	36466	Inyección de esclerosante de espuma no compuesta con maniobras de compresión por ultrasonido para guiar la dispersión del inyectado, incluyendo todas las guías y monitoreo de imágenes; venas troncales incompetentes múltiples (p. ej., gran vena safena, vena safena accesoria), misma pierna	47,40	3,00
CARDIOVASCULAR	36468	Inyección (es) de esclerosante para arañas vasculares (telangiectasia), extremidad o tronco	0,90	3,00
CARDIOVASCULAR	36469	Inyección (es) de esclerosante para arañas vasculares (telangiectasia), cara	1,10	5,00
CARDIOVASCULAR	36470	Inyección de solución esclerosante en una sola vena	4,28	3,00
CARDIOVASCULAR	36471	Inyección de solución esclerosante en múltiples venas de un mismo miembro inferior	5,10	3,00
CARDIOVASCULAR	36473	Terapia de ablación endovenosa de vena incompetente, extremidad, que incluye toda la orientación y monitorización de imágenes, percutánea, mecanoquímica; primera vena tratada	42,66	4,00
CARDIOVASCULAR	36474	Terapia de ablación endovenosa de vena incompetente, extremidad, que incluye toda la orientación y monitorización de imágenes, percutánea, mecanoquímica; venas subsiguientes tratadas en una sola extremidad, cada una a través de sitios de acceso separados (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	7,89	4,00
CARDIOVASCULAR	36475	Terapia de ablación endovenosa de vena incompetente, extremidad, que incluye toda la orientación y monitorización de imágenes, percutánea, radiofrecuencia; primera vena tratada	43,53	4,00
CARDIOVASCULAR	36476	Terapia de ablación endovenosa de vena incompetente, extremidad, que incluye toda la orientación y monitorización de imágenes, percutánea, radiofrecuencia; venas subsiguientes tratadas en una sola extremidad, cada una a través de sitios de acceso separados (enumere por separado además del código del procedimiento primario)	8,63	4,00
CARDIOVASCULAR	36478	Terapia de ablación endovenosa de vena incompetente, extremidad, que incluye toda la orientación y monitorización de imágenes, percutánea, láser; primera vena tratada	34,54	4,00
CARDIOVASCULAR	36479	Terapia de ablación endovenosa de vena incompetente,	9,03	4,00

		extremidad, que incluye toda la orientación y monitorización de imágenes, percutánea, láser; venas subsiguientes tratadas en una sola extremidad, cada una a través de sitios de acceso separados (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)		
CARDIOVASCULAR	36481	Cateterización percutánea de vena porta mediante cualquier método	55,91	4,00
CARDIOVASCULAR	36482	Terapia de ablación endovenosa de una vena incompetente, extremidad, mediante la administración transcáteter de un adhesivo químico (p. Ej., Cianoacrilato) alejado del sitio de acceso, que incluye toda la orientación y monitorización de imágenes, percutánea; primera vena tratada	60,36	4,00
CARDIOVASCULAR	36483	Terapia de ablación endovenosa de una vena incompetente, extremidad, mediante la administración transcáteter de un adhesivo químico (p. Ej., Cianoacrilato) alejado del sitio de acceso, que incluye toda la orientación y monitorización de imágenes, percutánea; venas subsiguientes tratadas en una sola extremidad, cada una a través de sitios de acceso separados (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,23	4,00
CARDIOVASCULAR	36500	Cateterismo venoso para toma selectiva de muestras de sangre de distintos órganos	5,55	4,00
CARDIOVASCULAR	36510	Cateterismo de vena umbilical para diagnóstico o tratamiento en recién nacido	2,53	4,00
CARDIOVASCULAR	36511	Aféresis terapéutica de leucocitos (glóbulos blancos)	2,75	1,00
CARDIOVASCULAR	36512	Aféresis terapéutica de eritrocitos (glóbulos rojos)	2,77	1,00
CARDIOVASCULAR	36513	Aféresis terapéutica de plaquetas	2,91	1,00
CARDIOVASCULAR	36514	Aféresis terapéutica de plasma	15,41	1,00
CARDIOVASCULAR	36516	Aféresis terapéutica; con inmunoadsorción extracorpórea, adsorción selectiva o filtración selectiva y reinfusión plasmática	59,70	1,00
CARDIOVASCULAR	36522	Fotoféresis extracorpórea	2,50	0,00
CARDIOVASCULAR	36555	Colocación de catéter venoso central no tunelizado insertado centralmente, en menor de 5 años de edad	5,91	4,00
CARDIOVASCULAR	36556	Colocación de catéter venoso central no tunelizado insertado centralmente, en mayor de 5 años de edad	6,76	4,00
CARDIOVASCULAR	36557	Colocación de catéter venoso central tunelizado insertado centralmente en menor de 5 años de edad, sin bomba de infusión o puerto subcutáneo	26,58	4,00
CARDIOVASCULAR	36558	Colocación de catéter venoso central tunelizado insertado centralmente en niño de 5 años de edad o mayor, sin bomba de infusión o puerto subcutáneo	20,62	4,00
CARDIOVASCULAR	36560	Colocación de catéter venoso central tunelizado insertado centralmente con puerto subcutáneo en niño menor de 5 años de edad	28,80	4,00
CARDIOVASCULAR	36561	Colocación de catéter venoso central tunelizado insertado centralmente con puerto subcutáneo en niño de 5 años de edad o mayor	31,36	4,00
CARDIOVASCULAR	36563	Colocación de catéter venoso central tunelizado insertado centralmente con bomba de infusión subcutánea	35,54	4,00
CARDIOVASCULAR	36565	Inserción de un dispositivo de acceso venoso central insertado centralmente en túnel, que requiere 2 catéteres a través de 2 sitios de acceso venoso separados; sin puerto subcutáneo o bomba (p. ej., catéter tipo Tesio)	25,73	4,00
CARDIOVASCULAR	36566	Colocación de catéter venoso central tunelizado insertado centralmente que requiere 2 catéteres vía 2 sitios venosos de acceso separados con puerto subcutáneo	154,02	4,00
CARDIOVASCULAR	36568	Colocación periférica de catéter venoso central (PICC) sin bomba de infusión o puerto subcutáneo en niño menor de 5 años de edad	7,10	4,00
CARDIOVASCULAR	36569	Colocación periférica de catéter venoso central (PICC) sin	7,17	4,00

		bomba de infusión o puerto subcutáneo en niño de 5 años de edad o mayor		
CARDIOVASCULAR	36570	Colocación periférica de catéter venoso central con puerto subcutáneo en niño menor de 5 años de edad	35,49	4,00
CARDIOVASCULAR	36571	Colocación periférica de catéter venoso central con puerto subcutáneo en niño de 5 años de edad o mayor	34,91	4,00
CARDIOVASCULAR	36575	Reparación de catéter de acceso venoso central tunelizado o no tunelizado, sin puerto o bomba subcutánea, sitio de inserción central o periférico	4,75	4,00
CARDIOVASCULAR	36576	Reparación del dispositivo de acceso venoso central, con puerto o bomba subcutánea, sitio de inserción central o periférico	9,20	4,00
CARDIOVASCULAR	36578	Reemplazo, solo catéter, del dispositivo de acceso venoso central, con puerto o bomba subcutánea, sitio de inserción central o periférico	12,97	4,00
CARDIOVASCULAR	36580	Reemplazo, completo, de un catéter venoso central insertado centralmente sin túnel, sin puerto subcutáneo o bomba, a través del mismo acceso venoso	6,13	4,00
CARDIOVASCULAR	36581	Reemplazo completo de un catéter venoso central tunelizado, insertado centralmente a través del mismo acceso venoso, sin bomba de infusión o puerto subcutáneo	20,16	4,00
CARDIOVASCULAR	36582	Reemplazo completo de un catéter venoso central tunelizado, insertado centralmente a través del mismo acceso venoso, con puerto subcutáneo	29,00	4,00
CARDIOVASCULAR	36583	Reemplazo completo de un catéter venoso central tunelizado, insertado centralmente a través del mismo acceso venoso, con bomba subcutánea	35,96	4,00
CARDIOVASCULAR	36584	Reemplazo, completo, de un catéter venoso central insertado periféricamente (PICC), sin puerto o bomba subcutánea, a través del mismo acceso venoso, incluida toda la guía de imágenes, documentación de imágenes y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada requerida para realizar el reemplazo	5,86	4,00
CARDIOVASCULAR	36585	Reemplazo completo de un dispositivo de acceso venoso central insertado periféricamente (PICC), con puerto subcutáneo, a través del mismo acceso venoso	30,89	4,00
CARDIOVASCULAR	36589	Remoción de catéter venoso central tunelizado, sin bomba de infusión o puerto subcutáneo	4,83	4,00
CARDIOVASCULAR	36590	Remoción de catéter venoso central tunelizado, insertado periférica o centralmente, con bomba de infusión o puerto subcutáneo	6,59	4,00
CARDIOVASCULAR	36591	Extracción de sangre desde un dispositivo de acceso venoso completamente implantable	0,30	3,00
CARDIOVASCULAR	36592	Extracción de sangre usando un catéter venoso periférico o central colocado previamente, no especificado de otra manera	0,40	3,00
CARDIOVASCULAR	36593	Trombólisis de un catéter o dispositivo de acceso vascular implantado mediante un agente trombolítico	0,90	4,00
CARDIOVASCULAR	36595	Remoción mecánica de material obstructivo (P. ej. Vaina de fibrina) localizado alrededor de un dispositivo venoso central a través de un acceso venoso separado	16,78	4,00
CARDIOVASCULAR	36596	Remoción mecánica de material obstructivo intraluminal (intracatéter) de un dispositivo venoso central a través del lumen del mismo	3,78	4,00
CARDIOVASCULAR	36597	Reposicionamiento de catéter venoso central previamente colocado bajo guía fluoroscópica	3,66	4,00
CARDIOVASCULAR	36598	Inyección(es) de sustancia de contraste para evaluación radiológica de dispositivo venoso central previamente colocado. Incluye fluoroscopia, imágenes y reporte.	2,50	4,00
CARDIOVASCULAR	36600	Punción arterial para extracción de sangre para diagnóstico	0,90	3,00
CARDIOVASCULAR	36620	Cateterismo o canulación arterial percutánea para toma de muestra, monitorización o transfusión (procedimiento separado)	1,51	6,00

CARDIOVASCULAR	36625	Cateterismo o canulación arterial para toma de muestra, monitorización o transfusión (procedimiento separado)	3,17	6,00
CARDIOVASCULAR	36640	Cateterismo arterial por arteriotomía para terapia de infusión prolongada (quimioterapia)	3,38	4,00
CARDIOVASCULAR	36660	Cateterismo de arteria umbilical en recién nacido, para diagnóstico o tratamiento	2,21	6,00
CARDIOVASCULAR	36680	Colocación de aguja para infusión intraósea	1,77	3,00
CARDIOVASCULAR	36800	Inserción de cánula para hemodiálisis; vena a vena, para otro propósito (procedimiento separado)	3,72	3,00
CARDIOVASCULAR	36810	Inserción de cánula arteriovenosa externa (tipo Scribner) para hemodiálisis, para otro propósito (procedimiento separado)	6,56	6,00
CARDIOVASCULAR	36815	Inserción de una cánula para hemodiálisis, otro propósito (procedimiento separado); arteriovenosa, revisión externa o cierre	4,25	6,00
CARDIOVASCULAR	36818	Anastomosis arteriovenosa abierta mediante transposición de vena cefálica de brazo	21,55	6,00
CARDIOVASCULAR	36819	Anastomosis arteriovenosa abierta mediante transposición de vena basilíca de brazo	22,78	6,00
CARDIOVASCULAR	36820	Anastomosis arteriovenosa abierta mediante transposición de vena de antebrazo	22,74	6,00
CARDIOVASCULAR	36821	Anastomosis arteriovenosa abierta directa en cualquier sitio (P. ej. procedimiento de Cimino) (procedimiento separado)	20,63	6,00
CARDIOVASCULAR	36823	Inserción de cánulas arteriales y venosas para la circulación extracorpórea aislada, incluida la perfusión regional de quimioterapia en una extremidad, con o sin hipertermia, con extracción de cánula (s) y reparación de arteriotomía y sitios de venotomía	42,57	6,00
CARDIOVASCULAR	36825	Creación de fístula arteriovenosa por otra que no sea anastomosis arteriovenosa directa (procedimiento separado); injerto autógeno	24,81	6,00
CARDIOVASCULAR	36830	Creación de fístula arteriovenosa por otra que no sea anastomosis arteriovenosa directa (procedimiento separado); injerto no autógeno (p. ej., colágeno biológico, injerto termoplástico)	20,75	6,00
CARDIOVASCULAR	36831	Trombectomía abierta de fístula arteriovenosa, sin revisión, injerto autólogo o no autólogo para diálisis (procedimiento separado)	19,16	6,00
CARDIOVASCULAR	36832	Revisión abierta de fístula arteriovenosa; sin trombectomía, injerto autólogo o no autólogo para diálisis (procedimiento separado)	23,50	6,00
CARDIOVASCULAR	36833	Revisión abierta de fístula arteriovenosa; con trombectomía, injerto autólogo o no autólogo para diálisis (procedimiento separado)	25,23	6,00
CARDIOVASCULAR	36835	Inserción de cortocircuito de Thomás (procedimiento separado)	15,60	6,00
CARDIOVASCULAR	36838	Revascularización distal y ligadura de intervalo, en acceso de hemodiálisis de extremidad superior (síndrome de robo)	35,70	6,00
CARDIOVASCULAR	36860	Eliminación de cánulas externas (procedimiento separado); sin catéter de globo	6,03	6,00
CARDIOVASCULAR	36861	Eliminación de cánulas externas (procedimiento separado); con catéter con globo	4,16	6,00
CARDIOVASCULAR	36901	Introducción de aguja (s) y / o catéter (s), circuito de diálisis, con angiografía diagnóstica del circuito de diálisis, que incluye todas las punciones directas y la colocación del catéter, inyección (s) de contraste, todas las imágenes necesarias de la anastomosis arterial y la arteria adyacente a través del flujo venoso completo, incluida la vena cava inferior o superior, guía fluoroscópica, supervisión e interpretación radiológica y documentación e informe de imágenes	16,38	3,00
CARDIOVASCULAR	36902	Introducción de aguja (s) y / o catéter (s), circuito de diálisis, con angiografía diagnóstica del circuito de diálisis, que incluye todas	34,71	3,00

		las punciones directas y la colocación del catéter, inyección (s) de contraste, todas las imágenes necesarias de la anastomosis arterial y la arteria adyacente a través del flujo venoso completo, incluida la vena cava inferior o superior, guía fluoroscópica, supervisión e interpretación radiológica y documentación e informe de imágenes; con angioplastia con balón transluminal, segmento de diálisis periférica, que incluye todas las imágenes y supervisión radiológica e interpretación necesarias para realizar la angioplastia		
CARDIOVASCULAR	36903	Introducción de aguja (s) y / o catéter (s), circuito de diálisis, con angiografía diagnóstica del circuito de diálisis, que incluye todas las punciones directas y la colocación del catéter, inyección (s) de contraste, todas las imágenes necesarias de la anastomosis arterial y la arteria adyacente a través del flujo venoso completo, incluida la vena cava inferior o superior, guía fluoroscópica, supervisión e interpretación radiológica y documentación e informe de imágenes; con colocación transcáteter de stent (s) intravascular, segmento de diálisis periférica, que incluye todas las imágenes y supervisión radiológica e interpretación necesarias para realizar el stent, y todas las angioplastias dentro del segmento de diálisis periférica	158,21	6,00
CARDIOVASCULAR	36904	Trombectomía mecánica transluminal percutánea y / o infusión para trombolisis, circuito de diálisis, cualquier método, incluyendo todas las imágenes y supervisión e interpretación radiológica, angiografía diagnóstica, guía fluoroscópica, colocación (es) de catéter e inyección (s) trombolítica farmacológica intraprocedural	50,65	3,00
CARDIOVASCULAR	36905	Trombectomía mecánica transluminal percutánea y / o infusión para trombolisis, circuito de diálisis, cualquier método, incluida toda supervisión e interpretación radiológica y de imágenes, angiografía diagnóstica, guía fluoroscópica, colocación (es) de catéter e inyección (s) trombolítica farmacológica intraprocedural; con angioplastia con balón transluminal, segmento de diálisis periférica, que incluye todas las imágenes y supervisión radiológica e interpretación necesarias para realizar la angioplastia	64,80	3,00
CARDIOVASCULAR	36906	Trombectomía mecánica transluminal percutánea y / o infusión para trombolisis, circuito de diálisis, cualquier método, incluida toda supervisión e interpretación radiológica y de imágenes, angiografía diagnóstica, guía fluoroscópica, colocación (es) de catéter e inyección (s) trombolítica farmacológica intraprocedural; con colocación transcáteter de stent (s) intravascular, segmento de diálisis periférica, incluyendo todas las imágenes y supervisión radiológica e interpretación necesarias para realizar la colocación de stent, y toda la angioplastia dentro del circuito de diálisis periférica	192,05	6,00
CARDIOVASCULAR	36907	Angioplastia con balón transluminal, segmento de diálisis central, realizado a través del circuito de diálisis, que incluye toda la supervisión e interpretación radiológica y de imágenes necesarias para realizar la angioplastia (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	20,77	3,00
CARDIOVASCULAR	36908	Colocación transcáteter de stent (s) intravascular, segmento de diálisis central, realizado a través del circuito de diálisis, incluyendo todas las imágenes y supervisión radiológica e interpretación necesarias para realizar el stent, y todas las angioplastias en el segmento de diálisis central (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	76,11	6,00
CARDIOVASCULAR	36909	Circuito de diálisis embolización u oclusión vascular permanente (incluido el circuito principal o cualquier vena accesoria), endovascular, incluida toda la supervisión e interpretación	55,57	6,00

		radiológica y de imágenes necesarias para completar la intervención (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)		
CARDIOVASCULAR	37140	Anastomosis venosa abierta porto-cava	71,18	15,00
CARDIOVASCULAR	37145	Anastomosis venosa abierta renoportal	66,23	15,00
CARDIOVASCULAR	37160	Anastomosis venosa abierta cava-mesentérica	68,04	15,00
CARDIOVASCULAR	37180	Anastomosis venosa abierta esplenorrenal proximal	65,47	15,00
CARDIOVASCULAR	37181	Anastomosis venosa abierta esplenorrenal distal (decompresión selectiva de várices esofagogástricas, cualquier técnica)	65,01	15,00
CARDIOVASCULAR	37182	Inserción de derivaciones portosistémicas intrahepáticas transvenosas (TIPS) (incluye acceso venoso, cateterización de la vena hepática y portal, portografía con evaluación hemodinámica, formación / dilatación del tracto intrahepático, colocación de stent y toda la guía y documentación de imágenes asociadas)	24,72	7,00
CARDIOVASCULAR	37183	Revisión de derivaciones portosistémicas intrahepáticas transvenosas (TIPS) (incluye acceso venoso, cateterización de la vena hepática y portal, portografía con evaluación hemodinámica, recanalización / dilatación del tracto intrahepático, colocación de stent y toda la guía y documentación de imágenes asociadas)	164,92	7,00
CARDIOVASCULAR	37184	Trombectomía mecánica transluminal percutánea primaria, injerto de derivación no coronario, no intracraneal, arterial o arterial, incluyendo guía fluoroscópica e inyección (s) trombolítica farmacológica intraprocedural; recipiente inicial	63,72	6,00
CARDIOVASCULAR	37185	Trombectomía mecánica transluminal percutánea primaria, injerto de derivación no coronario, no intracraneal, arterial o arterial, incluyendo guía fluoroscópica e inyección (s) trombolítica farmacológica intraprocedural; segundo y todos los vasos posteriores dentro de la misma familia vascular (enumere por separado además del código para el procedimiento de trombectomía mecánica primaria)	20,30	0,00
CARDIOVASCULAR	37186	Trombectomía transluminal percutánea secundaria (p. Ej., Mecánica no primaria, canastilla, técnica de succión), injerto de derivación no coronario, no intracraneal, arterial o arterial, incluyendo guía fluoroscópica e inyecciones trombolíticas farmacológicas intraprocedurales, administradas junto con otra intervención percutánea distinta de la trombectomía mecánica primaria (Enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	38,29	0,00
CARDIOVASCULAR	37187	Trombectomía mecánica transluminal percutánea, vena (s), incluyendo inyecciones trombolíticas farmacológicas intraprocedurales y guía fluoroscópica	56,37	6,00
CARDIOVASCULAR	37188	Trombectomía mecánica transluminal percutánea, venas, incluidas las inyecciones trombolíticas farmacológicas intraprocedurales y guía fluoroscópica, repetir el tratamiento el día siguiente durante el curso de la terapia trombolítica.	48,00	6,00
CARDIOVASCULAR	37191	Inserción del filtro intravascular de la vena cava, abordaje endovascular que incluye acceso vascular, selección de vasos y supervisión e interpretación radiológica, cartografía intraprocedural y guía de imágenes (ultrasonido y fluoroscopia), cuando se realiza	72,97	6,00
CARDIOVASCULAR	37192	Reposicionamiento del filtro de la vena cava intravascular, abordaje endovascular que incluye acceso vascular, selección de vasos y supervisión e interpretación radiológica, mapeo intraprocedural y guía de imágenes (ultrasonido y fluoroscopia), cuando se realiza	45,67	6,00
CARDIOVASCULAR	37193	Recuperación (extracción) del filtro de la vena cava intravascular, abordaje endovascular que incluye acceso vascular, selección de vasos y supervisión e interpretación radiológica, mapeo	43,76	6,00

		intraprocedural y guía de imágenes (ultrasonido y fluoroscopia), cuando se realiza		
CARDIOVASCULAR	37195	Trombolisis cerebral por infusión intravenosa	7,00	10,00
CARDIOVASCULAR	37197	La recuperación transcáteter, percutánea, de cuerpo extraño intravascular (p. Ej., Catéter venoso o arterial fracturado), incluye supervisión e interpretación radiológica, y orientación por imágenes (ultrasonido o fluoroscopia), cuando se realiza	41,27	6,00
CARDIOVASCULAR	37200	Biopsia transcáteter	8,00	6,00
CARDIOVASCULAR	37211	Terapia transcáteter, infusión arterial para trombolisis que no sea coronaria, cualquier método, incluyendo la supervisión e interpretación radiológica, día inicial de tratamiento	11,83	6,00
CARDIOVASCULAR	37212	Terapia transcáteter, infusión venosa para trombolisis, cualquier método, incluyendo la supervisión e interpretación radiológica, día inicial de tratamiento	10,28	6,00
CARDIOVASCULAR	37213	Terapia transcáteter, infusión arterial o venosa para trombólisis que no sea coronaria, cualquier método, incluida la supervisión e interpretación radiológica, tratamiento continuado al día siguiente durante el curso de la terapia trombolítica, incluyendo inyección de contraste de catéter de seguimiento, cambio de posición o intercambio, cuando se realiza	7,12	6,00
CARDIOVASCULAR	37214	Terapia transcáteter, infusión arterial o venosa para trombolisis que no sea coronaria, cualquier método, incluida la supervisión e interpretación radiológica, tratamiento continuado al día siguiente durante el curso de la terapia trombolítica, incluyendo inyección de contraste de catéter de seguimiento, cambio de posición o intercambio, cuando se realiza; cese de la trombolisis, incluida la extracción del catéter y el cierre de los vasos por cualquier método	3,75	6,00
CARDIOVASCULAR	37215	Implantación percutánea transcáteter de stent (s) intravascular, arteria carótida cervical, abierta o percutánea, incluyendo angioplastia, cuando se realiza, y supervisión e interpretación radiológica; con protección embólica distal	30,85	10,00
CARDIOVASCULAR	37216	Implantación percutánea transcáteter de stent(s) intravascular, arteria carótida cervical, abierta o percutánea, incluyendo angioplastia, cuando se realiza, y supervisión e interpretación radiológica; sin protección embólica distal	29,31	10,00
CARDIOVASCULAR	37217	Colocación transcáteter de stent (s) intravascular, arteria carótida común intratorácica o arteria innominada por tratamiento retrógrado, exposición abierta de la arteria carótida cervical ipsilateral, incluida la angioplastia, cuando se realiza, y supervisión e interpretación radiológica	34,05	10,00
CARDIOVASCULAR	37218	Colocación transcáteter de stent (s) intravascular, arteria carótida común intratorácica o arteria innominada, abordaje anterógrado abierto o percutáneo, incluida la angioplastia, cuando se realiza, y supervisión e interpretación radiológica	25,20	10,00
CARDIOVASCULAR	37220	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, arteria iliaca, unilateral, vaso inicial; con angioplastia transluminal	87,48	6,00
CARDIOVASCULAR	37221	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, arteria iliaca, unilateral, vaso inicial; con colocación de stent transluminal (es), incluye angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza	129,53	6,00
CARDIOVASCULAR	37222	Reparación endovascular, abierta o percutánea, arteria iliaca, cada vaso iliaco ipsilateral adicional; con angioplastia transluminal (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	24,69	6,00
CARDIOVASCULAR	37223	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, arteria iliaca, cada vaso iliaco ipsilateral adicional; con colocación de stent transluminal (es), incluye angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	72,57	6,00

CARDIOVASCULAR	37224	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, femoral, arteria (s) poplítea, unilateral; con angioplastia transluminal	106,00	6,00
CARDIOVASCULAR	37225	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, femoral, arteria (s) poplítea, unilateral; con aterectomía, incluye angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza	309,35	6,00
CARDIOVASCULAR	37226	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, femoral, arteria (s) poplítea, unilateral; con colocación de stent transluminal (es), incluye angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza	253,53	6,00
CARDIOVASCULAR	37227	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, femoral, arteria (s) poplítea, unilateral; con colocación de stent transluminal (es) y aterectomía, incluye angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza	418,90	6,00
CARDIOVASCULAR	37228	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, tibial, arteria peronea, unilateral, vaso inicial; con angioplastia transluminal	151,67	6,00
CARDIOVASCULAR	37229	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, tibial, arteria peronea, unilateral, vaso inicial; con aterectomía, incluye angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza	305,14	6,00
CARDIOVASCULAR	37230	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, tibial, arteria peronea, unilateral, vaso inicial; con colocación de stent transluminal (es), incluye angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza	233,43	6,00
CARDIOVASCULAR	37231	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, tibial, arteria peronea, unilateral, vaso inicial; con colocación de stent transluminal (es) y aterectomía, incluye angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza	377,29	6,00
CARDIOVASCULAR	37232	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, arteria tibial / peronea, unilateral, cada vaso adicional; con angioplastia transluminal (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	33,99	6,00
CARDIOVASCULAR	37233	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, arteria tibial / peronea, unilateral, cada vaso adicional; con aterectomía, incluye angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	41,23	6,00
CARDIOVASCULAR	37234	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, arteria tibial / peronea, unilateral, cada vaso adicional; con colocación de stent transluminal (es), incluye angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	110,53	6,00
CARDIOVASCULAR	37235	Revascularización, endovascular, abierta o percutánea, arteria tibial / peronea, unilateral, cada vaso adicional; con colocación de stent transluminal (es) y aterectomía, incluye angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	118,88	6,00
CARDIOVASCULAR	37236	Colocación transcáteter de un stent (s) intravascular (excepto arteria (s) de la extremidad inferior para enfermedad oclusiva, carótida cervical, vertebral extracraneal o carótida intratorácica, intracraneal o coronaria), abierta o percutánea, incluida la supervisión e interpretación radiológica e incluyendo todas las angioplastias dentro el mismo recipiente, cuando se realiza; arteria inicial	112,62	6,00
CARDIOVASCULAR	37237	Colocación transcáteter de un stent (s) intravascular (excepto arteria (s) de la extremidad inferior para enfermedad oclusiva, carótida cervical, vertebral extracraneal o carótida intratorácica, intracraneal o coronaria), abierta o percutánea, incluida la supervisión e interpretación radiológica e incluyendo todas las angioplastias dentro el mismo recipiente, cuando se realiza; cada arteria adicional (enumere por separado además	68,76	6,00

		del código para el procedimiento primario)		
CARDIOVASCULAR	37238	Colocación transcáteter de un stent (s) intravascular, abierto o percutáneo, incluyendo supervisión e interpretación radiológica e incluyendo angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza; vena inicial	117,14	6,00
CARDIOVASCULAR	37239	Colocación transcáteter de un stent (s) intravascular, abierto o percutáneo, incluyendo supervisión e interpretación radiológica e incluyendo angioplastia dentro del mismo vaso, cuando se realiza; cada vena adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	56,97	6,00
CARDIOVASCULAR	37241	La embolización u oclusión vascular, que incluye toda la supervisión e interpretación radiológica, el mapeo intraprocedural y la guía de imagen necesaria para completar la intervención; venosa, que no sea hemorragia (p. ej., malformaciones venosas congénitas o adquiridas, hemangiomas venosos y capilares, varices, varicoceles)	134,86	6,00
CARDIOVASCULAR	37242	La embolización u oclusión vascular, que incluye toda la supervisión e interpretación radiológica, el mapeo intraprocedural y la guía de imagen necesaria para completar la intervención; arterial, que no sea hemorragia o tumor (p. ej., malformaciones arteriales congénitas o adquiridas, malformaciones arteriovenosas, fístulas arteriovenosas, aneurismas, pseudoaneurismas)	211,05	6,00
CARDIOVASCULAR	37243	La embolización u oclusión vascular, que incluye toda la supervisión e interpretación radiológica, el mapeo intraprocedural y la guía de imagen necesaria para completar la intervención; para tumores, isquemia de órganos o infarto	274,02	6,00
CARDIOVASCULAR	37244	La embolización u oclusión vascular, que incluye toda la supervisión e interpretación radiológica, el mapeo intraprocedural y la guía de imagen necesaria para completar la intervención; para hemorragia arterial o venosa o extravasación linfática	191,35	6,00
CARDIOVASCULAR	37246	Angioplastia con balón transluminal (excepto la (s) arteria (s) de la extremidad inferior para enfermedad oclusiva, circuito intracraneal, coronario, pulmonar o de diálisis), abierta o percutánea, incluyendo todas las imágenes y supervisión radiológica e interpretación necesarias para realizar la angioplastia dentro de la misma arteria; arteria inicial	61,12	6,00
CARDIOVASCULAR	37247	Angioplastia con balón transluminal (excepto la (s) arteria (s) de la extremidad inferior para enfermedad oclusiva, circuito intracraneal, coronario, pulmonar o de diálisis), abierta o percutánea, incluyendo todas las imágenes y supervisión radiológica e interpretación necesarias para realizar la angioplastia dentro de la misma arteria; cada arteria adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	24,78	6,00
CARDIOVASCULAR	37248	Angioplastia con balón transluminal (excepto circuito de diálisis), abierta o percutánea, que incluye todas las imágenes y supervisión radiológica e interpretación necesarias para realizar la angioplastia dentro de la misma vena; vena inicial	42,42	6,00
CARDIOVASCULAR	37249	Angioplastia con balón transluminal (excepto circuito de diálisis), abierta o percutánea, que incluye todas las imágenes y supervisión radiológica e interpretación necesarias para realizar la angioplastia dentro de la misma vena; cada vena adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	18,21	6,00
CARDIOVASCULAR	37252	Ultrasonido intravascular (vaso no coronario) durante la evaluación diagnóstica y / o intervención terapéutica, incluida la supervisión e interpretación radiológica; vaso no coronario inicial (enumerar por separado además del código para el	39,22	6,00

		procedimiento primario)		
CARDIOVASCULAR	37253	Ultrasonido intravascular (vaso no coronario) durante la evaluación diagnóstica y / o intervención terapéutica, incluida la supervisión e interpretación radiológica; cada vaso no coronario adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	6,02	6,00
CARDIOVASCULAR	37500	Endoscopia vascular, quirúrgica, con ligadura de venas perforantes, venas superficiales (SEPS)	20,03	3,00
CARDIOVASCULAR	37501	Procedimiento endoscópico vascular no listado previamente	CM	3,00
CARDIOVASCULAR	37565	Ligadura de vena yugular interna	22,14	5,00
CARDIOVASCULAR	37600	Ligadura de arteria carótida	21,64	5,00
CARDIOVASCULAR	37605	Ligadura de arteria carótida común o interna	24,39	5,00
CARDIOVASCULAR	37606	Ligadura de arteria carótida común o interna con oclusión gradual como en el clampaje de Selverstone o Crutchfield	15,97	5,00
CARDIOVASCULAR	37607	Ligadura o cerclaje de angioacceso de fístula arteriovenosa	11,57	5,00
CARDIOVASCULAR	37609	Ligadura o biopsia de arteria temporal	9,11	5,00
CARDIOVASCULAR	37615	Ligadura de arteria principal de cuello (P. ej. ruptura postraumática)	15,24	5,00
CARDIOVASCULAR	37616	Ligadura de arteria principal de tórax (P. ej. ruptura postraumática)	33,81	15,00
CARDIOVASCULAR	37617	Ligadura de arteria principal de abdomen (P. ej. ruptura postraumática)	41,23	15,00
CARDIOVASCULAR	37618	Ligadura de arteria principal de extremidad (P. ej. ruptura postraumática)	12,00	4,00
CARDIOVASCULAR	37619	Ligadura de vena cava inferior	50,96	4,00
CARDIOVASCULAR	37650	Ligadura de vena femoral	14,31	3,00
CARDIOVASCULAR	37660	Ligadura de vena ilíaca común primitiva	39,98	10,00
CARDIOVASCULAR	37700	Ligadura y división de la vena safena larga en la unión safenofemoral o interrupciones distales	7,60	3,00
CARDIOVASCULAR	37718	Ligadura, división y extirpamiento de vena safena corta	13,34	3,00
CARDIOVASCULAR	37722	Ligadura, división y extirpación de venas safenas largas desde la unión safenofemoral hasta la rodilla o más abajo	14,72	3,00
CARDIOVASCULAR	37735	Ligadura y división y extracción completa de venas safenas largas o cortas con escisión radical de úlcera e injerto de piel y / o interrupción de las venas comunicantes de la parte inferior de la pierna, con escisión de fascia profunda	19,30	3,00
CARDIOVASCULAR	37760	Ligadura radical abierta (tipo Linton) de vasos perforantes, incluyendo injerto cutáneo, cuando se realice, 1 pierna	20,00	3,00
CARDIOVASCULAR	37761	Ligadura de vena(s) perforantes, subfascial, abierta, incluyendo guía por ultrasonido, cuando se realiza, 1 pierna	16,89	3,00
CARDIOVASCULAR	37765	Flebectomía ambulatoria de venas varicosas en un extremidad que incluyen de 10 a 20 incisiones punzantes	19,36	3,00
CARDIOVASCULAR	37766	Flebectomía ambulatoria de venas varicosas en un extremidad que incluye más de 20 incisiones	23,03	3,00
CARDIOVASCULAR	37780	Ligadura y división de venas safenas cortas en el nivel de la unión safenopoplítea (procedimiento separado)	7,70	3,00
CARDIOVASCULAR	37785	Ligadura, división y/o excisión de paquete de venas varicosas en un miembro inferior	10,58	3,00
CARDIOVASCULAR	37788	Revascularización de arteria peneana con o sin injerto venoso	37,61	3,00
CARDIOVASCULAR	37790	Procedimiento oclusivo venoso del pene	20,00	3,00
CARDIOVASCULAR	37799	Otro procedimiento de cirugía vascular no listado previamente	CM	10,00
CARDIOVASCULAR	38100	Esplenectomía total (procedimiento separado)	35,36	7,00
CARDIOVASCULAR	38101	Esplenectomía parcial (procedimiento separado)	35,37	7,00
CARDIOVASCULAR	38102	Esplenectomía total en bloque por enfermedad extensa, en conjunción con otro procedimiento (registrar separadamente además del código de procedimiento primario)	9,50	7,00
CARDIOVASCULAR	38115	Reparación de rotura de bazo (Esplenorrafia) con o sin esplenectomía parcial	38,84	7,00
CARDIOVASCULAR	38120	Esplenectomía por vía laparoscópica	32,19	7,00

CARDIOVASCULAR	38129	Otro procedimiento laparoscopico en el bazo no listado previamente	CM	7,00
CARDIOVASCULAR	38200	Inyección para esplenopografía	4,01	5,00
CARDIOVASCULAR	38204	Manejo de búsqueda de células donadoras progenitoras hematopoyéticas y adquisición de células	1,50	0,00
CARDIOVASCULAR	38205	Manejo de la localización de los donantes de células progenitoras hematopoyéticas para efectos de trasplante; por colección, alogénica	2,44	5,00
CARDIOVASCULAR	38206	Colecta de células progenitoras hematopoyéticas para trasplante, por colecta; autólogo	2,44	5,00
CARDIOVASCULAR	38207	Preparación de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, criopreservación y almacenamiento	1,35	0,00
CARDIOVASCULAR	38208	Preparación de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, descongelamiento sin lavado, por donante	0,86	0,00
CARDIOVASCULAR	38209	Preparación de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, descongelamiento con lavado, por donante	0,40	0,00
CARDIOVASCULAR	38210	Preparación de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, depleción de células específicas dentro de la colecta, depleción de células T	2,38	0,00
CARDIOVASCULAR	38211	Preparación de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, depleción de células tumorales	2,16	0,00
CARDIOVASCULAR	38212	Preparación de trasplantes de células progenitoras hematopoyéticas; eliminación de glóbulos rojos	1,43	0,00
CARDIOVASCULAR	38213	Preparación de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, depleción de plaquetas	0,40	0,00
CARDIOVASCULAR	38214	Preparación de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, depleción de plasma (volumen)	0,40	0,00
CARDIOVASCULAR	38215	Preparación de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, concentración de células en plasma, mononucleares o capa leucocitaria	0,70	0,00
CARDIOVASCULAR	38220	Aspiración de médula ósea	4,83	5,00
CARDIOVASCULAR	38221	Biopsia de médula ósea con aguja o trocar	4,81	5,00
CARDIOVASCULAR	38222	Diagnóstico de médula ósea; biopsia (s) y aspiración (es)	4,88	5,00
CARDIOVASCULAR	38230	Cosecha de médula ósea para trasplante, alogénico	7,20	5,00
CARDIOVASCULAR	38232	Cosecha de médula ósea para trasplante, autólogo	5,84	5,00
CARDIOVASCULAR	38240	Células progenitoras hematopoyéticas (HPC); trasplante alogénico, por donante	6,57	5,00
CARDIOVASCULAR	38241	Células progenitoras hematopoyéticas (HPC); trasplante autólogo, por donante	4,91	5,00
CARDIOVASCULAR	38242	Infusión de linfocitos alogénicos	3,48	5,00
CARDIOVASCULAR	38243	Células progenitoras hematopoyéticas (HPC); refuerzo de HPC	3,48	5,00
CARDIOVASCULAR	38300	Drenaje simple de absceso de ganglio linfático o de linfadenitis	7,94	6,00
CARDIOVASCULAR	38305	Drenaje extenso de absceso de ganglio linfático o de linfadenitis	13,80	6,00
CARDIOVASCULAR	38308	Linfangiotomía u otras operaciones en los canales linfáticos	13,55	5,00
CARDIOVASCULAR	38380	Sutura y/o ligadura de conducto torácico por abordaje cervical	16,75	6,00
CARDIOVASCULAR	38381	Sutura y/o ligadura de conducto torácico por abordaje torácico	24,60	12,00
CARDIOVASCULAR	38382	Sutura y/o ligadura de conducto torácico por abordaje abdominal	20,47	6,00
CARDIOVASCULAR	38500	Biopsia o excisión abierta de ganglio(s) linfático(s) superficial(es)	9,86	6,00
CARDIOVASCULAR	38505	Biopsia o excisión de ganglio(s) linfático(s); mediante aguja, superficial (p.ej. Cervical, inguinal, axilar)	3,64	6,00
CARDIOVASCULAR	38510	Biopsia o excisión abierta de ganglios linfáticos cervicales profundos	15,43	6,00
CARDIOVASCULAR	38520	Biopsia o excisión abierta de ganglios linfáticos cervicales profundos con excisión del paquete de grasa del escaleno	14,02	6,00
CARDIOVASCULAR	38525	Biopsia o excisión abierta de ganglio (s) linfáticos axilares profundos	13,28	5,00
CARDIOVASCULAR	38530	Biopsia o excisión abierta de ganglio (s) linfáticos de la cadena mamaria interna profundos	16,77	12,00

CARDIOVASCULAR	38542	Escisión de ganglio (s) linfáticos yugulares profundos	15,53	6,00
CARDIOVASCULAR	38550	Excisión de higroma quístico axilar o cervical, sin disección neurovascular profunda	15,28	6,00
CARDIOVASCULAR	38555	Excisión de higroma quístico axilar o cervical, con disección neurovascular profunda	30,96	6,00
CARDIOVASCULAR	38562	Linfadenectomía conservadora pélvica y paraaórtica para clasificación de la etapa del cáncer (procedimiento separado)	21,30	6,00
CARDIOVASCULAR	38564	Linfadenectomía conservadora retroperitoneal (aórtica y/o esplénica) para clasificación de la etapa del cáncer (procedimiento separado)	21,29	6,00
CARDIOVASCULAR	38570	Laparoscopia quirúrgica; con muestreo de ganglios linfáticos retroperitoneales (biopsia), único o múltiple	15,19	6,00
CARDIOVASCULAR	38571	Linfadenectomía pélvica bilateral total por laparoscopia	20,01	6,00
CARDIOVASCULAR	38572	Linfadenectomía pélvica bilateral total y muestreo de ganglios periaórticos (biopsia), único o múltiple por laparoscopia	28,53	6,00
CARDIOVASCULAR	38573	Laparoscopia quirúrgica; con linfadenectomía pélvica total bilateral y muestreo de ganglios linfáticos periaórticos, lavados peritoneales, biopsia (s) peritoneal, omentectomía y lavados diafragmáticos, incluyendo biopsia (s) diafragmática y otras biopsias serosas, cuando se realiza	35,08	6,00
CARDIOVASCULAR	38589	Procedimiento laparoscópico no listado, en sistema linfático	CM	6,00
CARDIOVASCULAR	38700	Linfadenectomía suprahoidea	24,03	6,00
CARDIOVASCULAR	38720	Linfadenectomía cervical completa	40,29	6,00
CARDIOVASCULAR	38724	Linfadenectomía cervical (disección radical de cuello modificada)	43,40	6,00
CARDIOVASCULAR	38740	Linfadenectomía axilar superficial	21,16	5,00
CARDIOVASCULAR	38745	Linfadenectomía axilar completa	26,76	5,00
CARDIOVASCULAR	38746	Linfadenectomía torácica por toracotomía, linfadenectomía mediastinal y regional (registrar separadamente además del código para el procedimiento procedimiento)	6,65	5,00
CARDIOVASCULAR	38747	Linfadenectomía abdominal regional, incluyendo ganglios celíacos, gástricos, portales, peripancreáticos, con o sin ganglios paraaórticos y de la vena cava (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	8,23	5,00
CARDIOVASCULAR	38760	Linfadenectomía inguinofemoral, superficial, incluyendo ganglio de Cloquet (procedimiento separado)	25,65	3,00
CARDIOVASCULAR	38765	Linfadenectomía inguinofemoral superficial en continuidad con linfadenectomía pélvica, incluyendo ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadores (procedimiento separado)	39,47	6,00
CARDIOVASCULAR	38770	Linfadenectomía pélvica, incluyendo ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadores (procedimiento separado)	24,29	6,00
CARDIOVASCULAR	38780	Linfadenectomía retroperitoneal transabdominal, amplia, incluyendo ganglios pélvicos, aórticos y renales (procedimiento separado)	30,89	6,00
CARDIOVASCULAR	38790	Inyección de solución de contraste para linfangiografía	3,00	3,00
CARDIOVASCULAR	38792	Inyección de solución de contraste radioactivo para identificación de ganglio (nodo) centinela	2,00	3,00
CARDIOVASCULAR	38794	Canulación, conducto torácico	8,83	6,00
CARDIOVASCULAR	38900	La identificación intraoperatoria (p. Ej., Mapeo) de ganglios linfáticos centinela incluye inyección de colorante no radiactivo, cuando se realiza (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	4,27	6,00
CARDIOVASCULAR	38999	Otro procedimiento no listado, sistema hemático o linfático	CM	6,00
CARDIOVASCULAR	39000	Mediastinotomía con exploración, drenaje, extirpación de cuerpo extraño o biopsia; abordaje cervical	15,06	8,00
CARDIOVASCULAR	39010	Mediastinotomía con exploración, drenaje, extirpación de cuerpo extraño o biopsia; abordaje transtorácico, incluyendo sea esternotomía transtorácica o mediana	24,09	12,00
CARDIOVASCULAR	39200	Escisión de quiste mediastínico	26,72	12,00
CARDIOVASCULAR	39220	Escisión de tumor mediastínico	34,71	12,00

CARDIOVASCULAR	39401	Mediastinoscopia; incluye biopsia (s) de masa mediastínica (p. ej., linfoma), cuando se realiza	9,57	12,00
CARDIOVASCULAR	39402	Mediastinoscopia; con biopsia (s) de ganglios linfáticos (p. ej., estadificación del cáncer de pulmón)	12,51	12,00
CARDIOVASCULAR	39499	Otro procedimiento en el mediastino no listado anteriormente	CM	12,00
CARDIOVASCULAR	39501	Reparación de laceración diafragmática, cualquier abordaje	25,90	12,00
CARDIOVASCULAR	39503	Reparación de hernia diafragmática neonatal, con o sin inserción de sonda torácica, con o sin creación de hernia ventral	182,00	7,00
CARDIOVASCULAR	39540	Corrección de hernia diafragmática traumática aguda (se excluye neonatos)	26,59	7,00
CARDIOVASCULAR	39541	Corrección de hernia diafragmática traumática crónica (se excluye neonatos)	28,91	7,00
CARDIOVASCULAR	39545	Imbricación de diafragma paralítico o no paralítico por eventración via transtoracica o transabdominal	27,09	12,00
CARDIOVASCULAR	39560	Resección y reparación simple de diafragma (P. ej. sutura primaria)	24,38	7,00
CARDIOVASCULAR	39561	Resección y reparación compleja diafragma (P. ej. material protético, colgajo muscular)	37,97	7,00
CARDIOVASCULAR	39599	Otro procedimiento en el diafragma no listado anteriormente	CM	12,00
DIGESTIVO	40490	Biopsia de labio	3,76	5,00
DIGESTIVO	40500	Bermellonectomía (afeitado labial), con avance de mucosa; plastía / reconstrucción de labio	14,82	5,00
DIGESTIVO	40510	Excisión de labio, en cuña, con cierre primario	14,23	5,00
DIGESTIVO	40520	Excisión de labio en V con cierre linear directo primario	14,38	5,00
DIGESTIVO	40525	Excisión de labio, de espesor total, con reconstrucción con colgajo local (p.ej. Estlander o Gillies)	16,45	5,00
DIGESTIVO	40527	Excisión de labio, de espesor total, con reconstrucción con colgajo de labio cruzado (Abbe- Estlander)	20,00	5,00
DIGESTIVO	40530	Resección de labio, más de un cuarto, sin reconstrucción	15,79	5,00
DIGESTIVO	40650	Corrección de labio, espesor total, únicamente bermellón del labio	12,83	5,00
DIGESTIVO	40652	Reparación de labio, espesor total, hasta la mitad de la altura vertical	14,41	5,00
DIGESTIVO	40654	Reparación de labio, espesor total, por encima de la mitad de la altura vertical o complejo	16,81	5,00
DIGESTIVO	40700	Corrección plástica de labio hendido o deformidad nasal; primaria, parcial o completa, unilateral	30,23	6,00
DIGESTIVO	40701	Corrección plástica de labio hendido o deformidad nasal; procedimiento de una etapa	35,85	6,00
DIGESTIVO	40702	Corrección plástica primaria bilateral, de labio hendido o deformidad nasal, uno de dos pasos	26,91	6,00
DIGESTIVO	40720	Corrección plástica de labio hendido o deformidad nasal; secundaria, mediante recreación del defecto y nuevo cierre	29,86	6,00
DIGESTIVO	40761	Corrección plástica de labio hendido o deformidad nasal; con colgajo pediculado de labio cruzado (tipo Abbe-Estlander), incluyendo la sección e inserción del pedículo	29,02	6,00
DIGESTIVO	40799	Procedimiento que no aparece en la lista, labios	CM	5,00
DIGESTIVO	40800	Drenaje de absceso, quiste, hematoma, extirpación de cuerpo extraño de vestíbulo de la boca, simple	6,25	5,00
DIGESTIVO	40801	Drenaje de absceso, quiste, hematoma, extirpación de cuerpo extraño de vestíbulo de la boca, complicado	9,32	5,00
DIGESTIVO	40804	Remoción de cuerpo extraño incrustado en vestíbulo de la boca, simple	5,39	5,00
DIGESTIVO	40805	Remoción de cuerpo extraño incrustado en vestíbulo de la boca, complicado	9,53	5,00
DIGESTIVO	40806	Incisión del frenillo labial (Frenotomía)	3,05	5,00
DIGESTIVO	40808	Biopsia de vestíbulo de la boca	5,46	5,00
DIGESTIVO	40810	Excisión de lesión de mucosa y submucosa de vestíbulo de la boca; sin reparación	6,06	5,00

DIGESTIVO	40812	Excisión de lesión de mucosa y submucosa de vestíbulo de la boca; con reparación simple	8,55	5,00
DIGESTIVO	40814	Excisión de lesión de mucosa y submucosa de vestíbulo de la boca; con reparación compleja	11,46	5,00
DIGESTIVO	40816	Excisión compleja de lesión de la mucosa y de la submucosa del vestíbulo de la boca incluyendo excisión de músculo subyacente	11,94	5,00
DIGESTIVO	40818	Excisión de mucosa del vestíbulo de la boca como injerto	10,59	5,00
DIGESTIVO	40819	Excisión de frenillo, labial o bucal (Frenumectomía, Frenulectomía, Frenectomía)	9,36	5,00
DIGESTIVO	40820	Destrucción de lesión o cicatriz del vestíbulo de la boca mediante métodos físicos (ejm. Láser, térmicos, criométodos, químicos)	7,78	5,00
DIGESTIVO	40830	Cierre de laceración de vestíbulo de la boca de 2,5 cm o menos	7,87	5,00
DIGESTIVO	40831	Cierre de laceración de vestíbulo de la boca mayor 2,5 cm o complejo	9,95	5,00
DIGESTIVO	40840	Vestibuloplastia anterior	23,99	5,00
DIGESTIVO	40842	Vestibuloplastia posterior unilateral	24,31	5,00
DIGESTIVO	40843	Vestibuloplastia posterior bilateral	32,30	5,00
DIGESTIVO	40844	Vestibuloplastia de todo el arco	38,29	5,00
DIGESTIVO	40845	Vestibuloplastia compleja (incluyendo extensión del arco alveolar, reposicionamiento muscular)	43,39	5,00
DIGESTIVO	40899	Procedimiento que no aparece en la lista, vestíbulo de la boca	CM	5,00
DIGESTIVO	41000	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; lingual	4,78	5,00
DIGESTIVO	41005	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; sublingual, superficial	6,63	5,00
DIGESTIVO	41006	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; sublingual, profundo, supramilohioideo	11,46	5,00
DIGESTIVO	41007	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; espacio submentoniano	11,29	5,00
DIGESTIVO	41008	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; espacio submandibular	11,30	5,00
DIGESTIVO	41009	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; espacio masticatorio	11,99	5,00
DIGESTIVO	41010	Incisión de frenillo lingual (frenotomía)	5,84	5,00
DIGESTIVO	41015	Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; sublingual	13,50	5,00
DIGESTIVO	41016	Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; submentoniano	13,11	5,00
DIGESTIVO	41017	Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; submandibular	13,27	5,00
DIGESTIVO	41018	Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de piso de la boca; espacio masticador	15,09	5,00
DIGESTIVO	41019	Colocación de agujas, catéteres, u otros dispositivos dentro de la cabeza y/o región del cuello (percutánea, transoral, o transnasal) para aplicación subsiguiente de radioelemento intersticial	13,93	5,00
DIGESTIVO	41100	Biopsia de lengua, dos tercios anteriores	4,94	5,00
DIGESTIVO	41105	Biopsia de lengua, tercio posterior	5,04	5,00
DIGESTIVO	41108	Biopsia de piso de la boca	4,35	5,00
DIGESTIVO	41110	Excisión de lesión de lengua sin cierre	6,22	5,00
DIGESTIVO	41112	Excisión de lesión de lengua con cierre; dos tercios anteriores	9,90	5,00
DIGESTIVO	41113	Excisión de lesión de lengua con cierre; tercio posterior	10,85	5,00
DIGESTIVO	41114	Excisión de lesión de lengua con cierre; con colgajo local de lengua	19,08	5,00
DIGESTIVO	41115	Excisión de frenillo lingual (frenectomía)	7,21	5,00
DIGESTIVO	41116	Excisión de lesión de piso de la boca	9,76	5,00
DIGESTIVO	41120	Glosectomía; menos de la mitad de la lengua	32,05	5,00
DIGESTIVO	41130	Hemiglosectomía	39,57	5,00
DIGESTIVO	41135	Glosectomía parcial, con disección radical unilateral del cuello	65,39	7,00

DIGESTIVO	41140	Glosectomía completa o total, con o sin traqueostomía, sin disección radical del cuello	65,78	7,00
DIGESTIVO	41145	Glosectomía completa o total, con o sin traqueostomía, con disección radical unilateral del cuello	83,15	7,00
DIGESTIVO	41150	Glosectomía compuesta con resección del piso de la boca y resección mandibular, sin disección radical del cuello	66,11	7,00
DIGESTIVO	41153	Glosectomía compuesta con resección del piso de la boca, con disección del cuello suprahioidea	71,94	7,00
DIGESTIVO	41155	Glosectomía compuesta con resección del piso de la boca, resección mandibular y disección radical del cuello (tipo Comando)	90,86	7,00
DIGESTIVO	41250	Reparación de laceración de piso de la boca y/o dos tercios anteriores de lengua; 2.5 cm o menos	7,83	5,00
DIGESTIVO	41251	Reparación de laceración de tercio posterior de lengua; 2.5 cm o menos	8,44	5,00
DIGESTIVO	41252	Corrección de laceración de lengua, piso de la boca mayor de 2,6 cm o compleja	9,36	5,00
DIGESTIVO	41500	Fijación de la lengua, mecánica, que no sea con sutura (ejm. alambre K)	13,33	5,00
DIGESTIVO	41510	Sutura de la lengua al labio por micrognatia (procedimiento de Douglas)	12,54	5,00
DIGESTIVO	41512	Suspensión de la base de la lengua, técnica de sutura permanente	19,59	5,00
DIGESTIVO	41520	Frenoplastia (revisión quirúrgica del frenillo, (ejm. con Z-plastia)	10,43	5,00
DIGESTIVO	41530	Ablación submucosa de la base de la lengua, radiofrecuencia, 1 sitio o más, por sesión	28,33	5,00
DIGESTIVO	41599	Procedimiento que no aparece en la lista, lengua, piso de la boca	CM	5,00
DIGESTIVO	41800	Drenaje de absceso, quiste, hematoma de las estructuras dentoalveolares	8,05	5,00
DIGESTIVO	41805	Extirpación de cuerpo extraño incrustado en estructuras dentoalveolares; tejidos blandos	7,25	5,00
DIGESTIVO	41806	Extirpación de cuerpo extraño de las estructuras dentoalveolares; hueso	10,47	5,00
DIGESTIVO	41820	Gingivectomía, escisión de encía, cada cuadrante	4,00	5,00
DIGESTIVO	41821	Operculectomía, excisión de tejidos pericoronales	0,80	5,00
DIGESTIVO	41822	Escisión de tuberosidades fibrosas de estructuras dentoalveolares	9,30	5,00
DIGESTIVO	41823	Escisión de tuberosidades oseas de estructuras dentoalveolares	13,60	5,00
DIGESTIVO	41825	Escisión de lesión o tumor (excepto las listadas previamente) de estructuras dentoalveolares; sin reparación	6,25	5,00
DIGESTIVO	41826	Escisión de lesión o tumor (excepto las listadas previamente) de estructuras dentoalveolares; con reparación simple	9,35	5,00
DIGESTIVO	41827	Escisión de lesión o tumor (excepto las listadas previamente, estructuras dentoalveolares; con reparación compleja.	13,12	5,00
DIGESTIVO	41828	Escisión de mucosa alveolar hiperplásica; cada cuadrante (especificar)	9,18	5,00
DIGESTIVO	41830	Alveolectomía, incluyendo legrado de osteítis o secuestrectomía	11,69	5,00
DIGESTIVO	41850	Destrucción de lesión (excepto excisión) de estructuras dentoalveolares	0,60	5,00
DIGESTIVO	41870	Injertos de mucosa periodontal	2,70	5,00
DIGESTIVO	41872	Gingivoplastia, cada cuadrante (especificar)	11,13	5,00
DIGESTIVO	41874	Alveoloplastia, cada cuadrante (especificar)	11,27	5,00
DIGESTIVO	41899	Procedimiento que no aparece en la lista, estructuras dentoalveolares	CM	5,00
DIGESTIVO	42000	Drenaje de absceso de paladar, úvula	4,69	5,00
DIGESTIVO	42100	Biopsia de paladar, úvula	4,43	5,00
DIGESTIVO	42104	Excisión de lesión de paladar, úvula; sin cierre	6,34	5,00
DIGESTIVO	42106	Excisión de lesión de paladar, úvula con cierre primario	8,10	5,00
DIGESTIVO	42107	Excisión de lesión de paladar, úvula, con cierre con colgajo local	16,00	5,00

DIGESTIVO	42120	Resección de paladar o resección amplia de lesión	30,24	5,00
DIGESTIVO	42140	Uvulectomía, excisión de la úvula	7,37	5,00
DIGESTIVO	42145	Palatofaringoplastia (ej uvulopalatofaringoplastia, uvulofaringoplastia)	20,93	5,00
DIGESTIVO	42160	Destrucción de la lesión, del paladar o de la úvula (térmica, criogénica o química)	6,82	5,00
DIGESTIVO	42180	Reparación de laceración de paladar; hasta 2 cm	7,16	5,00
DIGESTIVO	42182	Reparación de laceración de paladar mayor de 2 cm o compleja	9,46	5,00
DIGESTIVO	42200	Palatoplastia para paladar hendido, paladar blando y/o duro solamente	25,38	6,00
DIGESTIVO	42205	Palatoplastia para paladar hendido, con cierre de arco alveolar; tejido blando solamente	27,24	6,00
DIGESTIVO	42210	Palatoplastia por paladar hendido, con cierre de borde alveolar; con injerto óseo en el arco alveolar; (incluye la obtención del injerto)	31,07	6,00
DIGESTIVO	42215	Palatoplastia para paladar hendido, revisión completa	21,62	6,00
DIGESTIVO	42220	Palatoplastia para paladar hendido, procedimiento de alargamiento secundario	17,10	6,00
DIGESTIVO	42225	Palatoplastia para paladar hendido, con colgajo faríngeo de fijación	25,82	6,00
DIGESTIVO	42226	Alargamiento de paladar y colgajo faríngeo	26,96	5,00
DIGESTIVO	42227	Alargamiento de paladar y colgajo en isla	25,32	5,00
DIGESTIVO	42235	Corrección del paladar anterior, incluyendo colgajo de vómer	21,57	5,00
DIGESTIVO	42260	Corrección de fístula nasolabial	24,91	5,00
DIGESTIVO	42280	Impresión de maxilar para prótesis palatina	4,86	5,00
DIGESTIVO	42281	Inserción de prótesis palatina retenida con clavijas	6,01	5,00
DIGESTIVO	42299	Procedimiento que no aparece en la lista, paladar, úvula	CM	5,00
DIGESTIVO	42300	Drenaje de absceso de glándula parótida, simple	6,13	5,00
DIGESTIVO	42305	Drenaje de absceso de glándula parótida, complicada	12,90	5,00
DIGESTIVO	42310	Drenaje intraoral de absceso de glándula submaxilar o sublingual	4,73	5,00
DIGESTIVO	42320	Drenaje externo de absceso de glándula submaxilar	7,28	5,00
DIGESTIVO	42330	Sialitotomía submaxilar, sublingual o parotídea, intraoral, no complicada	6,82	5,00
DIGESTIVO	42335	Sialitotomía submaxilar, sublingual o parotídea, intraoral, complicada	10,98	5,00
DIGESTIVO	42340	Sialitotomía; parótida, extraoral o intraoral complicada	13,69	5,00
DIGESTIVO	42400	Biopsia de glándula salivales, aguja	3,06	5,00
DIGESTIVO	42405	Biopsia de glándula salival; Incisional	8,80	5,00
DIGESTIVO	42408	Excisión de quiste salival sublingual (ránula)	13,35	5,00
DIGESTIVO	42409	Marsupialización de quiste salival sublingual (ránula)	9,76	5,00
DIGESTIVO	42410	Excisión de tumor de parótida o de glándula parótida; lóbulo lateral, sin disección de nervio	18,58	5,00
DIGESTIVO	42415	Excisión de tumor de parótida o de glándula parótida; lóbulo lateral, con disección de nervio y preservación de nervio facial	31,53	5,00
DIGESTIVO	42420	Excisión total de tumor parotídeo o de glándula parótida; con disección y preservación de nervio facial	35,40	5,00
DIGESTIVO	42425	Excisión de tumor o de glándula parótida; total, con remoción en bloque y sacrificio de nervio facial	24,95	5,00
DIGESTIVO	42426	Excisión de tumor o de glándula parótida; total, con disección radical unilateral de cuello	40,39	0,00
DIGESTIVO	42440	Excisión de glándula submandibular (submaxilar)	12,26	5,00
DIGESTIVO	42450	Excisión de glándula sublingual	13,32	5,00
DIGESTIVO	42500	Reparación plástica de conducto salival, sialodocoplastia; primaria o simple	12,77	5,00
DIGESTIVO	42505	Reparación plástica de conducto salival, sialodocoplastia, secundaria o complicada	16,36	5,00
DIGESTIVO	42507	Desviación de conducto de la parótida, bilateral (procedimiento tipo Wilke)	14,88	5,00
DIGESTIVO	42509	Desviación de conducto de la parótida, bilateral (procedimiento	25,08	5,00

		tipo Wilke); con excisión de ambas glándulas submandibulares		
DIGESTIVO	42510	Desviación de conducto de la parótida, bilateral (procedimiento tipo Wilke), con ligadura de ambos conductos submandibulares (Wharton)	19,17	5,00
DIGESTIVO	42550	Inyección para sialografía	3,92	5,00
DIGESTIVO	42600	Cierre de fístula salival	13,83	5,00
DIGESTIVO	42650	Dilatación de conducto salival	2,45	5,00
DIGESTIVO	42660	Dilatación y/o Cateterismo de conducto salival, con o sin inyección	3,85	5,00
DIGESTIVO	42665	Ligadura de conducto salival, intraoral	9,25	5,00
DIGESTIVO	42699	Procedimiento que no aparece en la lista, glándulas o conductos salivales	CM	5,00
DIGESTIVO	42700	Incisión y drenaje de absceso periamigdalino	5,54	5,00
DIGESTIVO	42720	Incisión y drenaje de absceso retrofaríngeo o parafaríngeo, por abordaje intraoral	13,44	5,00
DIGESTIVO	42725	Incisión y drenaje de absceso retrofaríngeo o parafaríngeo, por abordaje externo	24,55	5,00
DIGESTIVO	42800	Biopsia de orofarínge	4,64	5,00
DIGESTIVO	42804	Biopsia de nasofarínge, lesión visible, simple	5,68	5,00
DIGESTIVO	42806	Biopsia de nasofarínge, con muestreo por lesión primaria desconocida	6,39	5,00
DIGESTIVO	42808	Excisión o destrucción de lesión de farínge, cualquier método	6,67	5,00
DIGESTIVO	42809	Extracción de cuerpo extraño de farínge	5,88	5,00
DIGESTIVO	42810	Escisión de quiste o vestigio de hendidura braquial, confinada a la piel y tejido subcutáneo	11,32	5,00
DIGESTIVO	42815	Escisión de quiste, vestigio o fístula de hendidura braquial, extendido más allá del tejido subcutáneo y/o hacia la farínge	16,58	5,00
DIGESTIVO	42820	Amigdalectomía y adenoidectomía; menor de 12 años	8,58	5,00
DIGESTIVO	42821	Amigdalectomía y adenoidectomía; 12 años o más	8,95	5,00
DIGESTIVO	42825	Amigdalectomía, primaria o secundaria; menor de 12 años	7,77	5,00
DIGESTIVO	42826	Amigdalectomía, primaria o secundaria; 12 años o más	7,47	5,00
DIGESTIVO	42830	Adenoidectomía primaria; menor de 12 años	6,13	5,00
DIGESTIVO	42831	Adenoidectomía primaria; 12 años o más	6,62	5,00
DIGESTIVO	42835	Adenoidectomía secundaria; menor de 12 años	5,38	5,00
DIGESTIVO	42836	Adenoidectomía secundaria; 12 años o más	7,14	5,00
DIGESTIVO	42842	Resección radical de amígdalas, pilares amigdalinos y/o triángulo retromolar; sin cierre	30,22	7,00
DIGESTIVO	42844	Resección radical de amígdalas, pilares amigdalinos y/o triángulo retromolar; cierre con colgajo local (ej lingual, bucal)	41,62	7,00
DIGESTIVO	42845	Resección radical de amígdalas, pilares amigdalinos y/o triángulo retromolar; cierre con otro tipo de colgajo	67,05	7,00
DIGESTIVO	42860	Extirpación de restos amigdalinos	5,56	5,00
DIGESTIVO	42870	Escisión o destrucción de amígdala lingual, cualquier método (procedimiento separado)	17,65	5,00
DIGESTIVO	42890	Faringuectomía limitada	42,96	7,00
DIGESTIVO	42892	Resección de la pared faríngea lateral o seno piriforme con cierre directo mediante avance de las paredes faríngeas lateral y posterior	56,78	7,00
DIGESTIVO	42894	Resección de la pared faríngea que requiere cierre con colgajo miocutáneo o colgajo fasciocutáneo o colgajo libre de músculo, piel o fascial, con anastomosis microvascular	71,37	7,00
DIGESTIVO	42900	Sutura de farínge por herida o lesión	10,08	5,00
DIGESTIVO	42950	Faringoplastia (plástica o reconstructiva)	24,29	5,00
DIGESTIVO	42953	Reparación faringoesofágica	29,17	7,00
DIGESTIVO	42955	Faringostomía (fistulización externa de farínge, para alimentación)	22,65	5,00
DIGESTIVO	42960	Control de hemorragia orofaríngea, primaria o secundaria (P. ej. post-amigdalectomía); simple.	5,06	5,00
DIGESTIVO	42961	Control de hemorragia orofaríngea, primaria o secundaria (P. ej.	12,54	5,00

		post-amigdalectomía); complicada, que requiera hospitalización.		
DIGESTIVO	42962	Control de hemorragia orofaríngea, primaria o secundaria (P. ej. post-amigdalectomía); con intervención quirúrgica secundaria.	15,46	5,00
DIGESTIVO	42970	Control de hemorragia nasofaríngea, primaria o secundaria (P. ej. post-adenoidectomía); simple, con empaque nasal posterior, con o sin empaques anteriores y/o cauterización.	12,14	0,00
DIGESTIVO	42971	Control de hemorragia nasofaríngea, primaria o secundaria (P. ej. post-adenoidectomía); con complicaciones, que requiera hospitalización.	13,71	5,00
DIGESTIVO	42972	Control de hemorragia nasofaríngea, primaria o secundaria (P. ej. post-adenoidectomía); con intervención quirúrgica secundaria.	15,21	5,00
DIGESTIVO	42999	Procedimiento que no aparece en la lista, faringe, adenoides, o amígdalas.	CM	5,00
DIGESTIVO	43020	Esofagotomía, abordaje cervical, con remoción de cuerpo extraño	15,95	6,00
DIGESTIVO	43030	Miotomía cricofaríngea	15,47	6,00
DIGESTIVO	43045	Esofagotomía, abordaje torácico, con extirpación de cuerpo extraño	39,91	15,00
DIGESTIVO	43100	Escisión de lesión de esófago, con corrección primaria; abordaje cervical	18,51	6,00
DIGESTIVO	43101	Escisión de lesión de esófago, con corrección primaria; abordaje torácico o abdominal	32,66	15,00
DIGESTIVO	43107	Esofaguetomía total o casi total, sin toracotomía, con faringogastrotomía o esofagogastrotomía cervical, con o sin piloroplastia (transhiatal)	78,63	15,00
DIGESTIVO	43108	Esofaguetomía total o casi total, sin toracotomía, con interposición de colon o reconstrucción de intestino delgado, incluyendo movilización, preparación y anastomosis de intestino	143,72	15,00
DIGESTIVO	43112	Esofaguetomía total o casi total, con toracotomía, con faringogastrotomía o esofagogastrotomía cervical, con o sin piloroplastia (esofaguetomía de McKeown o esofaguetomía tri-incisional)	83,17	15,00
DIGESTIVO	43113	Esofaguetomía total o casi total, con toracotomía, con interposición de colon o reconstrucción de intestino delgado, incluyendo movilización, preparación y anastomosis de intestino	134,74	15,00
DIGESTIVO	43116	Esofaguetomía parcial, cervical, con injerto intestinal libre, incluyendo anastomosis microvascular, con obtención del injerto y reconstrucción intestinal	158,07	15,00
DIGESTIVO	43117	Esofaguetomía parcial, dos tercios distales, con toracotomía e incisión abdominal separada, con o sin gastrectomía proximal; con esofagogastrotomía torácica, con o sin piloroplastia (Ivor Lewis)	75,99	15,00
DIGESTIVO	43118	Esofaguetomía parcial, 2/3 distales, con toracotomía e incisión abdominal separada, con o sin gastrectomía proximal, con interposición de colon o reconstrucción de intestino delgado, incluida la movilización, preparación y anastomosis del intestino	116,58	15,00
DIGESTIVO	43121	Esofaguetomía parcial, 2/3 distales, con toracotomía solamente, con o sin gastrectomía proximal, con esofagogastrotomía torácica, con o sin piloroplastia	87,91	15,00
DIGESTIVO	43122	Esofaguetomía parcial, abordaje abdominal o toracoabdominal, con o sin gastrectomía proximal, con esofagogastrotomía torácica, con o sin piloroplastia	78,75	15,00
DIGESTIVO	43123	Esofaguetomía parcial, abordaje abdominal o toracoabdominal, con o sin gastrectomía proximal, con interposición de colon o reconstrucción de intestino delgado, incluyendo la movilización, preparación y anastomosis del intestino	144,82	15,00
DIGESTIVO	43124	Esofaguetomía total o parcial, sin reconstrucción (cualquier abordaje), con esofagotomía cervical	118,08	15,00
DIGESTIVO	43130	Diverticulectomía de hipofaringe o esófago, con o sin miotomía,	23,59	6,00

		abordaje cervical		
DIGESTIVO	43135	Diverticulectomía de hipofaringe o esófago, con o sin miotomía, abordaje torácico	45,54	15,00
DIGESTIVO	43180	Esofagoscopia, rígida, transoral con diverticulectomía de hipofaringe o esófago cervical (por ejemplo, divertículo de Zenker), con miotomía cricofaríngea, incluye uso de telescopio o microscopio operativo y reparación, cuando se realice	16,39	5,00
DIGESTIVO	43191	Esofagoscopia rígida, transoral; diagnóstica, incluyendo colección de muestra(s) por cepillado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	4,63	5,00
DIGESTIVO	43192	Esofagoscopia rígida, transoral; con inyección(es) submucosa dirigidas (s), cualquier sustancia	5,09	5,00
DIGESTIVO	43193	Esofagoscopia rígida, transoral; con biopsia, única o múltiple	5,09	5,00
DIGESTIVO	43194	Esofagoscopia rígida, transoral; con retiro de cuerpo extraño	5,86	5,00
DIGESTIVO	43195	Esofagoscopia rígida, transoral; con dilatación con balón (menor de 30 mm de diámetro)	5,55	5,00
DIGESTIVO	43196	Esofagoscopia rígida, transoral; con inserción de guía de alambre seguido de dilatación sobre la misma guía de alambre	5,94	5,00
DIGESTIVO	43197	Esofagoscopia flexible, transnasal; diagnóstica, incluye colección de muestra(s) mediante cepillado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	5,47	5,00
DIGESTIVO	43198	Esofagoscopia flexible, transnasal; con biopsia, única o múltiple	6,07	5,00
DIGESTIVO	43200	Esofagoscopia flexible; diagnóstica, incluye recolección de especímenes por cepillado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	6,24	5,00
DIGESTIVO	43201	Esofagoscopia, flexible, transoral; con inyección(es) submucosa dirigida (s) de cualquier sustancia	6,39	5,00
DIGESTIVO	43202	Esofagoscopia, flexible; con biopsia, única o múltiple	8,83	5,00
DIGESTIVO	43204	Esofagoscopia flexible con inyección de sustancia esclerosante en várices esofágicas	5,70	5,00
DIGESTIVO	43205	Esofagoscopia, flexible; con ligadura con banda elástica de várices esofágicas	6,10	5,00
DIGESTIVO	43206	Esofagoscopia flexible, transoral; con endomicroscopia óptica	7,69	5,00
DIGESTIVO	43210	Esofagogastroduodenoscopia, flexible, transoral; con fundoplastia esofagagástrica, parcial o completa, incluye duodenoscopia cuando se realiza	13,20	5,00
DIGESTIVO	43211	Esofagoscopia, flexible; con resección endoscópica de mucosa	7,17	5,00
DIGESTIVO	43212	Esofagoscopia flexible; con colocación de stent endoscópico (incluye pre y post dilatación y pasaje de guía de alambre, cuando se realice)	5,84	5,00
DIGESTIVO	43213	Esofagoscopia flexible, con dilatación de esófago, mediante balón o dilatador, por vía retrógrada (incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realice)	32,94	5,00
DIGESTIVO	43214	Esofagoscopia flexible; con dilatación de esófago con balón (30 mm de diámetro o mayor) (incluye guía fluoroscópica, cuando se realice)	5,86	5,00
DIGESTIVO	43215	Esofagoscopia, flexible, transoral; con extirpación de cuerpo extraño	10,40	5,00
DIGESTIVO	43216	Esofagoscopia, flexible, transoral; con extirpación de tumores, pólipos, u otras lesiones con pinza de biopsia caliente o cauterio bipolar	10,25	5,00
DIGESTIVO	43217	Esofagoscopia, flexible, transoral; con extirpación de tumores, pólipos, u otras lesiones mediante técnica con asa	10,97	5,00
DIGESTIVO	43220	Esofagoscopia, flexible, transoral; con dilatación con balón (menor de 30 mm de diámetro)	30,52	5,00
DIGESTIVO	43226	Esofagoscopia, flexible, transoral; con inserción de alambre guía seguida de dilatación sobre el alambre guía	9,17	5,00
DIGESTIVO	43227	Esofagoscopia, flexible, transoral; con control de sangrado, cualquier método	17,99	5,00

DIGESTIVO	43229	Esofagoscopia flexible, transoral; con ablación de tumor(es), pólipo(s), otra(s) lesión(es) (incluye dilatación pre y post, y pasaje de guía de alambre, cuando se realice)	18,54	5,00
DIGESTIVO	43231	Esofagoscopia flexible, transoral con ecografía endoscópica	9,67	5,00
DIGESTIVO	43232	Esofagoscopia, flexible, transoral; con aspiración / biopsia por aspiración con aguja fina intramural o transmural guiada por ecografía transendoscópica	11,61	5,00
DIGESTIVO	43233	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con dilatación de esófago con balón (30 mm de diámetro o mayor) (incluye guía fluoroscópica, cuando se realice)	6,94	5,00
DIGESTIVO	43235	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con fines diagnósticos, incluyendo colección de muestra(s) mediante cepillado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	7,40	5,00
DIGESTIVO	43236	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con inyecciones submucosas dirigidas de cualquier sustancia	9,47	5,00
DIGESTIVO	43237	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con examen endoscópico ecográfico limitado al esófago, estómago o duodeno y estructuras adyacentes	5,94	5,00
DIGESTIVO	43238	Esofagogastroduodenoscopia, flexible, transoral; con biopsia por aspiración / biopsia intramural o transmural guiada por ecografía transendoscópica (incluye examen de ultrasonido endoscópico limitado al esófago, estómago o duodeno y estructuras adyacentes)	7,08	5,00
DIGESTIVO	43239	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con biopsia, única o múltiple	9,87	5,00
DIGESTIVO	43240	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con drenaje transmural de pseudoquistes (incluye colocación de catéter(es)/stent(s) de drenaje transmural, cuando se realice, ecografía endoscópica, cuando se realice)	11,95	5,00
DIGESTIVO	43241	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con inserción de sonda o catéter intraluminal	4,34	5,00
DIGESTIVO	43242	Esofagogastroduodenoscopia, flexible, transoral; con aspiración / biopsia intramural o transmural con aguja fina transendoscópica (incluye examen de ultrasonido endoscópico del esófago, el estómago y el duodeno o un estómago alterado quirúrgicamente donde se examina el yeyuno distal a la anastomosis)	9,00	5,00
DIGESTIVO	43243	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con esclerosis, mediante inyección, de várices esofágicas y/o gástricas	7,21	5,00
DIGESTIVO	43244	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con ligadura elástica de várices esofágicas y/o gástricas	7,46	5,00
DIGESTIVO	43245	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con dilatación de estenosis de cardias/piloro obstruido (p.ej. Balón, sonda)	15,87	5,00
DIGESTIVO	43246	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con colocación dirigida de tubo percutáneo de gastrostomía	7,10	5,00
DIGESTIVO	43247	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con extirpación de cuerpo extraño. Realizado con Videoendoscopia	10,12	5,00
DIGESTIVO	43248	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con inserción de alambre guía seguida de dilatación de esófago sobre el alambre guía	10,11	5,00
DIGESTIVO	43249	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con dilatación de esófago con balón (menos de 30 mm de diámetro)	28,97	5,00
DIGESTIVO	43250	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con extirpación de tumores, pólipos, u otras lesiones con pinza de biopsia caliente o cauterio bipolar	11,48	5,00
DIGESTIVO	43251	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con extirpación de tumores, pólipos, u otras lesiones mediante técnica de asa	12,70	5,00
DIGESTIVO	43252	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con endomicroscopia óptica	8,76	5,00
DIGESTIVO	43253	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con inyección	7,98	5,00

		transmural orientada por ultrasonido transendoscópico de sustancia(s) diagnóstica(s) o terapéutica(s) (p. ej., anestésico, agente neurolítico) o marcador (s) de reparo (incluye examen de ultrasonido endoscópico del esófago, el estómago y el duodeno o un estómago alterado quirúrgicamente donde se examina el yeyuno distal a la anastomosis)		
DIGESTIVO	43254	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con resección endoscópica de mucosa	8,23	5,00
DIGESTIVO	43255	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral ; con control de sangrado, cualquier método	19,06	5,00
DIGESTIVO	43257	Esofagogastroduodenoscopia flexible; con administración de calor al músculo del esfínter esofágico inferior y/o al cardias gástrico para el tratamiento del reflujo gastroesofágico	7,08	5,00
DIGESTIVO	43259	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con ultrasonografía endoscópica, incluyendo esófago, estómago y el duodeno o estómago quirúrgicamente modificado en el que se examina el yeyuno distal a la anastomosis	8,50	5,00
DIGESTIVO	43260	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); diagnóstica, incluyendo recolección de especímenes mediante cepillado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	9,79	5,00
DIGESTIVO	43261	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); biopsia simple o múltiple	10,29	5,00
DIGESTIVO	43262	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); con esfinterotomía/papilotomía	10,86	5,00
DIGESTIVO	43263	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); con medición de presión del esfínter de Oddi (conducto pancreático o colédoco)	10,89	5,00
DIGESTIVO	43264	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); con extracción endoscópica retrógrada de cálculo(s) de los conductos biliares y/o pancreáticos	12,50	5,00
DIGESTIVO	43265	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); con destrucción de cálculos por cualquier método (p.ej. Mecánica, litotripsia, electrohidráulica)	13,18	5,00
DIGESTIVO	43266	Esofagogastroduodenoscopia flexible; con colocación de stent (incluye pre y post dilatación y pasaje de alambre de guía, cuando se realice)	6,66	5,00
DIGESTIVO	43270	Esofagogastroduodenoscopia flexible, transoral; con ablación de tumor(es), pólipo(s); u otra(s) lesión(es) (incluye pre y post dilatación, y pasaje de guía de alambre, cuando se realice)	19,14	5,00
DIGESTIVO	43273	Canulación endoscópica de la papila con visualización directa de los conductos biliares comun(es) y/o conducto(s) pancreático(s) (Registrar separadamente además de los código(s) para el procedimiento principal)	3,64	5,00
DIGESTIVO	43274	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); con colocación de stent en el tracto biliar o pancreático, incluyendo pre y post dilatación, y pasaje de alambre de guía, cuando se realice, incluye esfinterotomía, cuando se realice, cada stent	14,08	5,00
DIGESTIVO	43275	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); con retiro de cuerpo(s) extraño(s) o stent(s) de conducto(s) biliar/pancreático	11,45	5,00
DIGESTIVO	43276	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE); con extracción e intercambio de stent (s), conducto biliar o pancreático, incluida la dilatación previa y posterior y el paso del alambre guía, cuando se realiza, incluida la esfinterotomía, cuando se realiza, cada stent intercambiado	14,66	5,00
DIGESTIVO	43277	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE); con dilatación con balón transendoscópico de los conductos biliares / pancreáticos o de la ampolla (esfinteroplastia), incluida la esfinterotomía, cuando se realiza, cada conducto	11,51	5,00
DIGESTIVO	43278	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); con	13,17	5,00

		ablación de tumor(es), pólipo(s) u otras lesión(es), incluyendo pre y post dilatación, y paso de la guía de alambre, cuando se realice		
DIGESTIVO	43279	Laparoscopia quirúrgica, esofagomiotomía (tipo Heller), con fundoplastia, cuando se realiza	39,64	5,00
DIGESTIVO	43280	Fundoplastia esofagogastrica (P. ej. procedimientos de Nissen, Toupet) por laparoscopia	33,15	7,00
DIGESTIVO	43281	Laparoscopia quirúrgica, reparación de hernia paraesofagica, incluye fundoplastia, cuando se realiza, sin implantación de malla	47,44	7,00
DIGESTIVO	43282	Laparoscopia quirúrgica, reparación de hernia paraesofagica, incluye fundoplastia, cuando se realiza, con implantación de malla	53,39	7,00
DIGESTIVO	43283	Laparoscopia quirúrgica, procedimiento de alargamiento esofagico (p.ej. Gastroplastia de Collis o gastroplastia en cuña) (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	4,91	7,00
DIGESTIVO	43284	Laparoscopia quirúrgica, procedimiento de aumento del esfinter esofagico, colocación del dispositivo de aumento del esfinter (es decir, banda magnetica), incluida la cruroplastia cuando se realiza	19,82	7,00
DIGESTIVO	43285	Extracción del dispositivo de aumento del esfinter esofagico	20,07	6,00
DIGESTIVO	43286	Esofagectomia total o casi total, con movilización laparoscópica del esofago abdominal y mediastínico y gastrectomia proximal, con procedimiento de drenaje pilórico laparoscópico si se realiza, con faringogastrostomia cervical abierta o esofagogastrostomia (es decir, esofagectomia transhiatal laparoscópica)	95,67	6,00
DIGESTIVO	43287	Esofagectomia, dos tercios distales, con movilización laparoscópica del esofago abdominal y mediastínico inferior y gastrectomia proximal, con procedimiento de drenaje pilórico laparoscópico si se realiza, con movilización toracoscópica separada del esofago mediastínico medio y superior y esofagogastrostomia torácica (es decir, toracosopia, esofagogastrostomia torácica laparoscópica). Ivor Lewis esofagectomia	109,51	6,00
DIGESTIVO	43288	Esofagectomia, total o casi total, con movilización toracoscópica del esofago mediastínico superior, medio e inferior, con gastrectomia proximal laparoscópica separada, con procedimiento de drenaje pilórico laparoscópico si se realiza, con faringogastrostomia cervical abierta o esofagogastrostomia abierta (es decir, esofagectomia laparoscópica e incisiva, esofagectomia de McKeown, esofagectomia tri-incisional)	113,97	6,00
DIGESTIVO	43289	Procedimiento laparoscopico en esofago no listado	CM	7,00
DIGESTIVO	43300	Esofagoplastia (reparación o reconstrucción plastica), abordaje cervical, sin reparacion de fistula traqueoesofagica	19,00	6,00
DIGESTIVO	43305	Esofagoplastia (reparación o reconstrucción plastica), abordaje cervical, con reparacion de fistula traqueoesofagica	32,64	6,00
DIGESTIVO	43310	Esofagoplastia (reparación o reconstrucción plastica), abordaje torácico, sin reparacion de fistula traqueoesofagica	45,38	15,00
DIGESTIVO	43312	Esofagoplastia (reparación o reconstrucción plastica), abordaje torácico, con reparacion de fistula traqueoesofagica	49,37	15,00
DIGESTIVO	43313	Esofagoplastia para tratamiento de defectos congenitos (reparación o reconstrucción plastica), abordaje torácico, sin reparacion de fistula traqueoesofagica	81,41	15,00
DIGESTIVO	43314	Esofagoplastia para tratamiento de defectos congenitos (reparación o reconstrucción plastica), abordaje torácico, con reparacion de fistula traqueoesofagica	91,13	15,00
DIGESTIVO	43320	Esofagogastrostomia (cardioplastia), con o sin vagotomia o piloroplastia, abordaje transtorácico o transabdominal	42,42	7,00
DIGESTIVO	43325	Fundoplastia esofagogastrica, con parche fundico	40,94	7,00

		(procedimiento de Thal-Nissen)		
DIGESTIVO	43327	Fundoplastia esofagogastrica parcial o completa; laparotomia	25,10	7,00
DIGESTIVO	43328	Fundoplastia esofagogastrica parcial o completa; toracotomia	34,68	7,00
DIGESTIVO	43330	Esofagomiotomia (tipo Heller); abordaje abdominal	41,01	7,00
DIGESTIVO	43331	Esofagomiotomia (tipo Heller); abordaje toracico	41,06	15,00
DIGESTIVO	43332	Reparacion de hernia hiatal paraesofagica (incluyendo funduplicacion), via laparotomia, excepto la neonatal; sin implante de malla u otra protesis	35,63	7,00
DIGESTIVO	43333	Reparacion de hernia hiatal paraesofagica (incluyendo funduplicacion), via laparotomia, excepto la neonatal; con implante de malla u otra protesis	38,92	7,00
DIGESTIVO	43334	Reparacion de hernia hiatal paraesofagica (incluyendo funduplicacion), via toracotomia, excepto la neonatal; sin implante de malla u otra protesis	38,52	15,00
DIGESTIVO	43335	Reparacion de hernia hiatal paraesofagica (incluyendo funduplicacion), via toracotomia, excepto la neonatal; con implante de malla u otra protesis	41,35	15,00
DIGESTIVO	43336	Reparacion de hernia hiatal paraesofagica (incluyendo funduplicacion), via incision toracoabdominal, excepto la neonatal; sin implante de malla u otra protesis	46,31	15,00
DIGESTIVO	43337	Reparacion de hernia hiatal paraesofagica (incluyendo funduplicacion), via incision toracoabdominal, excepto la neonatal; con implante de malla u otra protesis	49,95	15,00
DIGESTIVO	43338	Procedimiento de alargamiento esofagico (p.ej. Gastroplastia de Collis o gastroplastia en cuña) (registrar separadamente ademàs del código para el procedimiento primario)	3,70	7,00
DIGESTIVO	43340	Esofagoyeyunostomia (sin gastrectomia total), abordaje abdominal.	42,00	7,00
DIGESTIVO	43341	Esofagoyeyunostomia (sin gastrectomia total), abordaje toracico.	43,20	15,00
DIGESTIVO	43351	Esofagostomia, fistulizacion externa de esofago, abordaje toracico.	42,12	15,00
DIGESTIVO	43352	Esofagostomia, fistulizacion externa de esofago, abordaje cervical.	32,84	6,00
DIGESTIVO	43360	Reconstruccion gastrointestinal por esofaguectomia previa, por lesion o fistula obstructiva esofagica o por exclusion esofagica previa, con estomago, con o sin piloroplastia.	72,49	15,00
DIGESTIVO	43361	Reconstruccion gastrointestinal por esofaguectomia previa, por lesion o fistula obstructiva esofagica o por exclusion esofagica previa, con interposicion de colon o intestino delgado, incluida la movilizacion y anastomosis del intestino	79,21	15,00
DIGESTIVO	43400	Ligadura directa de varices esofagicas	44,57	15,00
DIGESTIVO	43401	Transeccion del esofago con reparacion, para varices esofagicas	44,29	15,00
DIGESTIVO	43405	Ligadura o engrapado de la union gastroesofagica por perforacion esofagica preexistente	46,72	7,00
DIGESTIVO	43410	Sutura de herida o lesion esofagica por abordaje cervical	32,10	6,00
DIGESTIVO	43415	Sutura de herida o lesion esofagica, por abordaje transtoracico o transabdominal	78,98	15,00
DIGESTIVO	43420	Cierre de esofagostomia o fistula, via cervical	30,47	6,00
DIGESTIVO	43425	Cierre de esofagostomia o fistula, por abordaje transtoracico o transabdominal	44,74	15,00
DIGESTIVO	43450	Dilatacion de esofago, mediante dilatador sin guia, en intento unico o multiple	4,53	5,00
DIGESTIVO	43453	Dilatacion de esofago, mediante dilatador con guia	25,85	5,00
DIGESTIVO	43460	Taponamiento esofagogastrico, con balon (tipo Sengstaaken)	6,47	5,00
DIGESTIVO	43496	Transferencia de yeyuno libre con anastomosis microvascular	50,00	15,00
DIGESTIVO	43499	Procedimiento en esofago que no aparece en la lista	CM	15,00
DIGESTIVO	43500	Gastrotomia; con exploracion o extirpacion de cuerpo extraño	24,00	7,00
DIGESTIVO	43501	Gastrotomia con sutura de ulcera sangrante	41,29	7,00

DIGESTIVO	43502	Gastrotomía con sutura de laceración esofagogástrica preexistente (P. ej. Mallory-Weiss).	46,26	7,00
DIGESTIVO	43510	Gastrotomía con dilatación esofágica e inserción de prótesis endoluminal permanente (P. ej. Celestin o Mousseaux-Barbin)	28,36	7,00
DIGESTIVO	43520	Piloromiotomía, corte de músculo pilórico (procedimiento de Fredet-Ramstedt)	21,01	7,00
DIGESTIVO	43605	Biopsia de estómago por laparotomía	25,75	7,00
DIGESTIVO	43610	Escisión local de úlcera o tumor benigno de estómago.	30,01	7,00
DIGESTIVO	43611	Escisión local de tumor maligno de estómago.	37,47	7,00
DIGESTIVO	43620	Gastrectomía total, con esofagoenterostomía	60,41	7,00
DIGESTIVO	43621	Gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux.	69,76	7,00
DIGESTIVO	43622	Gastrectomía total con formación de reservorio intestinal, cualquier tipo	70,46	7,00
DIGESTIVO	43631	Gastrectomía parcial distal, con gastroduodenostomía	44,49	7,00
DIGESTIVO	43632	Gastrectomía parcial distal, con gastroyeyunostomía	62,45	7,00
DIGESTIVO	43633	Gastrectomía parcial distal con reconstrucción en Y de Roux.	59,05	7,00
DIGESTIVO	43634	Gastrectomía parcial distal con formación de reservorio intestinal	65,15	7,00
DIGESTIVO	43635	Vagotomía realizada junto con gastrectomía distal parcial. (Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	3,49	7,00
DIGESTIVO	43640	Vagotomía incluyendo piloroplastía, con o sin gastrostomía, troncal o selectiva	36,12	7,00
DIGESTIVO	43641	Vagotomía incluyendo piloroplastía, con o sin gastrostomía; de células parietales (altamente selectiva)	36,46	7,00
DIGESTIVO	43644	Procedimiento restrictivo gástrico por laparoscopia, con bypass gástrico y gastroenterostomía en Y de Roux (brazo de roux de 150 cm o menos)	25,30	7,00
DIGESTIVO	43645	Procedimiento restrictivo gástrico por laparoscopia, con bypass gástrico y reconstrucción del intestino delgado para limitar la absorción	27,30	7,00
DIGESTIVO	43647	Implantación o remplazo de electrodos gástricos neuroestimuladores en el antro mediante laparoscopia	29,00	7,00
DIGESTIVO	43648	Revisión o remoción de electrodos gástricos neuroestimuladores en el antro mediante laparoscopia	29,00	7,00
DIGESTIVO	43651	Vagotomía troncular por laparoscopia	19,94	7,00
DIGESTIVO	43652	Vagotomía selectiva o ultraselectiva por laparoscopia	29,90	7,00
DIGESTIVO	43653	Gastrostomía por laparoscopia, sin construcción de tubo gástrico (P. ej. procedimiento de Stamm) (procedimiento separado)	17,43	7,00
DIGESTIVO	43659	Procedimiento laparoscopico en estómago no incluido en la lista	CM	7,00
DIGESTIVO	43752	Colocación de tubo naso u orogástrico que requiere las habilidades de un médico y guía fluoroscópica (incluye fluoroscopia, documentación con imágenes e informe)	1,21	5,00
DIGESTIVO	43753	Intubación gástrica y aspiración(es) terapéutica(s), que requiere la habilidad médica (p.ej. Por hemorragia gastrointestinal), incluyendo lavado si se realiza	3,51	5,00
DIGESTIVO	43754	Intubación gástrica y aspiración, diagnóstica; muestra simple (p.ej. Análisis de ácido)	3,51	5,00
DIGESTIVO	43755	Intubación gástrica y aspiración, diagnóstica; colección de muestras múltiples fraccionadas, con estimulación gástrica, por tubo de luz simple o doble (estudio secretorio gástrico) (p.ej. Histamina, insulina, pentagastrina, calcio,secretina) incluye la administración del medicamento	3,98	5,00
DIGESTIVO	43756	Intubación y aspiración duodenal, diagnóstica, incluye la orientación por imágenes; muestra simple (p.ej. Estudio biliar de cristales o cultivo de asa aferente)	5,78	5,00
DIGESTIVO	43757	Intubación duodenal y aspiración, diagnóstica, incluye guía por imágenes; colección de múltiples muestras fraccionadas con estimulación pancreática o de vesicula biliar, tubo de luz única o	8,33	5,00

		doble, incluye la administración del fármaco		
DIGESTIVO	43760	Cambio percutáneo de tubo de gastrostomía, sin guía de imágenes o endoscopia	13,96	4,00
DIGESTIVO	43761	Recolocación de tubo de alimentación naso u orogástrico, a través de duodeno, para nutrición enteral	3,45	4,00
DIGESTIVO	43770	Laparoscopia quirúrgica, procedimiento restrictivo gástrico; colocación de dispositivo restrictivo gástrico ajustable (P. ej. banda gástrica y componentes de puerto subcutáneo)	19,30	7,00
DIGESTIVO	43771	Laparoscopia quirúrgica, procedimiento restrictivo gástrico; revisión (solamente) de dispositivo restrictivo gástrico ajustable	22,20	7,00
DIGESTIVO	43772	Laparoscopia quirúrgica, procedimiento restrictivo gástrico; remoción (solamente) de dispositivo restrictivo gástrico ajustable	16,90	7,00
DIGESTIVO	43773	Laparoscopia quirúrgica, procedimiento restrictivo gástrico; remoción y remplazo (solamente) de dispositivo restrictivo gástrico ajustable	22,20	7,00
DIGESTIVO	43774	Laparoscopia quirúrgica, procedimiento restrictivo gástrico; remoción de dispositivo restrictivo gástrico ajustable y puertos subcutáneos	16,90	7,00
DIGESTIVO	43775	Laparoscopia quirúrgica, procedimiento gástrico restrictivo; gastrectomía longitudinal (por ejemplo, gastrectomía en manga)	CM	0,00
DIGESTIVO	43800	Piloroplastía	28,48	7,00
DIGESTIVO	43810	Gastroduodenostomía	31,06	7,00
DIGESTIVO	43820	Gastroyeyunostomía sin vagotomía	41,13	7,00
DIGESTIVO	43825	Gastroyeyunostomía con vagotomía, cualquier tipo	39,57	7,00
DIGESTIVO	43830	Gastrostomía, abierta; sin construcción de tubo gástrico (p.ej. Procedimiento de Stamm) (procedimiento separado)	21,29	7,00
DIGESTIVO	43831	Gastrostomía abierta; neonatal, para alimentación	17,00	7,00
DIGESTIVO	43832	Gastrostomía, abierta, con construcción de tubo gástrico (ej procedimiento de Janeway)	31,73	7,00
DIGESTIVO	43840	Gastrorrafia, sutura de úlcera duodenal o gástrica perforada, herida o lesión	41,66	7,00
DIGESTIVO	43842	Procedimiento gástrico restrictivo por obesidad mórbida, sin derivación (bypass) gástrica; gastroplastía con banda vertical	22,10	10,00
DIGESTIVO	43843	Procedimiento gástrico restrictivo por obesidad mórbida, sin derivación (bypass) gástrica; cualquier otra gastroplastía que no sea con banda vertical	22,10	10,00
DIGESTIVO	43845	Procedimiento restrictivo de estómago con gastrectomía parcial, ileoileostomía y duodenoileostomía con preservación de píloro (50 a 100 cm de canal común) para limitación de la absorción (derivación biliopancreática con interruptor duodenal)	26,20	10,00
DIGESTIVO	43846	Procedimiento gástrico restrictivo por obesidad mórbida, con derivación (bypass) gástrica, con gastroenterostomía en Y de Roux con asa corta (150 cm o menos)	23,40	10,00
DIGESTIVO	43847	Procedimiento gástrico restrictivo por obesidad mórbida, con derivación (bypass) gástrica, con reconstrucción del intestino delgado para limitar absorción.	28,60	10,00
DIGESTIVO	43848	Revisión abierta de procedimiento gástrico restrictivo por obesidad mórbida, que no sea un dispositivo gástrico restrictivo ajustable (procedimiento separado)	29,90	10,00
DIGESTIVO	43850	Reparación de anastomosis gastroduodenal (gastroduodenostomía) sin reconstrucción de anastomosis, sin vagotomía	49,46	7,00
DIGESTIVO	43855	Reparación de anastomosis gastroduodenal (gastroduodenostomía) sin reconstrucción de anastomosis, con vagotomía	50,59	7,00
DIGESTIVO	43860	Reparación de anastomosis gastroyeyunal (gastroyeyunostomía) con reconstrucción, con o sin gastrectomía parcial o resección intestinal, sin vagotomía	50,17	7,00

DIGESTIVO	43865	Reparación de anastomosis gastroyeyunal (gastroyeyunostomía) con reconstrucción, con o sin gastrectomía parcial o resección intestinal, con vagotomía	51,89	7,00
DIGESTIVO	43870	Cierre quirúrgico de gastrostomía	21,70	7,00
DIGESTIVO	43880	Cierre de fístula gastrocólica	49,07	7,00
DIGESTIVO	43881	Implantación o remplazo de electrodos gástricos neuroestimuladores en el antro mediante cirugía abierta	29,00	7,00
DIGESTIVO	43882	Revisión o remoción de electrodos gástricos neuroestimuladores en el antro mediante cirugía abierta	31,00	7,00
DIGESTIVO	43886	Procedimiento gástrico restrictivo abierto; revisión (únicamente) del puerto subcutáneo	5,30	7,00
DIGESTIVO	43887	Procedimiento gástrico restrictivo abierto; remoción (únicamente) del puerto subcutáneo	5,20	7,00
DIGESTIVO	43888	Procedimiento gástrico restrictivo abierto; remoción y remplazo (únicamente) del puerto subcutáneo	7,40	7,00
DIGESTIVO	43999	Procedimiento en estómago que no aparece en la lista	CM	7,00
DIGESTIVO	44005	Enterolisis, (liberación de adherencias intestinales) (procedimiento separado)	33,56	6,00
DIGESTIVO	44010	Duodenotomía para exploración, biopsia, remoción de cuerpo extraño.	26,27	7,00
DIGESTIVO	44015	Yeyunostomía con tubo o catéter, para alimentación enteral, realizada durante una cirugía, por cualquier método (registrar por separado adicionalmente al código primario)	8,50	0,00
DIGESTIVO	44020	Enterotomía, intestino delgado diferente a duodeno, para exploración, biopsia, o remoción de cuerpo extraño.	29,80	6,00
DIGESTIVO	44021	Enterotomía, intestino delgado diferente a duodeno, para descompresión (P. ej. tubo de Baker)	29,78	6,00
DIGESTIVO	44025	Colotomía para exploración, biopsia, remoción de cuerpo extraño.	30,04	6,00
DIGESTIVO	44050	Reducción de vólvulo, intususcepción, hernia interna, mediante laparotomía	28,61	6,00
DIGESTIVO	44055	Corrección de malrotación mediante lisis de bandas duodenales y/o reducción de vólvulo de intestino medio (p.ej. Procedimiento de Ladd)	45,72	7,00
DIGESTIVO	44100	Biopsia de intestino mediante cápsula o tubo, vía peroral (una o más muestras)	3,29	5,00
DIGESTIVO	44110	Escisión de una o más lesiones de intestino delgado o grueso que no requieren anastomosis, exteriorización o fistulización; enterotomía única	26,03	6,00
DIGESTIVO	44111	Escisión de una o más lesiones de intestino delgado o grueso que no requieren anastomosis, exteriorización o fistulización; enterotomías múltiples	29,93	6,00
DIGESTIVO	44120	Enterectomía, resección del intestino delgado, resección y anastomosis únicas	37,51	7,00
DIGESTIVO	44121	Enterectomía, resección del intestino delgado, cada resección y anastomosis adicionales. (registrar por separado adicionalmente al código primario)	7,47	0,00
DIGESTIVO	44125	Enterectomía, resección del intestino delgado, con enterostomía	36,13	7,00
DIGESTIVO	44126	Enterectomía; resección de intestino delgado debido a atresia congénita, anastomosis y resección únicas de segmento proximal de intestino sin reducción del calibre de las asas	74,67	7,00
DIGESTIVO	44127	Enterectomía; resección de intestino delgado debido a atresia congénita, anastomosis y resección únicas de segmento proximal de intestino con reducción gradual del calibre de las asas	84,80	7,00
DIGESTIVO	44128	Enterectomía; resección de intestino delgado debido a atresia congénita, cada anastomosis y resección de segmento proximal de intestino adicional (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	7,55	0,00

DIGESTIVO	44130	Enteroenterostomía, anastomosis de intestino, con o sin enterostomía cutánea (procedimiento separado)	40,20	7,00
DIGESTIVO	44132	Enterectomía abierta en donante, (incluye preservación en frío), de donante cadavérico	14,00	7,00
DIGESTIVO	44133	Enterectomía abierta en donante, (incluye preservación en frío), de donante vivo	24,00	7,00
DIGESTIVO	44135	Alotransplante intestinal, de donante cadavérico	40,00	7,00
DIGESTIVO	44136	Alotransplante intestinal, de donante vivo	45,00	7,00
DIGESTIVO	44137	Remoción completa de aloinjerto intestinal trasplantado	20,00	7,00
DIGESTIVO	44139	Movilización (desmontaje) de ángulo esplénico realizado en conjunto con colectomía parcial (registrar por separado adicionalmente al código primario)	3,75	7,00
DIGESTIVO	44140	Colectomía parcial con anastomosis	41,08	7,00
DIGESTIVO	44141	Colectomía parcial con cecostomía con exteriorización a la piel o colostomía	55,85	7,00
DIGESTIVO	44143	Colectomía parcial con colostomía y cierre de segmento distal (procedimiento tipo Harmann)	50,97	7,00
DIGESTIVO	44144	Colectomía parcial con resección, con colostomía o ileostomía y creación de fístula mucosa	54,20	7,00
DIGESTIVO	44145	Colectomía parcial con coloproctostomía (anastomosis pélvica baja)	50,71	7,00
DIGESTIVO	44146	Colectomía parcial con coloproctostomía (anastomosis pélvica baja), con colostomía	64,75	7,00
DIGESTIVO	44147	Colectomía parcial, abordaje abdominal y transanal.	59,54	7,00
DIGESTIVO	44150	Colectomía total abdominal, sin proctectomía, con ileostomía o ileoproctostomía.	57,02	7,00
DIGESTIVO	44151	Colectomía total abdominal, sin proctectomía, con ileostomía continente	65,21	7,00
DIGESTIVO	44155	Colectomía total abdominal, con proctectomía, con ileostomía	63,43	7,00
DIGESTIVO	44156	Colectomía total abdominal, con proctectomía, con ileostomía continente	69,49	7,00
DIGESTIVO	44157	Colectomía total abdominal, con proctectomía, con anastomosis ileoanal, incluye ileostomía en asa y mucosectomía rectal, cuando se realice	65,81	7,00
DIGESTIVO	44158	Colectomía total abdominal, con proctectomía, con anastomosis ileoanal, creacion de reservorio ileal (S o J), incluye ileostomía en asa y mucosectomía rectal, cuando se realice	68,50	7,00
DIGESTIVO	44160	Colectomía parcial con remoción de íleon terminal e ileocolostomía	37,99	7,00
DIGESTIVO	44180	Laparoscopia quirúrgica, enterolisis (liberación de adherencias intestinales) (procedimiento separado)	28,11	7,00
DIGESTIVO	44186	Laparoscopia quirúrgica, yeyunostomía (p.ej. Para descompresión o alimentación)	19,91	7,00
DIGESTIVO	44187	Laparoscopia quirúrgica; yeyunostomía o ileostomía sin tubo	33,51	7,00
DIGESTIVO	44188	Laparoscopia quirúrgica, colostomía o cecostomía con exteriorización a la piel	37,28	7,00
DIGESTIVO	44202	Laparoscopia quirúrgica, enterectomía, resección del intestino delgado, resección única y anastomosis	42,44	6,00
DIGESTIVO	44203	Laparoscopia quirúrgica, cada resección adicional del intestino delgado y anastomosis (registrar por separado adicionalmente al código primario)	7,42	6,00
DIGESTIVO	44204	Laparoscopia quirúrgica, colectomía parcial con anastomosis	47,03	6,00
DIGESTIVO	44205	Laparoscopia quirúrgica, colectomía parcial con extirpación del íleon terminal e ileocolostomía	40,87	6,00
DIGESTIVO	44206	Laparoscopia quirúrgica, colectomía parcial con colostomía terminal y cierre de segmento distal (procedimiento tipo Hartmann)	53,55	7,00
DIGESTIVO	44207	Laparoscopia quirúrgica, colectomía parcial, con anastomosis, con coloproctostomía (anastomosis pélvica baja)	55,56	7,00

DIGESTIVO	44208	Laparoscopia quirúrgica, colectomía parcial, con anastomosis, con coloproctostomía (anastomosis pélvica baja), con colostomía	60,57	7,00
DIGESTIVO	44210	Laparoscopia quirúrgica, colectomía total abdominal, sin proctectomía, con ileostomía o ileoproctostomía	54,12	7,00
DIGESTIVO	44211	Laparoscopia quirúrgica, colectomía total abdominal, con proctectomía, con anastomosis ileoanal, creacion de reservorio ileal (S o J), con ileostomía en asa, incluye mucosectomia rectal si se realiza	66,34	7,00
DIGESTIVO	44212	Laparoscopia quirúrgica, colectomía total abdominal, con proctectomía, con ileostomía	62,05	7,00
DIGESTIVO	44213	Laparoscopia quirúrgica, movilización (desmontaje) de ángulo esplénico realizado en conjunto con colectomía parcial mediante laparoscopia (registrar por separado adicionalmente al código primario)	5,79	7,00
DIGESTIVO	44227	Laparoscopia quirúrgica, cierre de enterostomía, intestino grueso o delgado, con resección y anastomosis	51,04	7,00
DIGESTIVO	44238	Procedimiento laparoscópico en intestino (excepto recto) que no aparece en la lista	CM	7,00
DIGESTIVO	44300	Colocación abierta de tubo para enterostomía o cecostomía (ejm. para descompresión o alimentación) (procedimiento separado)	25,74	6,00
DIGESTIVO	44310	Ileostomía o yeyunostomía, sin tubo	31,86	6,00
DIGESTIVO	44312	Revisión de ileostomía simple (liberación de cicatriz superficial) (procedimiento separado)	17,87	6,00
DIGESTIVO	44314	Revisión de ileostomía complicada (reconstrucción profunda) (procedimiento separado)	30,48	6,00
DIGESTIVO	44316	Ileostomía continente (procedimiento de Kock) (procedimiento separado)	43,49	6,00
DIGESTIVO	44320	Colostomía o cecostomía con exteriorización a la piel	36,71	6,00
DIGESTIVO	44322	Colostomía o cecostomía con exteriorización a la piel, con biopsias múltiples (ej megacolon congenito) (procedimiento separado)	30,14	6,00
DIGESTIVO	44340	Revisión de colostomía simple (liberación de cicatriz superficial) (procedimiento separado)	18,92	6,00
DIGESTIVO	44345	Revisión de colostomía complicada (Reconstrucción profunda) (procedimiento separado)	32,06	6,00
DIGESTIVO	44346	Revisión de colostomía con reparación de hernia paracolostómica (procedimiento separado)	36,09	6,00
DIGESTIVO	44360	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir el íleon; diagnóstica, con o sin recolección de muestras mediante cepillado o lavado (procedimiento separado)	4,50	5,00
DIGESTIVO	44361	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir el íleon; con biopsia, única o múltiple	5,20	5,00
DIGESTIVO	44363	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir el íleon; con extracción de cuerpo extraño	5,84	5,00
DIGESTIVO	44364	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir el íleon; con extirpación de tumores, pólipos, u otras lesiones mediante técnica con asa	6,21	5,00
DIGESTIVO	44365	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir el íleon; con extirpación de tumores, pólipos, u otra lesiones con pinza de biopsia caliente o cauterización bipolar	5,60	5,00
DIGESTIVO	44366	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir el íleon; con control de sangrado (p.ej. Inyección, cauterio bipolar, cauterio unipolar, láser, sonda de calor, grapadora, coagulador de plasma	7,29	5,00

DIGESTIVO	44369	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir el íleon; con ablación de tumores, pólipos, u otras lesiones no factibles de ser extirpadas con pinzas de biopsia con calor, cauterio bipolar, a lambre en asa	7,48	5,00
DIGESTIVO	44370	Endoscopia del intestino delgado más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir el íleon; con colocación transendoscópica de stent (incluye dilatación previa)	8,12	5,00
DIGESTIVO	44372	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir el íleon; con colocación de tubo percutáneo de yeyunostomía	7,33	5,00
DIGESTIVO	44373	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir el íleon; con conversión de tubo percutáneo de gastrostomía a tubo percutáneo de yeyunostomía	7,10	5,00
DIGESTIVO	44376	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, incluyendo íleon; diagnóstica, con o sin recolección de muestras mediante cepillado o lavado (procedimiento separado)	9,50	5,00
DIGESTIVO	44377	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, incluyendo íleon; con biopsia, única o múltiple	10,00	5,00
DIGESTIVO	44378	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, incluyendo íleon; con control de sangrado (p.ej. Inyección, cauterio bipolar, cauterio unipolar, láser, sonda de calor, rapadora, coagulador de plasma)	11,70	5,00
DIGESTIVO	44379	Endoscopia del intestino delgado más allá de la segunda porción del duodeno, incluyendo íleon; con colocación transendoscópica de stent (incluye dilatación previa)	12,47	5,00
DIGESTIVO	44380	Ileoscopy, a través del estoma; diagnóstica, con o sin recolección de muestras mediante cepillado o lavado cuando se realice (procedimiento separado)	4,82	5,00
DIGESTIVO	44381	Ileoscopy, a través del estoma; con dilatación transendoscópica con balón	26,61	5,00
DIGESTIVO	44382	Ileoscopy, a través del estoma; con biopsia, única o múltiple	7,49	5,00
DIGESTIVO	44384	Ileoscopy, a través de estoma; diagnóstica, con colocación de stent endoscópico (incluye pre y post dilatación y paso de alambre guía, cuando se realice)	4,62	5,00
DIGESTIVO	44385	Evaluación endoscópica de bolsa del intestino delgado (p. ej. Bolsa de Kock, depósito ileal en S o J); diagnóstica, con o sin recolección de muestras mediante cepillado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	5,49	5,00
DIGESTIVO	44386	Evaluación endoscópica de bolsa del intestino delgado (p. ej. Bolsa de Kock, depósito ileal en S o J); con biopsia, única o múltiple	8,19	5,00
DIGESTIVO	44388	Colonoscopia a través del estoma; diagnóstica, con o sin recolección de muestras mediante cepillado o lavado (procedimiento separado)	8,39	5,00
DIGESTIVO	44389	Colonoscopia a través del estoma; con biopsia simple o múltiple	10,95	5,00
DIGESTIVO	44390	Colonoscopia a través del estoma; con extracción de cuerpo extraño	10,86	5,00
DIGESTIVO	44391	Colonoscopia a través del estoma; con control de sangrado (p.ej. Inyección, cauterio bipolar, cauterio unipolar, láser, sonda caliente, engrapador, coagulador de plasma)	19,90	5,00
DIGESTIVO	44392	Colonoscopia a través del estoma; con ablación de tumores, pólipos, u otras lesiones mediante pinza de biopsia caliente o cauterio bipolar	10,19	5,00
DIGESTIVO	44394	Colonoscopia a través del estoma; con ablación de tumores, pólipos, u otra lesiones mediante técnica con asa	11,74	5,00
DIGESTIVO	44401	Colonoscopia a través del estoma; con ablación de tumor (es),	90,36	5,00

		pólipo (s) u otra (s) lesión (s) (incluye dilatación previa y posterior y paso del alambre guía, cuando se realiza)		
DIGESTIVO	44402	Colonoscopia a través del estoma; con colocación de stent endoscópico (pre y post dilatación y paso del alambre guía, cuando se realiza)	7,92	5,00
DIGESTIVO	44403	Colonoscopia a través del estoma; con resección endoscópica de la mucosa	9,23	5,00
DIGESTIVO	44404	Colonoscopia a través del estoma; con inyección (es) submucosa dirigida (s), cualquier sustancia	10,41	5,00
DIGESTIVO	44405	Colonoscopia a través del estoma; con dilatación transendoscópica con balón	15,49	5,00
DIGESTIVO	44406	Colonoscopia a través del estoma; con ecografía endoscópica, limitada al colon sigmoide, descendente, transversal o ascendente y ciego y estructuras adyacentes	6,99	5,00
DIGESTIVO	44407	Colonoscopia a través del estoma; con biopsia por aspiración / biopsia intramural o transmural guiada por ecografía transendoscópica, incluye examen de ultrasonido endoscópico limitado al colon sigmoide, descendente, transversal o ascendente y ciego y estructuras adyacentes	8,38	5,00
DIGESTIVO	44408	Colonoscopia a través del estoma; con descompresión (para distensión patológica) (p. ej., vólvulo, megacolon), incluida la colocación del tubo de descompresión, cuando se realiza	7,05	5,00
DIGESTIVO	44500	Introducción de tubo gastrointestinal largo (ej Miller-Abbott) (procedimiento separado)	1,30	5,00
DIGESTIVO	44602	Sutura de perforación simple de intestino delgado (enterorrafia) por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura; perforación única	43,36	6,00
DIGESTIVO	44603	Sutura de perforaciones múltiples de intestino delgado (enterorrafia) por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura	49,74	6,00
DIGESTIVO	44604	Sutura del intestino grueso (colorrafia) por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura (con perforaciones única o múltiples), sin colostomía	32,44	6,00
DIGESTIVO	44605	Sutura del intestino grueso (colorrafia) por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura (con perforaciones única o múltiples), con colostomía	39,87	6,00
DIGESTIVO	44615	Corrección plástica de estrechez intestinal (enterotomía y enterorrafia) con o sin dilatación, por obstrucción intestinal	32,85	6,00
DIGESTIVO	44620	Cierre de enterostomía, intestino grueso o delgado	26,48	6,00
DIGESTIVO	44625	Cierre de enterostomía, intestino grueso o delgado, con resección y anastomosis que no sea colorectal	30,98	6,00
DIGESTIVO	44626	Cierre de enterostomía de intestino delgado o grueso con resección y anastomosis colorectal (P. ej. procedimiento tipo Hartmann)	49,14	6,00
DIGESTIVO	44640	Cierre de fístula intestinal cutánea	42,94	6,00
DIGESTIVO	44650	Cierre de fístula enteroentérica o enterocólica	44,27	6,00
DIGESTIVO	44660	Cierre de fístula enterovesical, sin resección vesical o intestinal	40,56	6,00
DIGESTIVO	44661	Cierre de fístula enterovesical, con resección vesical y/o intestinal	47,33	6,00
DIGESTIVO	44680	Plicatura intestinal (procedimiento separado)	32,69	6,00
DIGESTIVO	44700	Exclusión de intestino delgado de la región pélvica mediante malla u otra prótesis, o tejido nativo (P. ej. vejiga o epiplón)	30,88	6,00
DIGESTIVO	44701	Lavado colónico intraoperatorio (registrar por separado adicionalmente al código primario)	5,18	6,00
DIGESTIVO	44705	Preparación de microbiobios fecales para instilación, incluyendo evaluación de la muestra del donante	CM	0,00
DIGESTIVO	44715	Preparación estándar del injerto alográfico de intestino de cadáver o donante vivo antes del trasplante, incluyendo la movilización y configuración de la arteria y vena mesentérica	22,00	0,00

		superior		
DIGESTIVO	44720	Preparación estándar del injerto alográfico de intestino de cadáver o donante vivo antes del trasplante, cada anastomosis venosa que se realice	9,18	6,00
DIGESTIVO	44721	Preparación estándar del injerto alográfico de intestino de cadáver o donante vivo antes del trasplante, cada anastomosis arterial que se realice.	11,91	6,00
DIGESTIVO	44799	Procedimiento que no aparece en la lista, intestino delgado	CM	6,00
DIGESTIVO	44800	Excisión de divertículo de Meckel (Diverticulectomía) o conducto onfalomesentérico	23,32	6,00
DIGESTIVO	44820	Excisión de lesión de mesenterio (procedimiento separado)	25,53	6,00
DIGESTIVO	44850	Sutura de mesenterio (procedimiento separado)	22,89	6,00
DIGESTIVO	44899	Procedimiento en divertículo de Meckel y mesenterio que no aparece en la lista	CM	6,00
DIGESTIVO	44900	Incisión y drenaje abierto de absceso apendicular	23,39	6,00
DIGESTIVO	44950	Apendicectomía	19,65	6,00
DIGESTIVO	44955	Apendicectomía; cuando se realiza por una razón médica al mismo tiempo que otra cirugía (no como un procedimiento separado) (registrar por separado adicionalmente al código primario)	2,59	6,00
DIGESTIVO	44960	Apendicectomía, por ruptura de apéndice con absceso o peritonitis generalizada	26,78	6,00
DIGESTIVO	44970	Apendicectomía por laparoscopia	19,50	6,00
DIGESTIVO	44979	Procedimiento laparoscópico en apéndice que no aparece en la lista	CM	6,00
DIGESTIVO	45000	Drenaje transrectal de absceso pélvico	12,72	5,00
DIGESTIVO	45005	Incisión y drenaje de absceso submucoso de recto	8,05	5,00
DIGESTIVO	45020	Incisión y drenaje de absceso profundo supraelevador, pelvirrectal o retrorectal	17,33	5,00
DIGESTIVO	45100	Biopsia de la pared anorrectal, abordaje anal (P. ej. megacolon congénito)	8,97	5,00
DIGESTIVO	45108	Miomectomía anorrectal	11,04	5,00
DIGESTIVO	45110	Proctectomía completa, combinada abdominoperineal, con colostomía	56,11	7,00
DIGESTIVO	45111	Proctectomía con resección parcial de recto, abordaje transabdominal	33,08	7,00
DIGESTIVO	45112	Proctectomía combinada abdominoperineal, con descenso endorrectal transanal (P. ej. anastomosis coloanal)	57,02	7,00
DIGESTIVO	45113	Proctectomía parcial, con mucosectomía rectal, con anastomosis ileoanal, con creación de reservorio colónico (S o J), con o sin ileostomía en asa	58,55	7,00
DIGESTIVO	45114	Proctectomía parcial, con anastomosis; abordajes abdominal y transacral	55,35	7,00
DIGESTIVO	45116	Proctectomía parcial, con anastomosis; abordaje transacral solamente (tipo Kraske)	49,46	7,00
DIGESTIVO	45119	Proctectomía combinada abdominoperineal, con descenso endorrectal transanal (P. ej. anastomosis coloanal), con creación de reservorio colónico (P. ej. saco en J) con derivación de enterostomía cuando se realice	58,97	7,00
DIGESTIVO	45120	Proctectomía, completa (por megacolon congénito), abordajes abdominal y perineal, con descenso endorrectal transanal y anastomosis (P. ej. operación de tipo Swenson, Duhamel o Soave)	48,65	7,00
DIGESTIVO	45121	Proctectomía, completa (por megacolon congénito), abordajes abdominal y perineal, con colectomía total o subtotal, con múltiples biopsias	50,10	7,00
DIGESTIVO	45123	Proctectomía parcial sin anastomosis, abordaje perineal	33,90	7,00
DIGESTIVO	45126	Exenteración pélvica debido a neoplasia colorrectal, con proctectomía (con o sin colostomía), con remoción de la vejiga y	84,56	8,00

		transplantes ureterales y / o histerectomía o cervicectomía, con o sin eseción tubárica de ovarioso cualquier combinación de los mismos		
DIGESTIVO	45130	Excisión de prolapso rectal, con anastomosis; abordaje perineal	32,92	5,00
DIGESTIVO	45135	Excisión de prolapso rectal, con anastomosis; abordaje perineal y abdominal	41,80	7,00
DIGESTIVO	45136	Excisión de reservorio ileoanal con ileostomía	58,51	6,00
DIGESTIVO	45150	División de estenosis de recto.	10,70	5,00
DIGESTIVO	45160	Excisión de tumor rectal mediante proctotomía, abordajes transacral o transcoccígeo	31,23	5,00
DIGESTIVO	45171	Excisión de tumor rectal, abordaje transanal, no incluye muscularis propia (es decir, de espesor parcial)	18,05	5,00
DIGESTIVO	45172	Excisión de tumor rectal, abordaje transanal, incluye muscularis propia (es decir, de espesor total)	24,34	5,00
DIGESTIVO	45190	Destrucción de tumor rectal, cualquier método (electrodesección, electrocirugía, criocirugía, láser) abordaje transanal	20,87	5,00
DIGESTIVO	45300	Proctosigmoidoscopia diagnóstica rígida, con o sin recolección de muestras mediante cepillado o lavado (procedimiento separado)	3,57	5,00
DIGESTIVO	45303	Proctosigmoidoscopia rígida, con dilatación (P. ej. balón, alambre guía, bugía)	25,72	5,00
DIGESTIVO	45305	Proctosigmoidoscopia rígida con biopsia simple o múltiple	4,15	5,00
DIGESTIVO	45307	Proctosigmoidoscopia rígida con remoción de cuerpo extraño	4,86	5,00
DIGESTIVO	45308	Proctosigmoidoscopia rígida con ablación de tumor simple, pólipo, u otra lesión con pinza de biopsia caliente o cauterio bipolar	4,68	5,00
DIGESTIVO	45309	Proctosigmoidoscopia rígida con ablación de tumor simple, pólipo, u otra lesión con técnica con asa	4,89	5,00
DIGESTIVO	45315	Proctosigmoidoscopia rígida con ablación de tumores, pólipos, u otras lesiones con pinza de biopsia caliente, cauterio bipolar, o técnica con asa	5,31	5,00
DIGESTIVO	45317	Proctosigmoidoscopia rígida con control de sangrado (p.ej. Inyección, cauterio bipolar, cauterio unipolar, sonda térmica, engrapador, coagulador de plasma)	5,33	5,00
DIGESTIVO	45320	Proctosigmoidoscopia rígida con ablación de tumores, pólipos, u otras lesiones, no factibles de ser extirpadas con pinza de biopsia caliente, cauterio bipolar, o técnica con asa (p.ej. Láser)	5,22	5,00
DIGESTIVO	45321	Proctosigmoidoscopia rígida con descompresión del vólvulo	3,09	5,00
DIGESTIVO	45327	Proctosigmoidoscopia rígida con colocación transendoscópica de stent (incluye dilatación previa)	6,00	5,00
DIGESTIVO	45330	Sigmoidoscopia flexible diagnóstica, con o sin recolección de muestras mediante cepillado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	4,79	5,00
DIGESTIVO	45331	Sigmoidoscopia flexible con biopsia simple o múltiple	7,33	5,00
DIGESTIVO	45332	Sigmoidoscopia flexible con remoción de cuerpo extraño	7,24	5,00
DIGESTIVO	45333	Sigmoidoscopia flexible con ablación de tumor simple, pólipo, u otra lesión con pinza de biopsia caliente o cauterio bipolar	8,43	5,00
DIGESTIVO	45334	Sigmoidoscopia flexible con control de sangrado (p.ej. Inyección, cauterio bipolar, cauterio unipolar, láser, sonda térmica, engrapador, coagulador de plasma)	15,73	5,00
DIGESTIVO	45335	Sigmoidoscopia flexible con inyecciones submucosas directas de cualquier sustancia	6,69	5,00
DIGESTIVO	45337	Sigmoidoscopia, flexible; con descompresión (para distensión patológica) (p. ej., vólvulo, megacolon), incluida la colocación del tubo de descompresión, cuando se realice	3,52	5,00
DIGESTIVO	45338	Sigmoidoscopia flexible con ablación de tumor simple, pólipo, u otra lesión con técnica con asa	7,75	5,00
DIGESTIVO	45340	Sigmoidoscopia flexible con dilatación por balón	12,31	5,00

		transendoscópico		
DIGESTIVO	45341	Sigmoidoscopia flexible con examen ecográfico endoscópico	5,00	5,00
DIGESTIVO	45342	Sigmoidoscopia flexible con aspiración con aguja fina/biopsia intramural o transmural con guía ecográfica	6,00	5,00
DIGESTIVO	45346	Sigmoidoscopia, flexible; con ablación de tumor (es), pólipo (s) u otra (s) lesión (s) (incluye pre y post dilatación y paso de alambre guía, cuando se realice)	86,70	5,00
DIGESTIVO	45347	Sigmoidoscopia, flexible; con colocación de stent endoscópico (incluye pre y post dilatación y paso del alambre guía, cuando se realice)	4,69	5,00
DIGESTIVO	45349	Sigmoidoscopia, flexible; con resección endoscópica de la mucosa	6,03	5,00
DIGESTIVO	45350	Sigmoidoscopia, flexible; con ligaduras de banda (p. ej., hemorroides)	14,97	5,00
DIGESTIVO	45378	Colonoscopia flexible, diagnóstica, incluida la recolección de muestras por cepillado o lavado (procedimiento separado)	9,19	5,00
DIGESTIVO	45379	Colonoscopia flexible, con remoción de cuerpo extraño	11,86	5,00
DIGESTIVO	45380	Colonoscopia flexible, con biopsia simple o múltiple	11,71	5,00
DIGESTIVO	45381	Colonoscopia flexible, con inyección submucosa directa de cualquier sustancia	11,19	5,00
DIGESTIVO	45382	Colonoscopia flexible, con control de sangrado por cualquier método (p.ej. Inyección, cauterio bipolar, cauterio unipolar, láser, sonda caliente, engrapadora, coagulador de plasma)	20,71	5,00
DIGESTIVO	45384	Colonoscopia flexible, con ablación de tumores, pólipos, u otras lesiones con pinza de biopsia caliente, cauterio bipolar	13,03	5,00
DIGESTIVO	45385	Colonoscopia flexible, con ablación de tumores, pólipos, u otras lesiones con técnica de asa	12,35	5,00
DIGESTIVO	45386	Colonoscopia flexible; con dilatación transendoscópica con balón	16,83	5,00
DIGESTIVO	45388	Colonoscopia flexible; con ablación de tumor (es), pólipo (s) u otra (s) lesión (s) (incluye re y post y paso de alambre guía, cuando se realice)	91,26	5,00
DIGESTIVO	45389	Colonoscopia flexible; con colocación de stent endoscópico (incluye pre y post dilatación y paso del alambre guía, cuando se realice)	8,84	5,00
DIGESTIVO	45390	Colonoscopia flexible; con resección endoscópica de la mucosa	10,11	5,00
DIGESTIVO	45391	Colonoscopia flexible; con examen de ultrasonido endoscópico limitado al recto, colon sigmoide, descendente, transversal o ascendente y ciego, y estructuras adyacentes	7,83	5,00
DIGESTIVO	45392	Colonoscopia flexible; con biopsia por aspiración / biopsia intramural o transmural con aguja fina guiada por ultrasonido, incluye examen de ultrasonido endoscópico limitado al recto, colon y ciego sigmoides, descendentes, transversales o ascendentes, y estructuras adyacentes	9,25	5,00
DIGESTIVO	45393	Colonoscopia flexible; con descompresión (para distensión patológica) (p. ej., vólvulo, megacolon), incluida la colocación del tubo de descompresión, cuando se realiza	7,72	5,00
DIGESTIVO	45395	Laparoscopia quirúrgica, Proctectomía completa, combinada abdominoperineal, con colostomía	59,93	7,00
DIGESTIVO	45397	Laparoscopia quirúrgica, proctectomía combinada abdominoperineal, con descenso endorrectal transanal (P. ej. anastomosis coloanal), con creación de reservorio colónico (P. ej. saco en J), con enterostomía de derivación, cuando se realice	65,12	7,00
DIGESTIVO	45398	Colonoscopia flexible; con ligaduras de banda (p. ej., hemorroides)	19,34	7,00
DIGESTIVO	45399	Procedimiento en colon que no aparece en la lista	CM	0,00
DIGESTIVO	45400	Laparoscopia quirúrgica, proctopexia (por prolapso)	34,48	7,00
DIGESTIVO	45402	Laparoscopia quirúrgica, proctopexia (por prolapso) con resección sigmoidea	46,09	7,00
DIGESTIVO	45499	Procedimiento laparoscópico en recto que no aparece en la lista	CM	7,00

DIGESTIVO	45500	Proctoplastia debido a estenosis	15,55	5,00
DIGESTIVO	45505	Proctoplastia debido a prolapso de membrana mucosa	17,78	5,00
DIGESTIVO	45520	Inyección perirrectal de solución esclerosante para prolapso	4,45	5,00
DIGESTIVO	45540	Proctopexia (p.ej. por prolapso); abordaje abdominal	32,01	6,00
DIGESTIVO	45541	Proctopexia (p.ej. por prolapso); abordaje perineal	28,61	5,00
DIGESTIVO	45550	Proctopexia (p.ej. por prolapso); combinada con resección sigmoidea, abordaje abdominal	44,31	7,00
DIGESTIVO	45560	Corrección de rectocele (procedimiento separado)	20,50	5,00
DIGESTIVO	45562	Exploración, reparación y drenaje presacro para lesión rectal	34,15	5,00
DIGESTIVO	45563	Exploración, reparación y drenaje presacro para lesión rectal con colostomía	50,14	6,00
DIGESTIVO	45800	Cierre de fístula rectovesical	36,46	6,00
DIGESTIVO	45805	Cierre de fístula rectovesical, con colostomía	43,54	6,00
DIGESTIVO	45820	Cierre de fístula rectouretral	33,66	6,00
DIGESTIVO	45825	Cierre de fístula rectouretral, con colostomía	42,87	6,00
DIGESTIVO	45900	Reducción de prolapso, bajo anestesia (procedimiento separado)	6,10	5,00
DIGESTIVO	45905	Dilatación de esfínter anal bajo anestesia que no sea local (procedimiento separado)	5,06	5,00
DIGESTIVO	45910	Dilatación de estenosis rectal bajo anestesia que no sea local (procedimiento separado)	5,80	5,00
DIGESTIVO	45915	Extracción de fecaloma o cuerpo extraño bajo anestesia (procedimiento separado)	9,69	5,00
DIGESTIVO	45990	Examen anorectal diagnóstico que requiere anestesia (general, raquídea o epidural)	3,27	5,00
DIGESTIVO	45999	Procedimiento del recto que no aparece en la lista	CM	5,00
DIGESTIVO	46020	Colocación de seton	8,17	5,00
DIGESTIVO	46030	Remoción de seton anal, otro marcador	4,08	5,00
DIGESTIVO	46040	Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal y/o perirrectal (procedimiento separado)	15,81	5,00
DIGESTIVO	46045	Incisión y drenaje de absceso intramural, intramuscular o submucoso, transanal, bajo anestesia	13,06	5,00
DIGESTIVO	46050	Incisión y drenaje, absceso perianal, superficial	5,85	5,00
DIGESTIVO	46060	Incisión y drenaje de absceso intramural o isquiorectal, con fistulectomía o fistulotomía, submuscular, con o sin colocación de seton	14,25	5,00
DIGESTIVO	46070	Incisión de septum anal (lactante)	6,69	5,00
DIGESTIVO	46080	Esfinterectomía anal, con división de esfínter (procedimiento separado)	7,32	5,00
DIGESTIVO	46083	Incisión de hemorroide trombosada externa	5,14	5,00
DIGESTIVO	46200	Fisurectomía, incluye esfinterectomía, cuando se realice	13,05	5,00
DIGESTIVO	46220	Excisión de papila anal externa/acrocordon único, ano	6,01	3,00
DIGESTIVO	46221	Hemorroidectomía, interna, mediante banda de caucho	7,82	5,00
DIGESTIVO	46230	Excisión de múltiples papilas anales externas/acrocordones, ano	8,02	5,00
DIGESTIVO	46250	Hemorroidectomía externa, 2 o más columnas/grupos	13,61	5,00
DIGESTIVO	46255	Hemorroidectomía interna y externa, columna/grupo único	14,92	5,00
DIGESTIVO	46257	Hemorroidectomía interna y externa, columna/grupo único; con fisurectomía	12,62	5,00
DIGESTIVO	46258	Hemorroidectomía interna y externa, columna/grupo único; con fistulectomía, incluyendo fisurectomía, cuando se realice	14,03	5,00
DIGESTIVO	46260	Hemorroidectomía interna y externa, 2 o más columnas/grupos;	14,29	5,00
DIGESTIVO	46261	Hemorroidectomía interna y externa, 2 o más columnas/grupos; con fisurectomía	15,67	5,00
DIGESTIVO	46262	Hemorroidectomía interna y externa, 2 o más columnas/grupos; con fistulectomía, incluyendo fisurectomía, cuando se realice	16,58	5,00
DIGESTIVO	46270	Tratamiento quirúrgico de fístula anal (fistulectomía/fistulotomía) subcutánea	14,97	5,00
DIGESTIVO	46275	Tratamiento quirúrgico de fístula anal (fistulectomía/fistulotomía); interesfintérica	15,84	5,00
DIGESTIVO	46280	Tratamiento quirúrgico de fístula anal (fistulectomía/	14,01	5,00

		fistulotomía); transesfintérica, supraesfintérica, extraesfintérica o múltiple, incluyendo colocación de seton, cuando se realice		
DIGESTIVO	46285	Tratamiento quirúrgico de fístula anal (fistulectomía/fistulotomía), segunda etapa	15,73	5,00
DIGESTIVO	46288	Cierre de fístula anal con avance de colgajo rectal	16,48	5,00
DIGESTIVO	46320	Escisión de hemorroides trombosada, externa	5,38	5,00
DIGESTIVO	46500	Inyección de solución esclerosante en hemorroides	5,46	5,00
DIGESTIVO	46505	Desnervación química de esfínter anal interno	8,41	5,00
DIGESTIVO	46600	Anoscopia diagnóstica, con o sin recolección de muestras mediante cepillado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	2,56	5,00
DIGESTIVO	46601	Anoscopia; diagnóstico, con aumento de alta resolución (HRA) (p. ej., colposcopio, microscopio quirúrgico) y mejora de agentes químicos, incluida la recolección de muestras por cepillado o lavado, cuando se realice	3,95	5,00
DIGESTIVO	46604	Anoscopia con dilatación (p.ej. Balón, guía de alambre, sonda dilatadora)	17,73	5,00
DIGESTIVO	46606	Anoscopia con biopsia, única o múltiple.	6,53	5,00
DIGESTIVO	46607	Anoscopia; con aumento de alta resolución (HRA) (p. ej., colposcopio, microscopio quirúrgico) y mejora de agentes químicos, con biopsia, simple o múltiple	5,60	5,00
DIGESTIVO	46608	Anoscopia con extirpación de cuerpo extraño.	6,81	5,00
DIGESTIVO	46610	Anoscopia; con extirpación de un solo tumor, pólipo u otra lesión con pinza de biopsia caliente o cauterio bipolar.	6,60	5,00
DIGESTIVO	46611	Anoscopia con extirpación de un solo tumor, pólipo, u otra lesión mediante técnica de asa.	5,12	5,00
DIGESTIVO	46612	Anoscopia; con extirpación de varios tumores, pólipos, u otras lesiones con pinza de biopsia caliente, cauterio bipolar o técnica de asa.	7,23	5,00
DIGESTIVO	46614	Anoscopia con control de sangrado (p.ej. Inyección, cauterio bipolar, cauterio unipolar, láser, sonda de calor, engrapadora, coagulador de plasma)	3,73	5,00
DIGESTIVO	46615	Anoscopia con ablación de tumor(es), pólipo(s), u otra(s) lesión(es) no factibles de ser extirpados con pinza de biopsia caliente, cauterio bipolar o técnica de asa.	4,21	5,00
DIGESTIVO	46700	Anoplastia, operación plástica por estenosis; adulto	19,61	5,00
DIGESTIVO	46705	Anoplastia, operación plástica por estenosis; lactante	14,86	5,00
DIGESTIVO	46706	Reparación de fístula anal con cola de fibrina	5,29	5,00
DIGESTIVO	46707	Reparación de fístula anorectal con tapón (por ejemplo, submucosa de intestino delgado de porcino [SIS])	14,14	5,00
DIGESTIVO	46710	Reparación de fístula/seno ileoanal con reservorio (P. ej. perianal o vaginal), con avance de reservorio, abordaje transperitoneal	31,24	5,00
DIGESTIVO	46712	Reparación de fístula/seno ileoanal con reservorio (P. ej. perianal o vaginal), con avance de reservorio, abordaje combinado transperitoneal y transabdominal	63,41	5,00
DIGESTIVO	46715	Corrección de ano imperforado bajo; con fístula anoperineal (procedimiento de recorte)	16,42	5,00
DIGESTIVO	46716	Reparación de ano imperforado bajo; con transposición de fístula anoperineal o anovestibular	33,00	7,00
DIGESTIVO	46730	Reparación de ano imperforado alto sin fístula; abordaje perineal o sacroperineal	54,41	7,00
DIGESTIVO	46735	Reparación de ano imperforado alto sin fístula; abordajes transabdominal y sacroperineal combinados	63,05	7,00
DIGESTIVO	46740	Reparación de ano imperforado alto con fístula rectouretral o rectovaginal; abordaje perineal o sacroperineal	60,82	7,00
DIGESTIVO	46742	Reparación de ano imperforado alto con fístula rectouretral o rectovaginal; abordajes transabdominal y sacroperineal combinados	81,61	7,00

DIGESTIVO	46744	Reparación de anomalía cloacal mediante anorrectovaginoplastia y uretroplastía, abordaje sacroperineal	108,23	7,00
DIGESTIVO	46746	Corrección de anomalía cloacal mediante anorrectovaginoplastia y uretroplastía, abordajes abdominal y sacroperineal combinados;	107,28	7,00
DIGESTIVO	46748	Corrección de anomalía cloacal mediante anorrectovaginoplastia y uretroplastía, abordajes abdominal y sacroperineal combinados; con alargamiento de la vagina mediante injerto intestinal o colgajos pediculares	118,83	7,00
DIGESTIVO	46750	Esfinteroplastia anal, por incontinencia o prolapso; adulto	22,54	5,00
DIGESTIVO	46751	Esfinteroplastia anal, por incontinencia o prolapso; niño	17,73	5,00
DIGESTIVO	46753	Injerto (operación de Thiersch) por incontinencia rectal y/o prolapso	17,23	7,00
DIGESTIVO	46754	Remoción de alambre de Thiersch o sutura, canal anal	8,52	5,00
DIGESTIVO	46760	Esfinteroplastia anal, por incontinencia, adulto; trasplante de músculo	33,05	5,00
DIGESTIVO	46761	Esfinteroplastia anal, por incontinencia, adulto; imbricación de músculo elevador (corrección anal posterior de Park)	27,62	5,00
DIGESTIVO	46762	Esfinteroplastia anal, por incontinencia, adulto; implantación de esfínter artificial	27,24	5,00
DIGESTIVO	46900	Destrucción de lesión(es), ano (P. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; química	7,03	3,00
DIGESTIVO	46910	Destrucción de lesión(es), ano (P. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; electrodesecación	7,46	3,00
DIGESTIVO	46916	Destrucción de lesión(es), ano (P. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; criocirugía	6,68	3,00
DIGESTIVO	46917	Destrucción de lesión(es), ano (P. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; cirugía de láser	13,07	3,00
DIGESTIVO	46922	Destrucción de lesión(es), ano (P. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; excisión quirúrgica	7,78	5,00
DIGESTIVO	46924	Destrucción de lesiones, ano (P. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), amplia (cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimiocirugía)	15,39	5,00
DIGESTIVO	46930	Destrucción de hemorroides interna por energía térmica (por ejemplo, coagulación infrarroja, cauterio, radiofrecuencia)	5,96	5,00
DIGESTIVO	46940	Curetaje o cauterización de fisura anal, incluyendo dilatación del esfínter anal (procedimiento separado); inicial	6,69	5,00
DIGESTIVO	46942	Legrado o cauterización de fisura anal, incluyendo dilatación del esfínter anal (procedimiento separado); subsiguiente	6,31	5,00
DIGESTIVO	46945	Hemorroidectomía, interna, mediante mecanismo diferente de banda de caucho; columna/grupo hemorroidal único	9,01	5,00
DIGESTIVO	46946	Hemorroidectomía, interna, mediante mecanismo diferente de banda de caucho; 2 o más columnas/grupos hemorroidales	9,16	5,00
DIGESTIVO	46947	Hemorroidopexia mediante engrapado (ej por hemorroides internas que prolapsan)	11,53	5,00
DIGESTIVO	46999	Procedimiento de ano que no aparece en la lista	CM	5,00
DIGESTIVO	47000	Biopsia hepática con aguja; percutánea	8,76	4,00
DIGESTIVO	47001	Biopsia hepática, aguja; cuando se hace para un propósito indicado en el momento de otro procedimiento mayor (registrar por separado adicionalmente al código primario)	3,22	4,00
DIGESTIVO	47010	Hepatotomía; para drenaje a cielo abierto de absceso o quiste, en uno o dos pasos	36,84	7,00
DIGESTIVO	47015	Laparotomía, con aspiración y/o inyección de quiste(s) o absceso(s) parasíticos hepáticos (P. ej. amebiano o equinocócico)	35,52	7,00
DIGESTIVO	47100	Biopsia hepática, en cuña	25,71	7,00
DIGESTIVO	47120	Hepatectomía, resección de hígado; lobectomía parcial	71,49	13,00
DIGESTIVO	47122	Hepatectomía, resección hepática; trisegmentectomía	105,40	13,00

DIGESTIVO	47125	Hepatectomía, resección hepática; lobectomía izquierda total	94,48	13,00
DIGESTIVO	47130	Hepatectomía, resección hepática; lobectomía derecha total	101,53	13,00
DIGESTIVO	47133	Hepatectomía (incluyendo preservación en frío) de donante cadavérico	46,00	7,00
DIGESTIVO	47135	Alotrasplante de hígado; ortotópico, parcial o completo, de donante cadavérico o donante vivo, paciente de cualquier edad	180,00	30,00
DIGESTIVO	47140	Hepatectomía (incluyendo preservación en frío) de donante vivo, sólo segmento lateral izquierdo (segmentos II y III)	100,34	13,00
DIGESTIVO	47141	Hepatectomía (incluyendo preservación en frío) de donante vivo, lobectomía total izquierda (segmentos II, III y IV)	131,13	13,00
DIGESTIVO	47142	Hepatectomía (incluyendo preservación en frío) de donante vivo, lobectomía total derecha (segmentos V, VI, VII y VIII)	143,74	13,00
DIGESTIVO	47143	Preparación estándar de injerto de hígado completo de un donante cadavérico antes del alotrasplante, incluyendo colecistectomía si es necesaria, y la disección y remoción de tejidos blandos circundantes para preparar la vena cava, la vena porta, la arteria hepática y el conducto biliar común para la implantación; sin trisegmento o división del lóbulo	46,00	0,00
DIGESTIVO	47144	Preparación estándar de injerto de hígado completo de un donante cadavérico antes del trasplante, incluyendo colecistectomía, si es necesario, y la disección y extracción de los tejidos blandos circundantes para preparar la vena cava, la vena porta, la arteria hepática y el conducto biliar común para la implantación; con trisegmento dividido de injerto de hígado completo en 2 injertos de hígado parciales (es decir, segmento lateral izquierdo [segmentos II y III] y trisegmento derecho [segmentos I y IV a VIII])	44,00	0,00
DIGESTIVO	47145	Preparación estándar de injerto de hígado completo de un donante cadavérico antes del trasplante, incluyendo colecistectomía si es necesaria, y la disección y remoción de tejidos blandos circundantes para preparar la vena cava, la vena porta, la arteria hepática y el conducto biliar común para la implantación; con división del lóbulo del injerto hepático completo en 2 injertos parciales del hígado (es decir, lóbulo izquierdo [segmentos II, III y IV] y lóbulo derecho [segmentos I y V a VIII])	43,00	0,00
DIGESTIVO	47146	Reconstrucción de injerto de hígado de un donante vivo o cadavérico antes del alotrasplante, cada anastomosis venosa	10,21	13,00
DIGESTIVO	47147	Reconstrucción de injerto de hígado de un donante vivo o cadavérico antes del alotrasplante, cada anastomosis arterial	11,83	13,00
DIGESTIVO	47300	Marsupialización de quiste o absceso hepático	34,59	7,00
DIGESTIVO	47350	Manejo de hemorragia hepática; sutura simple de herida o lesión hepática	41,83	13,00
DIGESTIVO	47360	Manejo de hemorragia hepática; sutura compleja de herida o lesión hepática, con o sin ligadura de arteria hepática	56,65	13,00
DIGESTIVO	47361	Manejo de hemorragia hepática; con exploración de lesión hepática, con debridamiento amplio, coagulación y/o sutura, con o sin empaquetamiento del hígado	93,15	13,00
DIGESTIVO	47362	Manejo de hemorragia hepática; con re-exploración de lesión hepática para remoción del empaquetamiento del hígado	44,45	13,00
DIGESTIVO	47370	Laparoscopia quirúrgica, ablación de uno o más tumores hepáticos mediante radiofrecuencia	38,25	7,00
DIGESTIVO	47371	Laparoscopia quirúrgica, ablación de uno o más tumores hepáticos mediante criocirugía	37,83	7,00
DIGESTIVO	47379	Procedimiento laparoscópico hepático, no encontrado en la lista	CM	7,00
DIGESTIVO	47380	Ablación abierta de uno o más tumores hepáticos mediante radiofrecuencia	44,06	7,00
DIGESTIVO	47381	Ablación abierta de uno o más tumores hepáticos por laparoscopia mediante criocirugía	41,49	7,00
DIGESTIVO	47382	Ablación percutánea de uno o más tumores hepáticos mediante	137,72	7,00

		radiofrecuencia		
DIGESTIVO	47383	Ablación, 1 o más tumor (es) hepático (s), percutáneo, crioablación	193,11	7,00
DIGESTIVO	47399	Procedimiento hepático no encontrado en la lista	CM	7,00
DIGESTIVO	47400	Hepaticotomía o hepaticostomía con exploración, drenaje ó extirpación de cálculo	65,39	7,00
DIGESTIVO	47420	Coledocotomía o coledocostomía con exploración, drenaje, o extirpación de cálculo, con o sin colecistotomía; sin esfinteroplastia o esfinterotomía transduodenal	41,04	7,00
DIGESTIVO	47425	Coledocotomía o coledocostomía con exploración, drenaje, o extirpación de cálculo, con o sin colecistotomía; con esfinteroplastia o esfinterotomía transduodenal	39,90	7,00
DIGESTIVO	47460	Esfinterotomía o esfinteroplastia transduodenal, con o sin extracción transduodenal de cálculo (procedimiento separado)	38,50	7,00
DIGESTIVO	47480	Colecistotomía o colecistostomía abierta con exploración, drenaje o extirpación de cálculo (procedimiento separado)	26,68	7,00
DIGESTIVO	47490	Colecistostomía percutánea, procedimiento completo, incluyendo la orientación por imágenes, colocación de catéter, colecistografía cuando esta se realice, así como supervisión e interpretación	9,75	4,00
DIGESTIVO	47531	Procedimiento de inyección para colangiografía, procedimiento de diagnóstico percutáneo completo que incluye guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada; acceso existente	8,93	4,00
DIGESTIVO	47532	Procedimiento de inyección para colangiografía, procedimiento de diagnóstico percutáneo completo que incluye guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada; nuevo acceso (p. ej., colangiografía transhepática percutánea)	22,95	4,00
DIGESTIVO	47533	Colocación de un catéter de drenaje biliar, percutáneo, que incluye colangiografía diagnóstica cuando se realiza, guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia), y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada; externo	35,34	4,00
DIGESTIVO	47534	Colocación de un catéter de drenaje biliar, percutáneo, que incluye colangiografía diagnóstica cuando se realiza, guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia), y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada; Interno-externo	42,11	4,00
DIGESTIVO	47535	Conversión del catéter de drenaje biliar externo en catéter de drenaje biliar interno-externo, percutáneo, incluida la colangiografía diagnóstica cuando se realiza, guía de imágenes (p. Ej., Fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada	29,00	4,00
DIGESTIVO	47536	Intercambio de catéter de drenaje biliar (p. Ej., Externo, interno-externo o conversión de interno-externo a externo solamente), percutáneo, incluida la colangiografía diagnóstica cuando se realiza, guía de imágenes (p. Ej., Fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada	19,68	4,00
DIGESTIVO	47537	Extracción del catéter de drenaje biliar, percutáneo, que requiere guía fluoroscópica (p. Ej., Con stents biliares permanentes concurrentes), incluida la colangiografía diagnóstica cuando se realiza, guía de imágenes (p. Ej., Fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada	10,47	4,00
DIGESTIVO	47538	Colocación de stent (s) en un conducto biliar, percutáneo, incluyendo colangiografía diagnóstica, guía de imágenes (p. Ej., Fluoroscopia y / o ultrasonido), dilatación con balón, intercambio (s) de catéteres y extracción (s) de catéteres cuando se realiza, y todos los radiológicos asociados supervisión e	122,55	4,00

		interpretación; acceso existente		
DIGESTIVO	47539	Colocación de stent (s) en un conducto biliar, percutáneo, incluyendo colangiografía diagnóstica, guía de imágenes (p. Ej., Fluoroscopia y / o ultrasonido), dilatación con balón, intercambio (s) de catéteres y extracción (s) de catéteres cuando se realiza, y todos los radiológicos asociados supervisión e interpretación; Nuevo acceso, sin colocación de un catéter de drenaje biliar separado	135,76	4,00
DIGESTIVO	47540	Colocación de stent (s) en un conducto biliar, percutáneo, incluyendo colangiografía diagnóstica, guía de imágenes (p. Ej., Fluoroscopia y / o ultrasonido), dilatación con balón, intercambio (s) de catéteres y extracción (s) de catéteres cuando se realiza, y todos los radiológicos asociados supervisión e interpretación; Nuevo acceso, con la colocación de un catéter de drenaje biliar separado (p. ej., externo o interno-externo)	139,16	4,00
DIGESTIVO	47541	Colocación de acceso a través del árbol biliar y en el intestino delgado para ayudar con un procedimiento biliar endoscópico (p. Ej., Procedimiento de cita), percutáneo, incluida la colangiografía diagnóstica cuando se realiza, guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia) y toda la supervisión radiológica asociada e interpretación, nuevo acceso	33,58	4,00
DIGESTIVO	47542	Dilatación con globo de los conductos biliares o de la ampolla (esfinteroplastia), percutánea, incluida la guía de imágenes (p. Ej., Fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, cada conducto (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	13,21	4,00
DIGESTIVO	47543	Biopsia (s) endoluminal (es) de árbol biliar, percutánea, cualquier método (p. Ej., Cepillo, fórceps y / o aguja), incluida la guía de imágenes (p. Ej., Fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, simple o múltiple (Listar por separado además del código para el procedimiento primario)	16,62	4,00
DIGESTIVO	47544	Eliminación de cálculos / escombros de los conductos biliares y / o vesícula biliar, percutánea, incluida la destrucción de cálculos por cualquier método (p. Ej., Mecánico, electrohidráulico, litotricia) cuando se realiza, guía de imágenes (p. Ej., Fluoroscopia) y toda la supervisión radiológica asociada e interpretación (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	31,02	4,00
DIGESTIVO	47550	Endoscopia biliar, intraoperatoria (coledocoscopia) (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	5,50	4,00
DIGESTIVO	47552	Endoscopia biliar, percutánea vía tubo en "T" u otra vía; diagnóstica, con colección de muestra(s) mediante cepillado y/o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	9,23	4,00
DIGESTIVO	47553	Endoscopia biliar, percutánea con tubo en "T" u otra vía; con biopsia, única o múltiple	9,18	5,00
DIGESTIVO	47554	Endoscopia biliar, percutánea vía tubo en "T" u otra vía; con extirpación de cálculo(s)	14,28	5,00
DIGESTIVO	47555	Endoscopia biliar, percutánea vía tubo en "T" u otra vía; con dilatación de estrechez de conducto biliar, sin stent	10,88	5,00
DIGESTIVO	47556	Endoscopia biliar, percutánea con tubo en "T" u otra vía; con dilatación de estrechez de conducto biliar, con stent	12,41	5,00
DIGESTIVO	47562	Laparoscopia quirúrgica, colecistectomía	20,09	7,00
DIGESTIVO	47563	Laparoscopia quirúrgica, colecistectomía con colangiografía	21,83	7,00
DIGESTIVO	47564	Laparoscopia quirúrgica, colecistectomía con exploración de vías biliares	34,04	7,00
DIGESTIVO	47570	Laparoscopia quirúrgica, colecistoenterostomía	27,30	7,00
DIGESTIVO	47579	Procedimiento laparoscópico en tracto biliar no listado	CM	7,00
DIGESTIVO	47600	Colecistectomía	32,65	7,00
DIGESTIVO	47605	Colecistectomía con colangiografía	34,40	7,00

DIGESTIVO	47610	Colecistectomía con exploración de conducto biliar común (colédoco)	38,46	7,00
DIGESTIVO	47612	Colecistectomía con exploración de conducto biliar común (colédoco); con coledocoenterostomía	38,82	7,00
DIGESTIVO	47620	Colecistectomía con exploración de conducto biliar común (colédoco); con esfinterotomía transduodenal o esfinteroplastia, con o sin colangiografía	41,98	7,00
DIGESTIVO	47700	Exploración de atresia congénita de conductos biliares, sin corrección, con o sin biopsia hepática, con o sin colangiografía	31,72	7,00
DIGESTIVO	47701	Portoenterostomía (P. ej. procedimiento de Kasai)	52,09	7,00
DIGESTIVO	47711	Escisión de tumor de conducto biliar, con o sin corrección primaria de conducto biliar; extrahepático	47,70	7,00
DIGESTIVO	47712	Escisión de tumor de conducto biliar, con o sin corrección primaria de conducto biliar; intrahepático	61,21	7,00
DIGESTIVO	47715	Escisión de quiste del colédoco	40,57	7,00
DIGESTIVO	47720	Colecistoenterostomía; directa	34,83	7,00
DIGESTIVO	47721	Colecistoenterostomía; con gastroenterostomía	41,40	7,00
DIGESTIVO	47740	Colecistoenterostomía; en Y de Roux	39,98	7,00
DIGESTIVO	47741	Colecistoenterostomía; en Y de Roux con gastroenterostomía	44,40	7,00
DIGESTIVO	47760	Anastomosis de conductos biliares extrahepáticos y tracto gastrointestinal	69,18	7,00
DIGESTIVO	47765	Anastomosis de conductos biliares intrahepáticos y tracto gastrointestinal	93,49	7,00
DIGESTIVO	47780	Anastomosis, en Y de Roux, de conductos biliares extrahepáticos y tracto gastrointestinal	76,01	7,00
DIGESTIVO	47785	Anastomosis, en Y de Roux, de conductos biliares intrahepáticos y tracto gastrointestinal	99,66	7,00
DIGESTIVO	47800	Reconstrucción plástica, de conductos biliares extrahepáticos con anastomosis término-terminal	48,27	7,00
DIGESTIVO	47801	Colocación de stent en colédoco	30,06	7,00
DIGESTIVO	47802	Hepaticoenterostomía con tubo en "U"	46,73	7,00
DIGESTIVO	47900	Sutura de conducto biliar extrahepático por lesión preexistente (procedimiento separado)	42,01	7,00
DIGESTIVO	47999	Procedimiento que no aparece en la lista, tracto biliar	CM	7,00
DIGESTIVO	48000	Colocación de drenes, peri pancreáticos, por pancreatitis aguda	57,18	7,00
DIGESTIVO	48001	Colocación de drenes, peri pancreáticos, por pancreatitis aguda; con colecistostomía, gastrostomía, y yeyunostomía	71,17	7,00
DIGESTIVO	48020	Extirpación de cálculos pancreáticos	35,49	7,00
DIGESTIVO	48100	Biopsia de páncreas, abierta (p.ej. Aspiración con aguja fina, biopsia con aguja, biopsia en cuña)	27,21	7,00
DIGESTIVO	48102	Biopsia de páncreas, aguja percutánea	15,35	4,00
DIGESTIVO	48105	Desbridamiento o resección de páncreas y tejido peripancreática por pancreatitis necrotizante aguda	87,46	7,00
DIGESTIVO	48120	Excisión de lesión de páncreas (P. ej. quiste, adenoma)	33,90	7,00
DIGESTIVO	48140	Pancreatectomía, distal subtotal, con o sin esplenectomía; sin pancreaticoyeyunostomía	47,97	8,00
DIGESTIVO	48145	Pancreatectomía, distal subtotal, con o sin esplenectomía; con pancreaticoyeyunostomía	49,77	8,00
DIGESTIVO	48146	Pancreatectomía, distal, casi total con preservación del duodeno (procedimiento de Child)	57,35	8,00
DIGESTIVO	48148	Escisión de la ampolla de Vater	38,12	8,00
DIGESTIVO	48150	Pancreatectomía, subtotal proximal con duodenectomía total, gastrectomía parcial, coledocoenterostomía y gastroyeyunostomía (procedimiento tipo Whipple); con pancreatojejunosomía	95,71	8,00
DIGESTIVO	48152	Pancreatectomía, subtotal proximal con duodenectomía total, gastrectomía parcial, coledocoenterostomía y gastroyeyunostomía (procedimiento tipo Whipple); sin pancreatojejunosomía	88,67	8,00

DIGESTIVO	48153	Pancreatectomía, subtotal proximal con duodenectomía casi total, coledocoenterostomía y duodenojejunostomía (preservación del píloro, procedimiento tipo Whipple); con pancreatojejunostomía	95,13	8,00
DIGESTIVO	48154	Pancreatectomía, subtotal proximal con duodenectomía casi total, coledocoenterostomía y duodenojejunostomía (preservación del píloro, procedimiento tipo Whipple); sin pancreatojejunostomía	88,61	8,00
DIGESTIVO	48155	Pancreatectomía total	55,67	8,00
DIGESTIVO	48160	Pancreatectomía, total o subtotal, con trasplante autólogo de páncreas o islas pancreáticas	CM	8,00
DIGESTIVO	48400	Procedimiento de inyección para pancreatografía intraoperatoria (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	3,27	8,00
DIGESTIVO	48500	Marsupialización de quiste de páncreas	34,32	7,00
DIGESTIVO	48510	Drenaje externo, pseudoquiste de páncreas; a cielo abierto	33,24	7,00
DIGESTIVO	48520	Anastomosis interna de pseudoquiste de páncreas a tracto gastrointestinal; directa	33,41	7,00
DIGESTIVO	48540	Anastomosis interna de pseudoquiste de páncreas a tracto gastrointestinal; en Y de Roux	40,24	7,00
DIGESTIVO	48545	Pancreatorrafia por trauma	41,25	7,00
DIGESTIVO	48547	Exclusión duodenal con gastrojejunostomía por trauma pancreático	54,68	7,00
DIGESTIVO	48548	Pancreaticoyejunostomía, anastomosis de lado a lado (operación de Puestow)	50,80	7,00
DIGESTIVO	48550	Pancreatectomía en donante (incluye preservación en frío), con o sin segmento duodenal para ser transplantado	30,00	7,00
DIGESTIVO	48551	Preparación estándar de Backbench de aloinjerto de páncreas de donante de cadáver antes del trasplante, incluida la disección de aloinjerto de los tejidos blandos circundantes, esplenectomía, duodenotomía, ligadura del conducto biliar, ligadura de vasos mesentéricos y anastomosis arteriales de injerto en Y de la arteria ilíaca a la arteria mesentérica superior y a arteria esplénica	36,00	0,00
DIGESTIVO	48552	Reconstrucción de aloinjerto de páncreas de un donante cadavérico previo al trasplante, cada anastomosis venosa	7,24	7,00
DIGESTIVO	48554	Trasplante de aloinjerto pancreático	77,61	7,00
DIGESTIVO	48556	Extirpación de aloinjerto pancreático trasplantado	38,66	7,00
DIGESTIVO	48999	Procedimiento que no aparece en la lista, páncreas	CM	7,00
DIGESTIVO	49000	Laparotomía exploradora, celiotomía exploradora con o sin biopsia(s) (procedimiento separado)	23,50	6,00
DIGESTIVO	49002	Reapertura de laparotomía reciente	31,99	6,00
DIGESTIVO	49010	Exploración área retroperitoneal con o sin biopsia(s) (procedimiento separado)	28,55	6,00
DIGESTIVO	49020	Drenaje de absceso peritoneal o peritonitis localizada, con excepción de absceso apendicular; abierto	48,67	6,00
DIGESTIVO	49040	Drenaje de absceso subdiafragmático o subfrénico; a cielo abierto	30,51	7,00
DIGESTIVO	49060	Drenaje abierto de absceso retroperitoneal	33,53	6,00
DIGESTIVO	49062	Drenaje de linfocele extraperitoneal hacia la cavidad peritoneal, a cielo abierto	22,55	6,00
DIGESTIVO	49082	Paracentesis abdominal (diagnóstica o terapéutica); sin orientación de imágenes	5,55	6,00
DIGESTIVO	49083	Paracentesis abdominal (diagnóstica o terapéutica); con orientación de imágenes	8,44	6,00
DIGESTIVO	49084	Lavado peritoneal, incluyendo guía de imágenes, cuando se realice	3,33	6,00
DIGESTIVO	49180	Biopsia de mása abdominal o retroperitoneal, aguja percutánea	4,70	5,00
DIGESTIVO	49185	Escleroterapia de una colección de líquidos (p. Ej., Linfocele,	27,87	5,00

		quiste o seroma), percutánea, que incluye inyección (s) de contraste, inyección (es) de esclerosante, estudio de diagnóstico, guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido, fluoroscopia) y supervisión e interpretación radiológica cuando se realiza		
DIGESTIVO	49203	Escisión o destrucción a cielo abierto de tumores intraabdominales, quistes o endometriomas, 1 o más tumores primarios o secundarios peritoneales, mesentéricos o retroperitoneales; tumor de 5cm o menos	36,54	7,00
DIGESTIVO	49204	Escisión o destrucción a cielo abierto de tumores intraabdominales, quistes o endometriomas, 1 o más tumores primarios o secundarios peritoneales, mesentéricos o retroperitoneales; tumor de 5,1 a 10,0 cm	46,84	7,00
DIGESTIVO	49205	Escisión o destrucción a cielo abierto de tumores intraabdominales, quistes o endometriomas, 1 o más tumores primarios o secundarios peritoneales, mesentéricos o retroperitoneales; tumor mayor a 10 cm	53,87	7,00
DIGESTIVO	49215	Excisión de tumor presacro o sacrococcígeo	67,69	10,00
DIGESTIVO	49220	Celiotomía (laparotomía) para clasificación del estadio de la Enfermedad de Hodgkin o de linfoma (incluye esplenectomía, biopsia con aguja o abierta de ambos lóbulos hepáticos, posiblemente posiblemente también extirpación de ganglios abdominales, ganglios abdominales y / o biopsias de médula ósea, reposicionamiento ovárico)	29,78	7,00
DIGESTIVO	49250	Umbilectomía, onfalectomía, excisión de ombligo (procedimiento separado)	17,90	6,00
DIGESTIVO	49255	Omentectomía, epiploectomía, resección de epiplón (procedimiento separado)	24,06	7,00
DIGESTIVO	49320	Laparoscopia diagnóstica, abdomen, peritoneo y epiplón, con o sin colección de muestras por cepillado o lavado (procedimiento separado)	10,40	6,00
DIGESTIVO	49321	Laparoscopia quirúrgica, con biopsia (única o múltiple)	10,46	6,00
DIGESTIVO	49322	Laparoscopia quirúrgica, con aspiración de cavidad o quiste (P. ej. quiste ovárico) (único o múltiple)	11,17	6,00
DIGESTIVO	49323	Laparoscopia quirúrgica, con drenaje de linfocele a cavidad peritoneal	19,28	6,00
DIGESTIVO	49324	Laparoscopia quirúrgica, con inserción de cateter intraperitoneal tunelizado	11,87	6,00
DIGESTIVO	49325	Laparoscopia quirúrgica, con revisión de cánula o catéter intraperitoneal previamente colocado, con retiro de material obstructivo, si es que se realizara	12,67	6,00
DIGESTIVO	49326	Laparoscopia quirúrgica, con omentopexia (procedimiento de fijación omental) (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	5,84	6,00
DIGESTIVO	49327	Laparoscopia quirúrgica; con colocación de dispositivo(s) intersticial(es) para guía de la terapia de radiación (marcadores de reparo, dosímetro), intraabdominal, intrapélvico, y/o retroperitoneo, incluida la orientación por imagen, si se realiza, única o múltiple (enumere por separado además del código para procedimiento primario)	4,05	6,00
DIGESTIVO	49329	Procedimiento laparoscopico en abdomen, peritoneo y epiplón que no aparece en la lista	CM	6,00
DIGESTIVO	49400	Inyección de aire o material de contraste en cavidad peritoneal (procedimiento separado)	3,94	4,00
DIGESTIVO	49402	Remoción de cuerpo extraño peritoneal de la cavidad peritoneal	26,15	6,00
DIGESTIVO	49405	Drenaje y colección de fluido mediante catéter con orientación por imágenes (p.ej. Absceso, hematoma, seroma, linfocele, quiste); visceral (p.ej. Riñón, hígado, bazo, pulmón/mediastino), percutáneo	23,06	6,00
DIGESTIVO	49406	Drenaje y colección de fluido mediante catéter con orientación por imágenes (p.ej. Absceso, hematoma, seroma, linfocele,	23,07	6,00

		quiste); peritoneal o retroperitoneal, percutáneo		
DIGESTIVO	49407	Drenaje y colección de fluido mediante catéter con orientación por imágenes (p.ej. Absceso, hematoma, seroma, linfocele, quiste); peritoneal o retroperitoneal, por vía transvaginal o transrectal	18,78	6,00
DIGESTIVO	49411	Colocación de dispositivo(s) intersticial(es) para la orientación de la terapia de radiación (p. ej. marcadores de rastreo, dosímetro), percutáneo, intra-abdominal, intrapélvico (excepto próstata), y / o retroperitoneo, simple o múltiple	13,83	6,00
DIGESTIVO	49412	Colocación de dispositivo(s) intersticial(es) para la orientación de la terapia de radiación (p. ej. marcadores de rastreo, dosímetro), abierto, intra-abdominal, intrapélvico y/o retroperitoneo, incluida guía de imagen, si se realiza, individual o múltiple (enumere por separado además del código para procedimiento primario)	2,53	6,00
DIGESTIVO	49418	Inserción de catéter intraperitoneal tunelizado (p.ej. Diálisis, quimioterapia de instilación intraperitoneal, manejo de la ascitis), procedimiento completo, incluyendo guía de imágenes, colocación del catéter, inyección de contraste cuando se realiza y supervisión e interpretación radiológica, percutánea	38,88	6,00
DIGESTIVO	49419	Inserción intraperitoneal de catéter tunelizado, con reservorio subcutáneo, (es decir, totalmente implantables)	13,47	6,00
DIGESTIVO	49421	Inserción intraperitoneal de catéter tunelizado para diálisis, abierta	7,07	6,00
DIGESTIVO	49422	Remoción de catéter intraperitoneal tunelizado	11,61	4,00
DIGESTIVO	49423	Cambio, bajo orientación radiológica, de catéter de drenaje de absceso o quiste previamente colocado (procedimiento separado)	15,57	4,00
DIGESTIVO	49424	Inyección de material de contraste para evaluación de absceso o quiste a través de catéter o tubo previamente colocado (procedimiento separado)	4,17	4,00
DIGESTIVO	49425	Inserción de cortocircuito peritoneo-venoso	21,83	7,00
DIGESTIVO	49426	Revisión de cortocircuito peritoneo-venoso	24,00	7,00
DIGESTIVO	49427	Procedimiento de inyección (P. ej. material de contraste) para evaluación de corto circuito peritoneo-venoso colocado previamente	2,60	4,00
DIGESTIVO	49428	Ligadura de corto circuito peritoneo-venoso	14,18	7,00
DIGESTIVO	49429	Remoción de corto circuito peritoneo-venoso	14,08	7,00
DIGESTIVO	49435	Inserción de extensión subcutánea a cánula o catéter intraperitoneal con sitio remoto de salida en tórax (Registrar por separado, además del código de procedimiento primario)	3,70	7,00
DIGESTIVO	49436	Creación diferida de sitio de salida desde un segmento subcutáneo embebido de una cánula o catéter intraperitoneal	5,67	6,00
DIGESTIVO	49440	Inserción de tubo de gastrostomía, percutáneo, bajo guía fluoroscópica incluyendo la inyección de contraste (s), documentación de la imagen e informe	27,68	6,00
DIGESTIVO	49441	Inserción de tubo de duodenostomía o tubo de yeyunostomía, percutánea, bajo guía fluoroscópica incluyendo la inyección de contraste(s), documentación de la imagen e informe	31,30	6,00
DIGESTIVO	49442	Inserción de tubo de cecostomía u otro tubo colónico, percutánea, bajo guía fluoroscópica incluyendo la inyección de contraste(s), documentación de la imagen e informe	25,98	6,00
DIGESTIVO	49446	Conversion de tubo de gastrostomía a tubo de gastroyeyunostomía, percutánea, bajo guía fluoroscópica incluyendo la inyección de contraste(s), documentación de imagen e informe	26,56	6,00
DIGESTIVO	49450	Remplazo de tubo de gastrostomía o cecostomía (u otro tubo colónico), percutánea, bajo guía fluoroscópica incluyendo la inyección de contraste(s), documentación de imagen e informe	18,95	6,00
DIGESTIVO	49451	Remplazo de tubo de duodenostomía o yeyunostomía,	20,72	6,00

		percutánea, bajo guía fluoroscópica incluyendo la inyección de contraste(s), documentación de imagen e informe		
DIGESTIVO	49452	Reemplazo de tubo de gastroyeyunostomía, percutánea, bajo guía fluoroscópica incluyendo la inyección de contraste(s), documentación de imagen e informe	25,63	6,00
DIGESTIVO	49460	Retiro mecánico de material obstructivo de tubo de gastrostomía, duodenostomía, yeyunostomía, gastroyeyunostomía o cecostomía (o de otro tipo de tubo colónico), cualquier método, bajo guía fluoroscópica, incluidas las inyecciones de contraste, si se realiza, documentación de la imagen e informe	20,93	6,00
DIGESTIVO	49465	Inyección(es) de contraste (s) para la evaluación radiológica de tubos existentes de gastrostomía, duodenostomía, yeyunostomía, gastro-yeyunostomía, o cecostomía (o de otro tipo de tubo de colon) desde un abordaje percutáneo que incluye documentación e informes de imágenes	4,68	6,00
DIGESTIVO	49491	Reparación, hernia inguinal inicial, lactantes prematuros (menos de 37 semanas de gestación al nacer), realizado desde el nacimiento hasta 50 semanas posteriores a la concepción, con o sin hidrocelectomía; reducible	23,95	6,00
DIGESTIVO	49492	Reparación, hernia inguinal inicial, lactantes prematuros (menos de 37 semanas de gestación al nacer), realizado desde el nacimiento hasta 50 semanas posteriores a la concepción, con o sin hidrocelectomía; encarcelado o estrangulado	29,30	6,00
DIGESTIVO	49495	Reparación, hernia inguinal inicial, lactante a término completo menor de 6 meses o prematuro mayor de 50 semanas después de la concepción y menor de 6 meses al momento de la cirugía, con o sin hidrocelectomía; reducible	13,70	5,00
DIGESTIVO	49496	Reparación, hernia inguinal inicial, lactante a término completo menor de 6 meses o prematuro mayor de 50 semanas después de la concepción y menor de 6 meses al momento de la cirugía, con o sin hidrocelectomía; encarcelado o estrangulado	17,30	5,00
DIGESTIVO	49500	Corrección de hernia inguinal inicial, 6 meses a menos de 5 años de edad, con o sin hidrocelectomía; reducible	11,87	5,00
DIGESTIVO	49501	Corrección de hernia inguinal inicial, 6 meses a menos de 5 años de edad, con o sin hidrocelectomía; encarcelada o estrangulada	18,48	5,00
DIGESTIVO	49505	Corrección de hernia inguinal inicial, 5 años de edad o mayor; reducible	15,84	4,00
DIGESTIVO	49507	Corrección de hernia inguinal inicial, 5 años de edad o mayor; encarcelada o estrangulada	17,82	4,00
DIGESTIVO	49520	Corrección de hernia inguinal recurrente, cualquier edad; reducible	19,28	4,00
DIGESTIVO	49521	Corrección de hernia inguinal recurrente, cualquier edad; encarcelada o estrangulada	21,88	4,00
DIGESTIVO	49525	Corrección de hernia inguinal, deslizante, cualquier edad	17,46	4,00
DIGESTIVO	49540	Corrección quirúrgica de hernia lumbar	20,55	6,00
DIGESTIVO	49550	Corrección de hernia femoral inicial, cualquier edad; reducible,	17,54	4,00
DIGESTIVO	49553	Corrección de hernia femoral inicial, cualquier edad; encarcelada o estrangulada	19,23	4,00
DIGESTIVO	49555	Corrección de hernia femoral recurrente; reducible	18,22	4,00
DIGESTIVO	49557	Corrección de hernia femoral recurrente; encarcelada o estrangulada	22,13	4,00
DIGESTIVO	49560	Corrección de hernia Incisional o ventral inicial; reducible	22,52	6,00
DIGESTIVO	49561	Corrección de hernia Incisional o ventral inicial; encarcelada o estrangulada	28,45	7,00
DIGESTIVO	49565	Corrección de hernia incisional o ventral recurrente; reducible	23,44	6,00
DIGESTIVO	49566	Corrección de hernia incisional o ventral recurrente; encarcelada o estrangulada	28,70	7,00

DIGESTIVO	49568	Implantación de malla u otra prótesis para corrección de hernia incisional o ventral o malla para cierre de debridamiento por infección necrotizante de tejido blando (anotar separadamente además del código para la reparación de hernia incisional o ventral)	8,25	7,00
DIGESTIVO	49570	Corrección quirúrgica de hernia epigástrica (P. ej. grasa preperitoneal); reducible (procedimiento separado)	12,64	4,00
DIGESTIVO	49572	Corrección quirúrgica de hernia epigástrica (p.ej. Grasa preperitoneal) encarcerada o estrangulada	15,71	4,00
DIGESTIVO	49580	Corrección quirúrgica de hernia umbilical, menor de 5 años, reducible	9,88	4,00
DIGESTIVO	49582	Cura quirúrgica de hernia umbilical, menor de 5 años, encarcerada o estrangulada	13,82	4,00
DIGESTIVO	49585	Corrección de hernia umbilical, 5 años de edad o mayor; reducible	13,51	4,00
DIGESTIVO	49587	Corrección de hernia umbilical, 5 años de edad o mayor; encarcerada o estrangulada	14,43	4,00
DIGESTIVO	49590	Corrección quirúrgica de hernia de Spiegel	17,45	4,00
DIGESTIVO	49600	Corrección de onfalocele pequeño, con cierre primario	19,55	7,00
DIGESTIVO	49605	Corrección de onfalocele o gastrosquisis grandes; con o sin prótesis	152,43	7,00
DIGESTIVO	49606	Corrección de onfalocele o gastrosquisis grandes; con remoción de prótesis, reducción final y cierre, en quirófano	34,81	7,00
DIGESTIVO	49610	Corrección de onfalocele (operación de Gross); primera etapa	19,50	7,00
DIGESTIVO	49611	Corrección de onfalocele (operación de Gross); segunda etapa	16,74	7,00
DIGESTIVO	49650	Laparoscopia quirúrgica, hernioplastia inguinal inicial	13,01	6,00
DIGESTIVO	49651	Laparoscopia quirúrgica, reparación de hernia inguinal recurrente	16,93	6,00
DIGESTIVO	49652	Laparoscopia quirúrgica, reparación de hernia ventral, umbilical, spigeliana o epigástrica (incluye inserción de malla, cuando se realiza); reducible	22,70	6,00
DIGESTIVO	49653	Laparoscopia quirúrgica, reparación de hernia ventral, umbilical, spigeliana o epigástrica (incluye inserción de malla, cuando se realiza); encarcerada o estrangulada	28,34	6,00
DIGESTIVO	49654	Laparoscopia quirúrgica, reparación de hernia incisional (incluye inserción de malla, cuando se realiza); reducible	25,85	6,00
DIGESTIVO	49655	Laparoscopia quirúrgica, reparación de hernia incisional (incluye inserción de malla, cuando se realiza); encarcerada o estrangulada	31,55	6,00
DIGESTIVO	49656	Laparoscopia quirúrgica, reparación de hernia incisional recurrente (incluye inserción de malla, cuando se realiza); reducible	28,06	6,00
DIGESTIVO	49657	Laparoscopia quirúrgica, reparación de hernia incisional recurrente (incluye inserción de malla, cuando se realiza); encarcerada o estrangulada	40,46	6,00
DIGESTIVO	49659	Procedimiento laparoscópico no listado, para hernioplastia, herniorrafia, herniotomia	CM	6,00
DIGESTIVO	49900	Sutura secundaria de pared abdominal por evisceración o dehiscencia	24,74	6,00
DIGESTIVO	49904	Colgajo de epiplón, extra-abdominal (P. ej para la reconstrucción de defectos de pared torácica y esternón)	43,08	13,00
DIGESTIVO	49905	Colgajo epiploico, intra-abdominal (anote separadamente además del código del procedimiento primario)	12,60	0,00
DIGESTIVO	49906	Colgajo libre de epiplón con anastomosis microvascular	32,00	7,00
DIGESTIVO	49999	Procedimiento que no aparece en la lista, abdomen, peritoneo y epiplón	CM	7,00
URINARIO	50010	Exploración renal, que no requiera otros procedimientos específicos	22,24	7,00
URINARIO	50020	Drenaje de absceso perirrenal o renal, abierto	30,20	7,00

URINARIO	50040	Nefrostomía, nefrotomía con drenaje	27,55	7,00
URINARIO	50045	Nefrotomía, con exploración	28,03	7,00
URINARIO	50060	Nefrolitotomía; remoción del cálculo	33,95	7,00
URINARIO	50065	Nefrolitotomía; operación quirúrgica secundaria para extirpación del cálculo	36,00	7,00
URINARIO	50070	Nefrolitotomía; complicado por anomalía congénita del riñón	37,07	7,00
URINARIO	50075	Nefrolitotomía; extirpación de cálculo grande coraliforme que llena la pelvis renal y los cálices (incluida la pielolitotomía anatómica)	43,47	7,00
URINARIO	50080	Nefrostolitotomía percutánea o pielostolitotomía, con o sin dilatación endoscópica, litotripsia, colocación de stent o extracción con canasta de un cálculo hasta 2 cm	25,87	7,00
URINARIO	50081	Nefrostolitotomía percutánea o pielostolitotomía, con o sin dilatación endoscópica, litotripsia, colocación de stent o extracción con canasta de un cálculo mayor de 2 cm	37,99	7,00
URINARIO	50100	Transección o reposicionamiento de vasos renales aberrantes (procedimiento separado)	33,15	15,00
URINARIO	50120	Pielotomía; con exploración	28,81	7,00
URINARIO	50125	Pielotomía con drenaje; pielostomía	30,71	7,00
URINARIO	50130	Pielotomía; con eliminación de cálculo (pielolitotomía, pelviolitotomía, incluyendo pielolitotomía con coágulo)	30,70	7,00
URINARIO	50135	pielotomía; complicado (por ejemplo, operación secundaria, anomalía renal congénita)	33,38	7,00
URINARIO	50200	Biopsia renal: percutánea, con trocar o aguja	15,31	6,00
URINARIO	50205	Biopsia renal; por exposición quirúrgica del riñón	22,96	7,00
URINARIO	50220	Nefrectomía, incluyendo ureterectomía parcial, cualquier abordaje abierto, incluyendo la resección de costilla(s)	31,33	7,00
URINARIO	50225	Nefrectomía, incluyendo ureterectomía parcial, cualquier abordaje abierto, incluyendo la resección de costilla(s), complicada por cirugía previa en el mismo riñón	35,89	7,00
URINARIO	50230	Nefrectomía radical, incluyendo ureterectomía parcial, cualquier abordaje abierto, incluyendo la resección de costilla(s); radical, con linfadenectomía regional y/o trombectomía de la vena cava	38,27	7,00
URINARIO	50234	Nefrectomía con ureterectomía total y remoción parcial de vejiga, a través de la misma incisión	38,80	7,00
URINARIO	50236	Nefrectomía con ureterectomía total y remoción parcial de vejiga, a través de una incisiones diferentes	43,71	7,00
URINARIO	50240	Nefrectomía parcial	39,42	7,00
URINARIO	50250	Ablación, abierta, 1 o más lesiones de masa renal, crioquirúrgicas, incluyendo guía y monitorización de ultrasonido intraoperatorio, si se realiza	35,98	7,00
URINARIO	50280	Excisión o desbovedamiento de quiste(s) de riñón	28,62	7,00
URINARIO	50290	Excisión de quiste perinéfrico	26,72	6,00
URINARIO	50300	Nefrectomía del donante (incluye preservación en frío); donante cadavérico, unilateral o bilateral	30,00	7,00
URINARIO	50320	Nefrectomía del donante (incluye preservación en frío); donante vivo; procedimiento abierto	45,79	7,00
URINARIO	50323	Preparación estándar de Backbench de aloinjerto renal de donante cadavérico antes del trasplante, incluida la disección y eliminación de grasa perinéfrica, aditamentos diafragmáticos y retroperitoneales, escisión de la glándula suprarrenal y preparación de uréter (s), vena (s) renal (s) y arteria (s) renal (es), ligar ramas, según sea necesario	28,00	0,00
URINARIO	50325	Preparación estándar de Backbench de aloinjerto renal de donante vivo (abierto o laparoscópico) antes del trasplante, incluida la disección y extracción de grasa perinéfrica y la preparación de uréter (s), vena (s) renal y arteria (s) renal (s), ramas de ligadura, según sea necesario	30,00	0,00
URINARIO	50327	Reconstrucción del aloinjerto renal de donante vivo o	6,68	7,00

		cadavérico; antes del trasplante; anastomosis venosa, cada una		
URINARIO	50328	Reconstrucción del aloinjerto renal de donante vivo o cadavérico; antes del trasplante; anastomosis arterial, cada una	5,86	7,00
URINARIO	50329	Reconstrucción del aloinjerto renal de donante vivo o cadavérico; antes del trasplante; anastomosis ureteral, cada una	5,50	7,00
URINARIO	50340	Nefrectomía del receptor (procedimiento separado)	28,77	7,00
URINARIO	50360	Alotrasplante renal, implantación de injerto; sin nefrectomía del receptor	73,90	10,00
URINARIO	50365	Alotrasplante renal, implantación de injerto; con nefrectomía del receptor	87,07	10,00
URINARIO	50370	Extracción de aloinjerto renal trasplantado	36,57	7,00
URINARIO	50380	Autotrasplante renal, reimplantación de riñón	58,43	10,00
URINARIO	50382	Extracción (mediante trampa / captura) y reemplazo del stent ureteral interno mediante abordaje percutáneo, incluida la supervisión e interpretación radiológica.	31,72	6,00
URINARIO	50384	Extracción (mediante trampa / captura) del stent ureteral interno mediante abordaje percutáneo, incluida la supervisión e interpretación radiológica	24,91	6,00
URINARIO	50385	Extracción (mediante trampa / captura) y reemplazo del stent ureteral interno mediante abordaje transuretral, sin el uso de cistoscopia, incluida la supervisión e interpretación radiológica.	30,86	6,00
URINARIO	50386	Extracción (mediante trampa / captura) del stent ureteral interno mediante abordaje transuretral, sin el uso de cistoscopia, incluida la supervisión e interpretación radiológica.	19,71	6,00
URINARIO	50387	Extracción y reemplazo de un catéter nefroureteral accesible externamente (p. Ej., Stent externo / interno) que requiere guía fluoroscópica, incluida la supervisión e interpretación radiológica.	13,98	6,00
URINARIO	50389	Extracción del tubo de nefrostomía, que requiere guía fluoroscópica (p. Ej., Con stent ureteral permanente concurrente)	8,48	6,00
URINARIO	50390	Aspiración y / o inyección de quiste renal o pelvis con aguja, percutánea	2,86	6,00
URINARIO	50391	Instilación (es) de agente terapéutico en la pelvis renal y / o el uréter a través de un tubo establecido por nefrostomía, pielostomía o ureterostomía (p. Ej., Agente anticancerígeno o antifúngico)	3,57	5,00
URINARIO	50395	Introducción de guía dentro de la pelvis renal y/o uréter, con dilatación, para establecer trayecto de nefrostomía, percutáneo	5,30	6,00
URINARIO	50396	Estudios manométricos a través de nefrostomía o tubo de pielostomía, o catéter ureteral permanente	3,47	5,00
URINARIO	50400	Pieloplastia (pieloplastia de Foley Y), operación plástica en la pelvis renal, con o sin operación plástica en uréter, nefropexia, nefrostomía, pielostomía o férula ureteral; simple	34,51	7,00
URINARIO	50405	Pieloplastia (pieloplastia de Foley Y), operación plástica en la pelvis renal, con o sin operación plástica en uréter, nefropexia, nefrostomía, pielostomía o férula ureteral; complicado (anomalía renal congénita, pieloplastia secundaria, riñón solitario, calicoplastia)	41,65	7,00
URINARIO	50430	Procedimiento de inyección para nefrostograma anterógrado y / o ureterograma, procedimiento de diagnóstico completo que incluye guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada; nuevo acceso	13,08	7,00
URINARIO	50431	Procedimiento de inyección para nefrostograma anterógrado y / o ureterograma, procedimiento de diagnóstico completo que incluye guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada; acceso existente	4,67	7,00

URINARIO	50432	Colocación de un catéter de nefrostomía, percutáneo, que incluye nefrostograma de diagnóstico y / o ureterograma cuando se realiza, guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada.	22,08	7,00
URINARIO	50433	Colocación de catéter nefroureteral, percutáneo, que incluye nefrostograma de diagnóstico y / o ureterograma cuando se realiza, guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, acceso nuevo	30,19	7,00
URINARIO	50434	Conversión de catéter de nefrostomía en catéter nefroureteral, percutáneo, incluido el nefrostograma de diagnóstico y / o el ureterograma cuando se realiza, la guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada, a través del tracto de nefrostomía preexistente	23,70	7,00
URINARIO	50435	Intercambio de catéter de nefrostomía, percutáneo, incluido el nefrostograma de diagnóstico y / o el ureterograma cuando se realiza, la guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada.	13,46	7,00
URINARIO	50500	Nefrorrafia, sutura de herida o lesión de riñón	34,52	7,00
URINARIO	50520	Cierre de fístula nefrocútea o pielocútea	30,65	6,00
URINARIO	50525	Cierre de la fístula nefrovisceral (p. Ej., Renocólico), incluida la reparación visceral; abordaje abdominal	48,85	7,00
URINARIO	50526	Cierre de la fístula nefrovisceral (p. Ej., Renocólica), incluida la reparación visceral; abordaje torácico	44,77	12,00
URINARIO	50540	Sinfisiotomía para riñón en herradura con o sin pieloplastia y / u otro procedimiento plástico, unilateral o bilateral (1 cirugía)	33,83	7,00
URINARIO	50541	La laparoscopia, cirugía; ablación de quistes renales	27,36	7,00
URINARIO	50542	Laparoscopia quirúrgica; ablación de la (s) masa (s) renal (es), incluida la guía y monitorización por ecografía intraoperatoria, cuando se realiza	34,71	7,00
URINARIO	50543	Nefrectomía parcial laparoscópica	44,29	7,00
URINARIO	50544	Pieloplastia laparoscópica	37,15	7,00
URINARIO	50545	Nefrectomía radical laparoscópica (incluye la extirpación de la fascia de Gerota y el tejido graso circundante, la extirpación de los ganglios linfáticos regionales y la adrenalectomía)	39,95	7,00
URINARIO	50546	Nefrectomía laparoscópica, incluyendo ureterectomía parcial	35,90	7,00
URINARIO	50547	Nefrectomía laparoscópica de donante vivo (incluyendo preservación en frío)	48,90	7,00
URINARIO	50548	Nefrectomía laparoscópica, incluyendo ureterectomía total	40,18	7,00
URINARIO	50549	Procedimiento laparoscópico en riñón no listado	CM	7,00
URINARIO	50551	Endoscopia renal a través de nefrostomía o pielostomía establecida, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico.	10,63	5,00
URINARIO	50553	Endoscopia renal mediante nefrostomía o pielostomía establecida, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía; con cateterismo ureteral, con o sin dilatación del uréter; exclusivo de servicio radiológico.	11,32	5,00
URINARIO	50555	Endoscopia renal mediante nefrostomía o pielostomía establecida, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía; exclusivo de servicio radiológico, con biopsia	12,17	5,00
URINARIO	50557	Endoscopia renal mediante nefrostomía o pielostomía establecida, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico, con fulguración y / o incisión, con o sin biopsia	12,39	5,00
URINARIO	50561	Endoscopia renal mediante nefrostomía o pielostomía establecida, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico, con eliminación de cuerpo	14,03	5,00

		extraño o cálculo		
URINARIO	50562	Endoscopia renal mediante nefrostomía o pielostomía establecida, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico, con resección de tumor	17,32	7,00
URINARIO	50570	Endoscopia renal mediante nefrotomía o pielotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico.	14,76	6,00
URINARIO	50572	Endoscopia renal a través de nefrotomía o pielotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico. cateterismo ureteral, con o sin dilatación del uréter	15,90	6,00
URINARIO	50574	Endoscopia renal a través de nefrotomía o pielotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico, con biopsia	16,90	6,00
URINARIO	50575	Endoscopia renal a través de nefrotomía o pielotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico, con endopielotomía (incluye cistoscopia, ureteroscopia, dilatación del uréter y la unión pélvica ureteral, incisión de la unión pélvica ureteral e inserción del stent de endopielotomía)	21,38	6,00
URINARIO	50576	Endoscopia renal a través de nefrotomía o pielotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico, con fulguración y / o incisión, con o sin biopsia	16,86	6,00
URINARIO	50580	Endoscopia renal a través de nefrotomía o pielotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico, con eliminación de cuerpo extraño o cálculo	18,17	6,00
URINARIO	50590	Litotripsia, onda de choque extracorpórea	21,11	6,00
URINARIO	50592	Ablación de uno o más tumores renales de forma percutánea mediante radiofrecuencia. Procedimiento unilateral	35,25	6,00
URINARIO	50593	Ablación de tumores renales de forma percutánea mediante crioterapia. Procedimiento unilateral	128,69	6,00
URINARIO	50600	Ureterotomía con exploración o drenaje (procedimiento separado)	28,07	7,00
URINARIO	50605	Ureterotomía para inserción de catéter ureteral permanente, todos los tipos	29,87	7,00
URINARIO	50606	Biopsia endoluminal de uréter y / o pelvis renal, no endoscópica, incluida la guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	20,12	7,00
URINARIO	50610	Ureterolitotomía; tercio superior del uréter	28,82	7,00
URINARIO	50620	Ureterolitotomía; tercio medio del uréter	26,83	6,00
URINARIO	50630	Ureterolitotomía; tercio inferior del uréter	26,71	6,00
URINARIO	50650	Ureterectomía con manguito vesical (procedimiento separado)	30,84	7,00
URINARIO	50660	Escisión completa del uréter ectópico mediante abordaje combinado abdominal, vaginal y perineal.	34,57	7,00
URINARIO	50684	Procedimiento de inyección para ureterografía o ureteropelografía a través de ureterostomía o catéter ureteral permanente	3,06	5,00
URINARIO	50686	Estudios manométricos a través de ureterostomía o catéter ureteral permanente	4,26	5,00
URINARIO	50688	Cambio del tubo de ureterostomía o stent ureteral accesible externamente a través del conducto ileal	2,34	6,00
URINARIO	50690	Procedimiento de inyección para la visualización del conducto ileal y / o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico.	2,87	4,00
URINARIO	50693	Colocación de stent ureteral, percutáneo, incluyendo nefrostograma de diagnóstico y / o ureterograma cuando se realiza, guía de imagen (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia), y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada; tracto de nefrostomía preexistente	28,18	4,00

URINARIO	50694	Colocación de stent ureteral, percutáneo, incluyendo nefrostograma de diagnóstico y / o ureterograma cuando se realiza, guía de imagen (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia), y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada; nuevo acceso, sin catéter de nefrostomía separado	30,97	4,00
URINARIO	50695	Colocación de stent ureteral, percutáneo, incluyendo nefrostograma de diagnóstico y / o ureterograma cuando se realiza, guía de imagen (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia), y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada; nuevo acceso, con catéter de nefrostomía separado	38,04	4,00
URINARIO	50700	Ureteroplastia, operación plástica en uréter (P. ej. por estenosis)	27,47	7,00
URINARIO	50705	Embolización u oclusión ureteral, incluida la guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	55,12	7,00
URINARIO	50706	Dilatación con globo, estenosis ureteral, incluida la guía de imágenes (p. Ej., Ultrasonido y / o fluoroscopia) y toda la supervisión e interpretación radiológica asociada (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	28,50	7,00
URINARIO	50715	Ureterolisis, con o sin reposicionamiento del uréter debido a fibrosis retroperitoneal	36,98	7,00
URINARIO	50722	Ureterolisis por síndrome de vena ovárica	31,48	6,00
URINARIO	50725	Ureterolisis para ureter retrocavo con reanastomosis de tracto urinario superior o vena cava	33,68	7,00
URINARIO	50727	Revisión de anastomosis urinaria-cutánea (cualquier tipo de urostomía)	15,13	6,00
URINARIO	50728	Revisión de la anastomosis urinario-cutánea (cualquier tipo de urostomía); con reparación de defecto fascial y hernia	20,73	6,00
URINARIO	50740	Ureteropielostomía, anastomosis de uréter y pelvis renal	37,10	7,00
URINARIO	50750	Ureterocalicostomía, anastomosis de ureter al cáliz renal	34,08	7,00
URINARIO	50760	Uretero-ureterostomía	33,74	6,00
URINARIO	50770	Transuretero-ureterostomía, anastomosis de uréter al uréter contralateral	35,14	7,00
URINARIO	50780	Ureteroneocistostomía; anastomosis de un solo uréter a la vejiga	33,13	6,00
URINARIO	50782	Ureteroneocistostomía; anastomosis de doble uréter a la vejiga	36,41	6,00
URINARIO	50783	Ureteroneocistostomía; con plastia ureteral extensa	33,76	6,00
URINARIO	50785	Ureteroneocistostomía; con anclaje vesico-psoas o colgajo vesical	36,17	6,00
URINARIO	50800	Ureteroenterostomía, anastomosis directa del uréter al intestino	27,49	6,00
URINARIO	50810	Ureterosigmoidostomía, con creación de vejiga sigmoidea y establecimiento de colostomía abdominal ó perineal, incluyendo anastomosis intestinal	41,52	6,00
URINARIO	50815	Conducto de ureterocolon, incluida la anastomosis intestinal	36,50	6,00
URINARIO	50820	Conducto ureteroileal (vejiga ileal), incluida la anastomosis intestinal (operación de bricker)	39,22	6,00
URINARIO	50825	Derivación urinaria de continencia, incluida la anastomosis intestinal utilizando cualquier segmento del intestino delgado y / o grueso (bolsa de Kock o enterocistoplastia de Camey)	49,50	6,00
URINARIO	50830	Desmontaje de desviación urinaria (p.ej. Retiro de conducto ureteroileal, ureterosigmoidostomía o ureteroenterostomía con ureteroureterostomía o ureteroneocistostomía)	54,33	6,00
URINARIO	50840	Reemplazo total o parcial del uréter por segmento intestinal, incluida la anastomosis intestinal	36,65	7,00
URINARIO	50845	Apéndice-vesicostomía cutánea	37,20	6,00
URINARIO	50860	Ureterostomía, transplante de uréter a la piel	28,39	7,00
URINARIO	50900	Ureterorrafia, sutura de uréter (procedimiento separado)	25,69	7,00
URINARIO	50920	Cierre de fístula ureterocutánea	27,31	7,00
URINARIO	50930	Cierre de fístula ureterovisceral (incluyendo reparación visceral)	32,78	6,00
URINARIO	50940	Retirada de suturas o alambres previamente colocados en el	26,20	6,00

		conducto urinario (uréter)		
URINARIO	50945	Ureterolitotomía por laparoscopia	29,12	6,00
URINARIO	50947	Ureteroneocistostomía por laparoscopia con cistoscopia, con colocación de catéter ureteral	41,38	6,00
URINARIO	50948	Ureteroneocistostomía por laparoscopia sin cistoscopia ni colocación de catéter ureteral	38,05	6,00
URINARIO	50949	Procedimiento laparoscópico en uréter no listado	CM	6,00
URINARIO	50951	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía establecida, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo de servicio radiológico.	11,10	5,00
URINARIO	50953	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía establecida, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo del servicio radiológico; con cateterismo ureteral, con o sin dilatación del uréter	11,72	5,00
URINARIO	50955	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía establecida, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo del servicio radiológico; con biopsia	12,56	5,00
URINARIO	50957	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía establecida, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo del servicio radiológico; con fulguración y / o incisión, con o sin biopsia	12,68	5,00
URINARIO	50961	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía establecida, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo del servicio radiológico; con eliminación de cuerpo extraño o cálculo	11,43	5,00
URINARIO	50970	Endoscopia ureteral a través de ureterotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo del servicio radiológico.	11,07	6,00
URINARIO	50972	Endoscopia ureteral a través de ureterotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo del servicio radiológico; con cateterismo ureteral, con o sin dilatación del uréter	10,69	6,00
URINARIO	50974	Endoscopia ureteral a través de ureterotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo del servicio radiológico; con biopsia	14,13	6,00
URINARIO	50976	Endoscopia ureteral a través de ureterotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo del servicio radiológico; con fulguración y / o incisión, con o sin biopsia	13,94	6,00
URINARIO	50980	Endoscopia ureteral a través de ureterotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo del servicio radiológico; con eliminación de cuerpo extraño o cálculo	10,63	6,00
URINARIO	51020	Cistotomía o cistostomía; con fulguración y / o inserción de material radiactivo	13,91	5,00
URINARIO	51030	Cistotomía o cistostomía; con destrucción crioquirúrgica de lesión intravesical	13,94	6,00
URINARIO	51040	Cistostomía, cistotomía con drenaje.	12,00	6,00
URINARIO	51045	Cistotomía, con inserción de catéter ureteral o stent (procedimiento separado)	14,59	6,00
URINARIO	51050	Cistolitotomía, cistotomía con extracción de cálculo, sin resección de cuello vesical	14,00	5,00
URINARIO	51060	Ureterolitotomía transvesical	22,00	6,00
URINARIO	51065	Cistotomía, con extracción con canasta de cálculo y / o fragmentación ultrasónica o electrohidráulica de cálculo ureteral	22,00	6,00
URINARIO	51080	Drenaje de absceso de espacio perivesical o prevesical	12,17	6,00
URINARIO	51100	Aspiración de vejiga mediante aguja	1,80	6,00
URINARIO	51101	Aspiración de vejiga mediante trocar o intracáteter	3,57	6,00
URINARIO	51102	Aspiración de vejiga con inserción de catéter suprapúbico	6,60	6,00
URINARIO	51500	Escisión de quiste del uraco o de seno uracal, con o sin corrección de hernia umbilical	18,97	6,00
URINARIO	51520	Cistotomía; para la escisión simple del cuello vesical	17,70	6,00

		(procedimiento separado)		
URINARIO	51525	Cistotomía; para la escisión del divertículo vesical, simple o múltiple (procedimiento separado)	25,57	6,00
URINARIO	51530	Cistotomía; para la extirpación del tumor de vejiga	23,87	6,00
URINARIO	51535	Cistotomía para escisión, incisión o reparación de ureterocele	23,22	6,00
URINARIO	51550	Cistectomía parcial simple	28,85	6,00
URINARIO	51555	Cistectomía parcial; complicada (p. ej., postradiación, cirugía previa, ubicación difícil)	37,85	6,00
URINARIO	51565	Cistectomía parcial, con reimplante de uréter (s) en la vejiga (ureteroneocistostomía)	38,80	6,00
URINARIO	51570	Cistectomía completa (procedimiento separado)	44,11	8,00
URINARIO	51575	Cistectomía completa; con linfadenectomía pélvica bilateral, incluidos los ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadores	54,30	8,00
URINARIO	51580	Cistectomía completa, con ureterosigmoidostomía o trasplantes ureterocutáneos	57,47	8,00
URINARIO	51585	Cistectomía completa, con ureterosigmoidostomía o trasplantes ureterocutáneos; con linfadenectomía pélvica bilateral, incluidos los ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadores	63,11	8,00
URINARIO	51590	Cistectomía completa con conducto ureteroileal o vejiga sigmoidea, incluida la anastomosis intestinal.	57,69	8,00
URINARIO	51595	Cistectomía completa, con conducto ureteroileal o vejiga sigmoidea, incluida la anastomosis intestinal; con linfadenectomía pélvica bilateral, incluidos los ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadores	65,23	8,00
URINARIO	51596	Cistectomía, completa, con derivación de urinaria, cualquier técnica abierta, usando cualquier segmento del intestino delgado y / o grueso para construir la neovejiga	70,17	8,00
URINARIO	51597	Evisceración pélvica, completa, para malignidad vesical, prostática o uretral, con extirpación de trasplantes de vejiga y ureteral, con o sin histerectomía y / o resección abdominoperineal de recto y colon y colostomía, o cualquier combinación de los mismos.	68,38	8,00
URINARIO	51600	Procedimiento de inyección para cistografía o uretrocistografía miccional	5,25	3,00
URINARIO	51605	Procedimiento de inyección y colocación de cadena para uretrocistografía de cadena.	1,14	3,00
URINARIO	51610	Inyección para uretrocistografía retrógrada	3,08	3,00
URINARIO	51700	Irrigación de la vejiga, simple, lavado y/o instilación	2,10	3,00
URINARIO	51701	Inserción de una sonda vesical no permanente (p. Ej., Cateterización directa para orina residual)	1,38	3,00
URINARIO	51702	Inserción de una sonda vesical permanente; simple (por ejemplo, Foley)	1,82	3,00
URINARIO	51703	Inserción de una sonda vesical permanente; complicado (p. ej., anatomía alterada, catéter / balón fracturado)	3,63	3,00
URINARIO	51705	Cambio de tubo de cistostomía; simple	2,63	4,00
URINARIO	51710	Cambio de tubo de cistostomía; complicado	3,73	4,00
URINARIO	51715	Inyección endoscópica de material de implantable en los tejidos submucosos de la uretra y / o el cuello de la vejiga.	8,49	3,00
URINARIO	51720	Instilación vesical de agente anticancerígeno (incluido el tiempo de retención)	2,55	3,00
URINARIO	51725	Cistometrograma (CMG) simple (P. ej. manómetro espinal)	5,38	3,00
URINARIO	51726	Cistometrograma (CMG) complejo (P. ej. Calibración de equipo electrónico)	7,56	3,00
URINARIO	51727	Cistometrograma complejo (es decir, equipo electrónico calibrado); con estudios de perfil de presión uretral (es decir, perfil de presión de cierre uretral), cualquier técnica	8,94	3,00
URINARIO	51728	Cistometrograma complejo (es decir, equipo electrónico)	9,03	3,00

		calibrado); con estudios de presión miccional (es decir, presión miccional de la vejiga), cualquier técnica		
URINARIO	51729	Cistometrograma complejo (es decir, equipo electrónico calibrado); con estudios de presión miccional (es decir, presión miccional de la vejiga) y estudios de perfil de presión uretral (es decir, perfil de presión de cierre uretral), cualquier técnica	9,77	3,00
URINARIO	51736	Uroflujometría (UFM) simple (p.ej. Velocidad de detención de flujo, uroflujometría mecánica)	0,45	3,00
URINARIO	51741	Uroflujometría compleja (p. Ej., Equipos electrónicos calibrados)	0,60	3,00
URINARIO	51784	Estudios de electromiografía (EMG) del esfínter anal o uretral, que no sean con agujas, cualquier técnica	2,10	3,00
URINARIO	51785	Estudios de electromiografía con aguja (EMG) del esfínter anal o uretral, cualquier técnica	7,70	3,00
URINARIO	51792	Respuesta provocada por el estímulo (p. Ej., Medición del tiempo de latencia del reflejo bulbocavernoso)	6,06	3,00
URINARIO	51797	Estudios de presión miccional, intraabdominal (es decir, rectal, gástrico, intraperitoneal) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,21	3,00
URINARIO	51798	Medición de orina residual y/o capacidad vesical mediante ecografía, sin imágenes	0,56	3,00
URINARIO	51800	Cistoplastia o cistouretroplastia, operación plástica en vejiga y / o cuello vesical (plastia en Y anterior, resección del fondo vesical), cualquier procedimiento, con o sin resección en cuña del cuello vesical posterior	31,15	6,00
URINARIO	51820	Cistouretroplastia con ureteroneocistostomía unilateral o bilateral	35,50	6,00
URINARIO	51840	Vesicouretropexia anterior o uretropexia (por ejemplo, Marshall-Marchetti-Krantz, Burch); simple	19,50	6,00
URINARIO	51841	Vesicouretropexia anterior o uretropexia (por ejemplo, Marshall-Marchetti-Krantz, Burch); compleja (p. ej., reparación secundaria)	23,32	6,00
URINARIO	51845	Suspensión del cuello vesical abdomino vaginal, con o sin control endoscópico (p.ej. Stamey, Raz, Pereyra modificado)	20,00	6,00
URINARIO	51860	Cistorrafia, sutura de herida, lesión o ruptura de vejiga; simple	22,35	6,00
URINARIO	51865	Cistorrafia, sutura de herida, lesión o ruptura de vejiga; complicada	26,76	6,00
URINARIO	51880	Cierre de cistostomía (procedimiento separado)	13,93	6,00
URINARIO	51900	Cierre de fístula vesicovaginal, abordaje abdominal	30,00	6,00
URINARIO	51920	Cierre de fístula vesicouterina	23,44	6,00
URINARIO	51925	Cierre de fístula vesicouterina, con histerectomía	30,80	6,00
URINARIO	51940	Cierre de extrofia de vejiga	49,30	6,00
URINARIO	51960	Enterocistoplastia, incluyendo anastomosis de intestino	41,26	6,00
URINARIO	51980	Vesicostomía cutánea	21,18	6,00
URINARIO	51990	Suspensión uretral por incontinencia de esfuerzo por laparoscopia	22,36	6,00
URINARIO	51992	colocación de cabestrillo para la incontinencia de esfuerzo (p. ej., fascia o sintético) laparoscópica	25,00	6,00
URINARIO	51999	Procedimiento laparoscopico en vejiga no listado	CM	3,00
URINARIO	52000	Cistouretroscopia (procedimiento separado)	4,75	3,00
URINARIO	52001	Cistouretroscopia con irrigación y evacuación de múltiples coágulos obstructores	10,92	3,00
URINARIO	52005	Cistouretroscopia, con cateterismo ureteral, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo del servicio radiológico.	7,70	3,00
URINARIO	52007	Cistouretroscopia, con cateterismo ureteral, con o sin irrigación, instilación o ureteropelografía, exclusivo del servicio radiológico; con biopsia con cepillo de uréter y / o pelvis renal	12,78	3,00
URINARIO	52010	Cistouretroscopia, con cateterización del conducto eyaculador, con o sin irrigación, instilación o radiografía del conducto, exclusivo del servicio radiológico.	10,62	3,00

URINARIO	52204	Cistouretroscopía con biopsia(s)	10,62	3,00
URINARIO	52214	Cistouretroscopia, con fulguración (incluida la criocirugía o cirugía con láser) del trigono, cuello vesical, fosa prostática, uretra o glándulas periuretrales	18,94	3,00
URINARIO	52224	Cistouretroscopia, con fulguración (incluyendo criocirugía o cirugía con láser) o tratamiento de lesiones MENORES (menos de 0.5 cm) con o sin biopsia	19,85	3,00
URINARIO	52234	Cistouretroscopia, con fulguración (incluyendo criocirugía o cirugía con láser) y / o resección de; Tumor (es) pequeño (s) de vejiga (0.5 hasta 2.0 cm)	7,35	5,00
URINARIO	52235	Cistouretroscopia, con fulguración (incluyendo criocirugía o cirugía con láser) y / o resección de; Tumor (es) vesical (es) MEDIO (2.0 a 5.0 cm)	10,20	5,00
URINARIO	52240	Cistouretroscopia, con fulguración (incluyendo criocirugía o cirugía con láser) y / o resección de; Tumor (es) grande (s) de vejiga	15,20	5,00
URINARIO	52250	Cistouretroscopia con inserción de sustancia radioactiva, con o sin biopsia o fulguración	7,15	3,00
URINARIO	52260	Cistouretroscopia, con dilatación de la vejiga por cistitis intersticial; con anestesia general o de conducción (espinal)	6,28	3,00
URINARIO	52265	Cistouretroscopia, con dilatación de la vejiga por cistitis intersticial; con anestesia local	10,54	3,00
URINARIO	52270	Cistouretroscopía con uretrotomía interna en mujeres	10,30	3,00
URINARIO	52275	Cistouretroscopía con uretrotomía interna en varones	13,90	3,00
URINARIO	52276	Cistouretroscopía con uretrotomía interna por visión directa	7,91	3,00
URINARIO	52277	Cistouretroscopía con resección de esfínter externo (esfínterotomía)	9,65	3,00
URINARIO	52281	Cistouretroscopia, con calibración y / o dilatación de estrechez o estenosis uretrales, con o sin meatotomía, con o sin procedimiento de inyección para cistografía, hombre o mujer	7,91	3,00
URINARIO	52282	Cistouretroscopia, con inserción de stent uretral permanente	10,06	3,00
URINARIO	52283	Cistouretroscopia, con inyección de esteroides en estenosis	8,11	3,00
URINARIO	52285	Cistouretroscopia para el tratamiento del síndrome uretral femenino con cualquiera o todos los siguientes: meatotomía uretral, dilatación uretral, uretrotomía interna, lisis de fibrosis septal uretrovaginal, incisiones laterales del cuello de la vejiga y fulguración de pólipos de uretra, cuello vesical y / o trigono	8,18	3,00
URINARIO	52287	Cistouretroscopia, con inyección (es) para quimiodenervación de la vejiga	9,03	3,00
URINARIO	52290	Cistouretroscopia; con meatotomía uretral, unilateral o bilateral	7,28	3,00
URINARIO	52300	Cistouretroscopia; con resección o fulguración de ureterocele (s) ortotópico (s), unilateral o bilateral	8,37	3,00
URINARIO	52301	Cistouretroscopia; con resección o fulguración de ureterocele (s) ectópico, unilateral o bilateral	8,66	3,00
URINARIO	52305	Cistouretroscopia; con incisión o resección del divertículo vesical, simple o múltiple	8,34	3,00
URINARIO	52310	Cistouretroscopia, con extracción de cuerpo extraño, cálculo o stent uretral de uretra o vejiga (procedimiento separado); simple	7,09	3,00
URINARIO	52315	Cistouretroscopia, con extracción de cuerpo extraño, cálculo o stent uretral de uretra o vejiga (procedimiento separado); Compleja	12,05	3,00
URINARIO	52317	Litolapaxia: trituración o fragmentación del cálculo por cualquier medio en la vejiga y eliminación de fragmentos; simple o pequeño (menos de 2.5 cm)	23,22	3,00
URINARIO	52318	Litolapaxia: trituración o fragmentación del cálculo por cualquier medio en la vejiga y eliminación de fragmentos; complicado o grande (más de 2.5 cm)	14,14	3,00

URINARIO	52320	Cistouretrosopia (incluida la cateterización ureteral); con eliminación de cálculo ureteral	7,38	5,00
URINARIO	52325	Cistouretrosopia (incluida la cateterización ureteral); con fragmentación del cálculo ureteral (p. ej., técnica ultrasónica o electrohidráulica)	9,60	5,00
URINARIO	52327	Cistouretrosopia (incluida la cateterización ureteral); con inyección subureterica de material implantable	7,84	5,00
URINARIO	52330	Cistouretrosopia (incluida la cateterización ureteral); con manipulación, sin remoción de cálculo ureteral	14,33	5,00
URINARIO	52332	Cistouretrosopia, con inserción de stent ureteral permanente (p. Ej., Gibbons o tipo doble J)	14,06	3,00
URINARIO	52334	Cistouretrosopia con inserción de alambre de guía ureteral a través del riñón para establecer una nefrostomía percutánea, retrógrada	7,63	6,00
URINARIO	52341	Cistouretrosopia; con tratamiento de estenosis ureteral (p. ej., dilatación con balón, láser, electrocauterización e incisión)	9,10	3,00
URINARIO	52342	Cistouretrosopia; con tratamiento de la estenosis de la unión ureteropélvica (p. ej., dilatación con balón, láser, electrocauterización e incisión)	9,24	3,00
URINARIO	52343	Cistouretrosopia; con tratamiento de estenosis intrarrenal (p. ej., dilatación con balón, láser, electrocauterización e incisión)	10,27	3,00
URINARIO	52344	Cistouretrosopia con ureterosopia; con tratamiento de estenosis ureteral (p. ej., dilatación con balón, láser, electrocauterización e incisión)	11,04	3,00
URINARIO	52345	Cistouretrosopia con ureterosopia; con tratamiento de estenosis de la unión ureteropélvica (p. ej., dilatación con balón, láser, electrocauterización e incisión)	11,78	3,00
URINARIO	52346	Cistouretrosopia con ureterosopia; con tratamiento de estenosis intrarrenal (p. ej., dilatación con balón, láser, electrocauterización e incisión)	13,32	3,00
URINARIO	52351	Cistouretrosopia, con ureterosopia y / o pieloscopia; diagnóstica	10,65	3,00
URINARIO	52352	Cistouretrosopia, con ureterosopia y / o pieloscopia; con extracción o manipulación de cálculo (se incluye cateterismo ureteral)	13,60	5,00
URINARIO	52353	Cistouretrosopia, con ureterosopia y / o pieloscopia; con litotripsia (se incluye cateterismo ureteral)	15,30	5,00
URINARIO	52354	Cistouretrosopia, con ureterosopia y / o pieloscopia; con biopsia y / o fulguración de lesión pélvica ureteral o renal	14,90	3,00
URINARIO	52355	Cistouretrosopia, con ureterosopia y / o pieloscopia; con resección de tumor pélvico ureteral o renal	13,97	3,00
URINARIO	52356	Cistouretrosopia, con ureterosopia y / o pieloscopia; con litotripsia, incluida la inserción de un stent ureteral permanente (p. ej., Gibbons o tipo doble J)	12,42	3,00
URINARIO	52400	Cistouretrosopia con incisión, fulguración o resección de válvulas uretrales posteriores congénitas o pliegues hipertróficos obstructivos congénitos de la mucosa	16,90	3,00
URINARIO	52402	Cistouretrosopia con resección transuretral o incisión de los conductos eyaculadores	7,98	3,00
URINARIO	52441	Cistouretrosopia, con inserción de implante transprostático ajustable permanente; implante simple	35,44	3,00
URINARIO	52442	Cistouretrosopia, con inserción de implante transprostático ajustable permanente; cada implante transprostático ajustable permanente adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	27,01	3,00
URINARIO	52450	Incisión transuretral de próstata	13,93	3,00
URINARIO	52500	Resección transuretral de cuello de vejiga (procedimiento separado)	14,47	5,00
URINARIO	52601	Resección electroquirúrgica transuretral completa de próstata,	25,16	5,00

		incluido el control del sangrado postoperatorio, (se incluyen vasectomía, meatotomía, cistoureoscopia, calibración y / o dilatación uretral, y uretrotomía interna)		
URINARIO	52630	Resección transuretral completa; de tejido residual o regeneración del tejido obstructivo de la próstata, incluido el control del sangrado postoperatorio, (se incluyen vasectomía, meatotomía, cistoureoscopia, calibración y / o dilatación uretral, y uretrotomía interna)	20,00	5,00
URINARIO	52640	Resección transuretral de estenosis de cuello vesical postoperatoria	10,00	5,00
URINARIO	52647	coagulación con láser de próstata, incluido el control del sangrado postoperatorio, completa (vasectomía, meatotomía, cistoureoscopia, calibración y / o dilatación uretral, y uretrotomía interna se incluyen si se realiza)	51,23	5,00
URINARIO	52648	vaporización con láser de la próstata, incluido el control de la hemorragia postoperatoria, completa (vasectomía, meatotomía, cistoureoscopia, calibración y / o dilatación uretral, uretrotomía interna y resección transuretral de la próstata, si se realiza)	52,74	5,00
URINARIO	52649	enucleación con láser de la próstata con morcelación, incluido el control del sangrado postoperatorio, completa (vasectomía, meatotomía, cistoureoscopia, calibración y / o dilatación uretral, uretrotomía interna y resección transuretral de la próstata si se realiza)	24,46	5,00
URINARIO	52700	Drenaje transuretral de absceso prostático	13,11	3,00
URINARIO	53000	Uretrotomía o uretrotomía externa (procedimiento separado); uretra péndula	4,37	3,00
URINARIO	53010	Uretrotomía o uretrotomía externa (procedimiento separado); uretra perineal, externa	8,72	3,00
URINARIO	53020	Meatotomía, corte de meato (procedimiento separado); excepto lactante	2,90	3,00
URINARIO	53025	Meatotomía, corte de meato (procedimiento separado); lactante	2,13	3,00
URINARIO	53040	Drenaje de absceso periuretral profundo	11,64	3,00
URINARIO	53060	Drenaje de absceso o quiste de glándula de Skene	5,41	3,00
URINARIO	53080	Drenaje de extravasación urinaria perineal no complicada (procedimiento separado)	12,45	3,00
URINARIO	53085	Drenaje de extravasación urinaria perineal complicada	19,65	3,00
URINARIO	53200	Biopsia de uretra	4,62	3,00
URINARIO	53210	Uretrectomía total, incluyendo cistostomía en mujer	23,19	3,00
URINARIO	53215	Uretrectomía total, incluyendo cistostomía en varón	27,64	3,00
URINARIO	53220	Excisión o fulguración de carcinoma de uretra	13,61	3,00
URINARIO	53230	Excisión de divertículo de uretra (procedimiento separado); mujer	17,99	3,00
URINARIO	53235	Excisión de divertículo de uretra (procedimiento separado); hombre	18,85	3,00
URINARIO	53240	Marsupialización de divertículo uretral, hombre o mujer	12,60	3,00
URINARIO	53250	Excisión de glándula bulbouretral (glándula de Cowper)	12,13	3,00
URINARIO	53260	Excisión o fulguración; pólipos uretral(es), uretra distal	5,92	3,00
URINARIO	53265	Excisión o fulguración de carúncula uretral	6,40	3,00
URINARIO	53270	Excisión o fulguración de glándulas de Skene	6,07	3,00
URINARIO	53275	Excisión o fulguración de prolapso uretral	7,82	3,00
URINARIO	53400	Uretroplastia; primera etapa, para fístula, divertículo o estenosis (p. ej., tipo Johanssen)	23,78	3,00
URINARIO	53405	Uretroplastia; segunda etapa (formación de uretra), incluyendo la división urinaria	26,16	3,00
URINARIO	53410	Uretroplastia, reconstrucción de uretra anterior masculina en una etapa	29,08	3,00
URINARIO	53415	Uretroplastia, transpúbica o perineal, 1 etapa, para reconstrucción o reparación de uretra prostática o membranosa	33,63	3,00

URINARIO	53420	Uretroplastia, reconstrucción en 2 etapas o reparación de uretra prostática o membranosa; primera etapa	25,02	3,00
URINARIO	53425	Uretroplastia, reconstrucción en 2 etapas o reparación de uretra prostática o membranosa; Segunda etapa	27,87	3,00
URINARIO	53430	Uretroplastía, reconstrucción de uretra femenina	28,77	3,00
URINARIO	53431	Uretroplastia con tubularización de uretra posterior y / o vejiga inferior por incontinencia (p. Ej., Procedimiento de Tenago, Leadbetter)	34,34	4,00
URINARIO	53440	Operación de cabestrillo para corrección de incontinencia urinaria masculina (p. Ej., Fascia o sintética)	22,37	6,00
URINARIO	53442	Remoción o revisión de cabestrillo para la incontinencia urinaria masculina (p. Ej., Fascia o sintético)	23,23	6,00
URINARIO	53444	Inserción de manguito en tandem (manguito doble)	23,56	3,00
URINARIO	53445	Colocación de esfínter inflable a nivel de uretra/cuello vesical, incluyendo colocación de bomba, reservorio y manguito	27,00	3,00
URINARIO	53446	Remoción de esfínter inflable para el cuello vesical o uretra, incluyendo la bomba, reservorio y manguito	19,05	3,00
URINARIO	53447	Remoción y remplazo de esfínter inflable para el cuello vesical o uretra, incluyendo la bomba, reservorio y manguito, en la misma operación	24,02	3,00
URINARIO	53448	Extracción y remplazo del esfínter inflable del cuello de la vejiga / uretra, incluida la bomba, el reservorio y el manguito a través de un campo infectado en la misma sesión operativa, incluido el riego y el desbridamiento del tejido infectado	38,18	3,00
URINARIO	53449	Reparación del esfínter inflable del cuello de la vejiga / uretra, incluida la bomba, el reservorio y el manguito	18,15	3,00
URINARIO	53450	Uretromeatoplastia con avance de la mucosa	12,11	3,00
URINARIO	53460	Uretromeatoplastia con excisión parcial del segmento distal uretral (procedimiento tipo Richardson)	13,59	3,00
URINARIO	53500	Uretrólisis, transvaginal, secundaria, abierta, incluida la cistouretroscopia (p. Ej., Obstrucción posquirúrgica, cicatrización)	22,24	3,00
URINARIO	53502	Uretrorrafia, sutura de herida o lesión uretral; mujeres	14,43	3,00
URINARIO	53505	Uretrorrafia, sutura de herida o lesión uretral; hombres	14,41	3,00
URINARIO	53510	Uretrorrafia, sutura de herida o lesión uretral; perineal	18,74	3,00
URINARIO	53515	Uretrorrafia, sutura de herida o lesión uretral; prostatomembranosa	23,46	3,00
URINARIO	53520	Cierre de uretostomía o de fístula uretrocutánea en hombres (procedimiento separado)	16,50	3,00
URINARIO	53600	Procedimiento inicial para la dilatación de estrechez uretral mediante sonda o dilatador uretral en hombres	2,44	3,00
URINARIO	53601	Procedimiento subsiguiente para la dilatación de estrechez uretral mediante sonda o dilatador uretral en hombres	2,37	3,00
URINARIO	53605	Dilatación de estenosis uretral o cuello vesical mediante un dilatador uretral o sonda en hombres con anestesia general o regional	1,93	3,00
URINARIO	53620	Dilatación de estenosis uretral mediante pasaje de sonda filiforme y seguidora; hombre, inicial	3,41	3,00
URINARIO	53621	Dilatación de estenosis uretral mediante pasaje de sonda filiforme y seguidora; hombre, subsiguiente	3,18	3,00
URINARIO	53660	Dilatación de uretra femenina, incluyendo supositorio y/o instilación; inicial	2,04	3,00
URINARIO	53661	Dilatación de uretra femenina, incluyendo supositorio y/o instilación; subsiguiente	2,01	3,00
URINARIO	53665	Dilatación de estenosis uretral femenina con anestesia general o regional	1,30	3,00
URINARIO	53850	Destrucción transuretral de tejido prostático mediante termoterapia con microondas	59,43	5,00
URINARIO	53852	Destrucción transuretral de tejido prostático mediante	54,91	5,00

		termoterapia con radiofrecuencia		
URINARIO	53855	Inserción de stent uretro-prostático temporal, incluyendo medición uretral	22,17	5,00
URINARIO	53860	Micro remodelación transuretral de radiofrecuencia del cuello de la vejiga femenina y la uretra proximal para la incontinencia urinaria de esfuerzo	44,71	6,00
URINARIO	53899	Procedimiento no listado, sistema urinario	CM	3,00
MASCULINO	54000	Corte de prepucio, dorsal o lateral (procedimiento separado); recién nacido	4,31	3,00
MASCULINO	54001	Corte de prepucio, dorsal o lateral (procedimiento separado); excepto recién nacido	5,39	3,00
MASCULINO	54015	Incisión y drenaje del pene profundo	9,15	3,00
MASCULINO	54050	Destrucción de la (s) lesión (es), pene (p. Ej., Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; químico	3,86	3,00
MASCULINO	54055	Destrucción de la (s) lesión (es), pene (p. Ej., Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; electrodesecación	3,46	3,00
MASCULINO	54056	Destrucción de la (s) lesión (es), pene (p. Ej., Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; criocirugía	4,13	3,00
MASCULINO	54057	Destrucción de la (s) lesión (es), pene (p. Ej., Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; cirugía láser	3,95	3,00
MASCULINO	54060	Destrucción de la (s) lesión (es), pene (p. Ej., Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; escisión quirúrgica	5,23	3,00
MASCULINO	54065	Destrucción de la (s) lesión (es), pene (p. Ej., Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), extensa (p. Ej., Cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimiocirugía)	6,39	3,00
MASCULINO	54100	Biopsia de pene; (procedimiento separado)	5,77	3,00
MASCULINO	54105	Biopsia de pene; estructuras profundas	7,74	3,00
MASCULINO	54110	Escisión de placa de pene (enfermedad de Peyronie)	18,60	3,00
MASCULINO	54111	Escisión de placa de pene (enfermedad de Peyronie); con injerto de hasta 5 cm de longitud	24,01	3,00
MASCULINO	54112	Escisión de placa de pene (enfermedad de Peyronie); con injerto de más de 5 cm de longitud	27,90	3,00
MASCULINO	54115	Extracción de cuerpo extraño del tejido profundo del pene (p. Ej., Implante de plástico)	13,43	3,00
MASCULINO	54120	Amputación de pene; parcial	18,77	3,00
MASCULINO	54125	Amputación de pene; completa	24,23	4,00
MASCULINO	54130	Amputación del pene, radical; con linfadenectomía inguino-femoral bilateral	35,51	6,00
MASCULINO	54135	Amputación del pene, radical; en continuidad con la linfadenectomía pélvica bilateral, incluidos los ganglios ilíacos, hipogástricos y obturadores externos	45,03	8,00
MASCULINO	54150	Circuncisión, usando una abrazadera u otro dispositivo con bloque de anillo o pene dorsal regional	4,52	3,00
MASCULINO	54160	Circuncisión, escisión quirúrgica que no sea abrazadera, dispositivo o hendidura dorsal; neonato (28 días de edad o menos)	6,40	3,00
MASCULINO	54161	Circuncisión, escisión quirúrgica que no sea abrazadera, dispositivo o hendidura dorsal; mayores de 28 días de edad	5,84	3,00
MASCULINO	54162	Lisis o escisión de adherencias post-circuncisión del pene	7,51	3,00
MASCULINO	54163	Reparación de circuncisión incompleta	6,47	3,00
MASCULINO	54164	Frenulotomía del pene	5,73	3,00
MASCULINO	54200	Procedimiento de inyección para la enfermedad de Peyronie.	3,11	3,00
MASCULINO	54205	Procedimiento de inyección para la enfermedad de Peyronie; con exposición quirúrgica de placa	15,79	3,00

MASCULINO	54220	Riego de cuerpos cavernosos por priapismo	5,98	3,00
MASCULINO	54230	Procedimiento de inyección para cavernosografía corporal.	1,00	3,00
MASCULINO	54231	Cavernosometría dinámica, incluida la inyección intracavernosa de fármacos vasoactivos (p. Ej., Papaverina, fentolamina)	2,80	3,00
MASCULINO	54235	Inyección de cuerpos cavernosos con agente (s) farmacológico (p. Ej., Papaverina, fentolamina)	2,65	3,00
MASCULINO	54240	Pletismografía del pene	1,00	0,00
MASCULINO	54250	Prueba de tumescencia y / o rigidez nocturna del pene	2,00	0,00
MASCULINO	54300	Operación plástica del pene para enderezar la cuerda (p. Ej., Hipospadias), con o sin movilización de la uretra.	19,10	3,00
MASCULINO	54304	Operación plástica en el pene para la corrección del cordón o para la reparación de hipospadias de primera etapa con o sin trasplante de prepucio y / o colgajos de piel	22,22	3,00
MASCULINO	54308	Uretroplastia para la reparación de hipospadias de segunda etapa (incluida la derivación urinaria); menos de 3 cm	21,25	3,00
MASCULINO	54312	Uretroplastia para la reparación de hipospadias de segunda etapa (incluida la derivación urinaria); mayor de 3 cm	25,57	3,00
MASCULINO	54316	Uretroplastia para la reparación de hipospadias de segunda etapa (incluida la derivación urinaria) con injerto de piel libre obtenido de un sitio que no sea genital	31,19	3,00
MASCULINO	54318	Uretroplastia para la reparación de hipospadias en la tercera etapa para liberar el pene del escroto (p. Ej., Reparación de Cecil en la tercera etapa)	21,12	3,00
MASCULINO	54322	Reparación de hipospadias distales de 1 etapa (con o sin cuerda o circuncisión); con avance meatal simple (p. ej., Maggi, V-flap)	23,02	3,00
MASCULINO	54324	Reparación de hipospadias distales de 1 etapa (con o sin cuerda o circuncisión); con uretroplastia por colgajos de piel locales (p. ej., colgajo, colgajo prepucial)	28,75	3,00
MASCULINO	54326	Reparación de hipospadias distales de 1 etapa (con o sin cuerda o circuncisión); con uretroplastia por colgajos cutáneos locales y movilización de uretra	28,13	3,00
MASCULINO	54328	Reparación de hipospadias distales de 1 etapa (con o sin cuerda o circuncisión); con disección extensa para corregir la cuerda y la uretroplastia con colgajos de piel local, parche de injerto de piel y / o colgajo de isla	28,32	3,00
MASCULINO	54332	Reparación de hipospadias penales proximal o del pene en una etapa que requiere disección extensa para corregir la cuerda y la uretroplastia mediante el uso de un tubo de injerto de piel y / o un colgajo de isla	31,49	3,00
MASCULINO	54336	Reparación de hipospadias perineales de 1 etapa que requiere disección extensa para corregir la cuerda y la uretroplastia mediante el uso de un tubo de injerto de piel y / o un colgajo de isla	35,38	3,00
MASCULINO	54340	Reparación de complicaciones de hipospadias (es decir, fístula, estenosis, divertículos); por cierre, incisión o escisión, simple	16,75	3,00
MASCULINO	54344	Reparación de complicaciones de hipospadias (es decir, fístula, estenosis, divertículos); requiere movilización de colgajos de piel y uretroplastia con colgajo o injerto de parche	28,20	3,00
MASCULINO	54348	Reparación de complicaciones de hipospadias (es decir, fístula, estenosis, divertículos); que requiere disección extensa y uretroplastia con colgajo, parche o injerto tubular (incluye derivación urinaria)	30,17	3,00
MASCULINO	54352	La reparación del hipospadias lisiado requiere una disección y escisión extensas de estructuras previamente construidas, incluyendo la liberación de la cuerda y la reconstrucción de la uretra y el pene mediante el uso de piel local como injertos y colgajos isleños y piel introducida como colgajos o injertos.	42,18	3,00
MASCULINO	54360	Operación plástica en el pene para corregir la angulación.	6,00	3,00
MASCULINO	54380	Operación plástica en el pene para epispadias distales al esfínter	23,76	3,00

		externo		
MASCULINO	54385	Operación plástica en el pene para epispadias distales al esfínter externo; con incontinencia	28,90	3,00
MASCULINO	54390	Operación plástica en el pene para epispadias distales al esfínter externo; con extrofia de vejiga	36,93	6,00
MASCULINO	54400	Inserción de prótesis de pene; no inflable (semirrígido)	14,40	4,00
MASCULINO	54401	Inserción de prótesis de pene; inflable (autónomo)	16,80	4,00
MASCULINO	54405	Inserción de prótesis de pene hinchables de múltiples componentes, incluida la colocación de bomba, cilindros y depósito	25,00	4,00
MASCULINO	54406	Extracción de todos los componentes de una prótesis de pene inflable multicomponente sin reemplazo de prótesis	12,40	3,00
MASCULINO	54408	Reparación de componente (s) de una prótesis de pene inflable multicomponente	13,00	4,00
MASCULINO	54410	Extracción y reemplazo de todos los componentes de una prótesis de pene inflable multicomponente en la misma sesión operativa	15,40	4,00
MASCULINO	54411	Extracción y reemplazo de todos los componentes de una prótesis de pene inflable multicomponente a través de un campo infectado en la misma sesión operativa, incluyendo irrigación y desbridamiento de tejido infectado	16,80	4,00
MASCULINO	54415	Extracción de prótesis de pene no inflables (semirrígidas) o inflables (autocontenidas), sin reemplazo de prótesis	9,20	3,00
MASCULINO	54416	Extracción y reemplazo de prótesis de pene no inflables (semirrígidas) o inflables (autocontenidas) en la misma sesión quirúrgica	12,00	4,00
MASCULINO	54417	Extracción y reemplazo de prótesis de pene no inflables (semirrígidas) o inflables (autocontenidas) a través de un campo infectado en la misma sesión operativa, incluyendo irrigación y desbridamiento de tejido infectado	14,70	4,00
MASCULINO	54420	Cuerpo de derivación de la vena cavernosa-safena (operación de priapismo), unilateral o bilateral	20,90	3,00
MASCULINO	54430	Cuerpo cavernoso-cuerpo esponjoso shunt (operación de priapismo), unilateral o bilateral	18,99	3,00
MASCULINO	54435	Corporación cavernosa-glande fistulización del pene (p. Ej., Aguja de biopsia, procedimiento de invierno, gubia o punzón) para el priapismo	12,36	3,00
MASCULINO	54437	Reparación de desgarros corporales traumáticas	20,16	3,00
MASCULINO	54438	Replantación, pene, amputación completa incluyendo reparación uretral	40,29	3,00
MASCULINO	54440	Operación plástica del pene por lesión.	CM	3,00
MASCULINO	54450	Manipulación del prepucio incluyendo lisis de adherencias prepuciales y estiramiento	2,07	3,00
MASCULINO	54500	Biopsia de testículo, aguja (procedimiento separado)	2,22	3,00
MASCULINO	54505	Biopsia de testículo, incisional (procedimiento separado)	6,23	3,00
MASCULINO	54512	Escisión de lesión extraparenquimatosa de testículo	16,08	3,00
MASCULINO	54520	Orquiectomía, simple (incluso subcapsular), con o sin prótesis testicular, abordaje escrotal o inguinal	9,70	3,00
MASCULINO	54522	Orquiectomía parcial	17,58	3,00
MASCULINO	54530	Orquiectomía, radical, para tumor; enfoque inguinal	14,99	4,00
MASCULINO	54535	Orquiectomía, radical, para tumor; con exploración abdominal	22,38	6,00
MASCULINO	54550	Exploración de testículos no descendidos (área inguinal o escrotal)	14,74	4,00
MASCULINO	54560	Exploración de testículos no descendidos con exploración abdominal.	21,45	6,00
MASCULINO	54600	Reducción de la torsión de los testículos, quirúrgica, con o sin fijación de los testículos contralaterales.	13,52	4,00
MASCULINO	54620	Fijación de testículos contralaterales (procedimiento separado)	8,91	4,00
MASCULINO	54640	Orquiopexia, abordaje inguinal, con o sin reparación de hernia	14,20	4,00

MASCULINO	54650	Orquiopexia, abordaje abdominal, para testículos intraabdominales (p. Ej., Fowler-Stephens)	22,80	6,00
MASCULINO	54660	Inserción de prótesis testicular (procedimiento separado)	10,78	3,00
MASCULINO	54670	Sutura o reparación de lesión testicular	12,16	3,00
MASCULINO	54680	Trasplante de testículo (s) al muslo (debido a la destrucción escrotal)	23,89	3,00
MASCULINO	54690	Laparoscopia quirúrgica; orquiectomía	19,67	6,00
MASCULINO	54692	Laparoscopia quirúrgica; orquiopexia para testículos intraabdominales	24,05	6,00
MASCULINO	54699	Procedimiento de laparoscopia no listado, testículo	CM	6,00
MASCULINO	54700	Incisión y drenaje de epidídimo, testículo y / o espacio escrotal (p. Ej., Absceso o hematoma)	6,36	3,00
MASCULINO	54800	Biopsia de epidídimo, aguja.	3,99	3,00
MASCULINO	54830	Escisión de lesión local del epidídimo.	11,06	3,00
MASCULINO	54840	Escisión de espermatocele, con o sin epididimectomía	9,52	3,00
MASCULINO	54860	Epididimectomía; unilateral	12,42	3,00
MASCULINO	54861	Epididimectomía; bilateral	16,79	3,00
MASCULINO	54865	Exploración del epidídimo, con o sin biopsia.	10,64	3,00
MASCULINO	54900	Epididimovasostomía, anastomosis del epidídimo a los conductos deferentes; unilateral	25,01	3,00
MASCULINO	54901	Epididimovasostomía, anastomosis del epidídimo a los conductos deferentes; bilateral	31,40	3,00
MASCULINO	55000	Aspiración por punción de hidrocele, túnica vaginal, con o sin inyección de medicación	3,42	3,00
MASCULINO	55040	Escisión de hidrocele; unilateral	10,04	3,00
MASCULINO	55041	Escisión de hidrocele; bilateral	15,16	3,00
MASCULINO	55060	Reparación de tunica vaginalis hidrocele (tipo botella)	11,30	3,00
MASCULINO	55100	Drenaje del absceso de la pared escrotal.	6,29	3,00
MASCULINO	55110	Exploración escrotal	11,52	3,00
MASCULINO	55120	Remoción de cuerpo extraño en el escroto	10,69	3,00
MASCULINO	55150	Resección del escroto	14,62	3,00
MASCULINO	55175	Escrotoplastia; sencillo	10,80	3,00
MASCULINO	55180	Escrotoplastia; Complicado	20,45	3,00
MASCULINO	55200	Vasotomía, canulización con o sin incisión de vaso, unilateral o bilateral (procedimiento separado)	12,60	3,00
MASCULINO	55250	Vasectomía, unilateral o bilateral (procedimiento separado), incluidos los exámenes de semen postoperatorios	11,19	3,00
MASCULINO	55300	Vasotomía para vasogramas, vesiculogramas seminales o epididimogramas, unilaterales o bilaterales.	5,60	3,00
MASCULINO	55400	Vasovasostomía, vasovasorrafia	20,00	3,00
MASCULINO	55500	Escisión de hidrocele del cordón espermático, unilateral (procedimiento separado)	11,82	6,00
MASCULINO	55520	Escisión de lesión del cordón espermático (procedimiento separado)	13,72	6,00
MASCULINO	55530	Escisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas para varicocele; (procedimiento separado)	10,43	3,00
MASCULINO	55535	Escisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas para varicocele; abordaje abdominal	12,76	6,00
MASCULINO	55540	Escisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas para varicocele; con reparación de hernia	16,79	4,00
MASCULINO	55550	Laparoscopia, quirúrgica, con ligadura de venas espermáticas para varicocele.	12,71	6,00
MASCULINO	55559	Procedimiento de laparoscopia no listado, cordón espermático	CM	6,00
MASCULINO	55600	Vesiculotomía	12,50	6,00
MASCULINO	55605	Vesiculotomía; Complicado	16,27	6,00
MASCULINO	55650	Vesiculectomía, cualquier abordaje	23,00	6,00
MASCULINO	55680	Escisión del quiste del conducto mulleriano	23,00	6,00
MASCULINO	55700	Biopsia de próstata; aguja o punzón, simple o múltiple, cualquier enfoque	7,18	3,00

MASCULINO	55705	Biopsia, de próstata; incisional, cualquier enfoque	8,20	3,00
MASCULINO	55706	Biopsias, próstata, aguja, transperineal, muestreo de saturación guiada por plantilla estereotáctica, incluida guía de imagen	11,04	3,00
MASCULINO	55720	Prostatotomía, drenaje externo de absceso prostático, cualquier abordaje; sencillo	13,42	3,00
MASCULINO	55725	Prostatotomía, drenaje externo de absceso prostático, cualquier abordaje; Complicado	19,77	3,00
MASCULINO	55801	Prostatectomía, perineal, subtotal (incluido el control del sangrado postoperatorio, vasectomía, meatotomía, calibración y / o dilatación uretral y uretrotomía interna)	32,66	6,00
MASCULINO	55810	La prostatectomía radical perineal	39,02	7,00
MASCULINO	55812	Prostatectomía, radical perineal; con biopsia (s) de ganglios linfáticos (linfadenectomía pélvica limitada)	49,70	7,00
MASCULINO	55815	Prostatectomía, radical perineal; con linfadenectomía pélvica bilateral, incluidos los ganglios ilíacos, hipogástricos y obturadores externos	52,69	7,00
MASCULINO	55821	Prostatectomía (incluido el control del sangrado postoperatorio, vasectomía, meatotomía, calibración y / o dilatación uretral, y uretrotomía interna); suprapúbico, subtotal, 1 o 2 etapas	25,99	7,00
MASCULINO	55831	Prostatectomía (incluido el control del sangrado postoperatorio, vasectomía, meatotomía, calibración y / o dilatación uretral, y uretrotomía interna); retropúbico, subtotal	28,12	7,00
MASCULINO	55840	Prostatectomía, radical retropúbico, con o sin preservación nerviosa	34,89	7,00
MASCULINO	55842	Prostatectomía, radical retropúbico, con o sin preservación nerviosa; con biopsia (s) de ganglios linfáticos (linfadenectomía pélvica limitada)	34,88	7,00
MASCULINO	55845	Prostatectomía, radical retropúbico, con o sin preservación nerviosa; con linfadenectomía pélvica bilateral, incluidos los ganglios externos ilíacos, hipogástricos y obturadores	40,61	7,00
MASCULINO	55860	Exposición de la próstata, cualquier enfoque, para la inserción de sustancias radiactivas.	26,00	6,00
MASCULINO	55862	Exposición de la próstata, cualquier enfoque, para la inserción de sustancias radiactivas; con biopsia (s) de ganglios linfáticos (linfadenectomía pélvica limitada)	33,46	6,00
MASCULINO	55865	Exposición de la próstata, cualquier enfoque, para la inserción de sustancias radiactivas; con linfadenectomía pélvica bilateral, incluidos los ganglios ilíacos, hipogástricos y obturadores externos	39,71	6,00
MASCULINO	55866	Laparoscopia, prostatectomía quirúrgica, radical retropública, que incluye preservación nerviosa, incluye asistencia robótica, cuando se realiza (para procedimiento abiertos usar el 55840)	43,01	7,00
MASCULINO	55870	Electroeyaculación	1,40	3,00
MASCULINO	55873	Ablación crioquirúrgica de la próstata (incluye guía y monitoreo por ultrasonidos)	201,17	3,00
MASCULINO	55874	Colocación transperineal de material biodegradable, periprostático, inyección (s) simple (s) o múltiple (s), incluyendo guía de imagen, cuando se realiza	105,65	3,00
MASCULINO	55875	Colocación transperineal de agujas o catéteres en la próstata para la aplicación de radioelementos intersticiales, con o sin cistoscopia	22,63	3,00
MASCULINO	55876	Colocación de dispositivo (s) intersticial para orientación de radioterapia (p. Ej., Marcadores fiduciales, dosímetro), próstata (con aguja, cualquier abordaje), simple o múltiple	3,96	3,00
MASCULINO	55899	Procedimiento no listado, sistema genital masculino	CM	3,00
MASCULINO	55970	Cirugía intersexual; hombre a mujer	CM	7,00
MASCULINO	58323	Lavado de esperma para inseminación artificial	0,40	0,00
FEMENINO	55920	Colocación de agujas o catéteres en órganos pélvicos y / o genitales (excepto próstata) para la posterior aplicación de	13,25	3,00

		radioelemento intersticial		
FEMENINO	55980	Cirugía intersexual; mujer a hombre	CM	7,00
FEMENINO	56405	Incisión y drenaje de vulva o absceso perineal	3,19	3,00
FEMENINO	56420	Incisión y drenaje del absceso de la glándula de Bartholin	3,52	3,00
FEMENINO	56440	Marsupialización del quiste de la glándula de Bartholin	5,34	3,00
FEMENINO	56441	Lisis de adherencias labiales	4,19	3,00
FEMENINO	56442	Himenotomía, incisión simple	1,39	3,00
FEMENINO	56501	Destrucción de la (s) lesión (es), vulva; simple (p. ej., cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia)	3,81	3,00
FEMENINO	56515	Destrucción de la (s) lesión (es), vulva; extenso (p. ej., cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia)	6,64	3,00
FEMENINO	56605	Biopsia de vulva o perineo (procedimiento separado); 1 lesión	2,40	3,00
FEMENINO	56606	Biopsia de vulva o perineo (procedimiento separado); cada lesión adicional separada (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	1,11	3,00
FEMENINO	56620	Vulvectomía simple; parcial	15,51	4,00
FEMENINO	56625	Vulvectomía simple; completar	18,98	4,00
FEMENINO	56630	Vulvectomía radical, parcial	28,07	7,00
FEMENINO	56631	Vulvectomía, radical, parcial; con linfadenectomía inguinofemoral unilateral	35,80	7,00
FEMENINO	56632	Vulvectomía, radical, parcial; con linfadenectomía inguinofemoral bilateral	41,74	7,00
FEMENINO	56633	Vulvectomía radical completa	36,69	7,00
FEMENINO	56634	Vulvectomía, radical, completa; con linfadenectomía inguinofemoral unilateral	39,47	7,00
FEMENINO	56637	Vulvectomía, radical, completa; con linfadenectomía inguinofemoral bilateral	45,96	7,00
FEMENINO	56640	Vulvectomía, radical, completa, con linfadenectomía inguinofemoral, ilíaca y pélvica	46,42	7,00
FEMENINO	56700	Himenectomía parcial o revisión del anillo himenal	5,49	3,00
FEMENINO	56740	Escisión de la glándula o quiste de Bartholin	8,88	3,00
FEMENINO	56800	Reparación plástica de introito	7,08	3,00
FEMENINO	56805	Clitoroplastia para estado intersexual	37,43	3,00
FEMENINO	56810	Perineoplastia, reparación del perineo, no obstétrica (procedimiento separado)	7,64	3,00
FEMENINO	56820	Colposcopia de la vulva	3,30	4,00
FEMENINO	56821	Colposcopia de la vulva; con biopsia (s)	4,34	3,00
FEMENINO	57000	Colpotomía; con exploración	5,40	3,00
FEMENINO	57010	Colpotomía; con drenaje de absceso pélvico	12,71	4,00
FEMENINO	57020	Colpocentesis (procedimiento separado)	2,70	3,00
FEMENINO	57022	Incisión y drenaje de hematoma vaginal; obstétrica / posparto	5,07	3,00
FEMENINO	57023	Incisión y drenaje de hematoma vaginal; no obstétrico (p. ej., postraumático, hemorragia espontánea)	9,06	3,00
FEMENINO	57061	Destrucción de lesiones vaginales; simple (p. ej., cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia)	3,29	3,00
FEMENINO	57065	Destrucción de lesiones vaginales; extenso (p. ej., cirugía láser, electrocirugía, criocirugía, quimioterapia)	5,74	3,00
FEMENINO	57100	Biopsia de mucosa vaginal; simple (procedimiento separado)	2,63	3,00
FEMENINO	57105	Biopsia de mucosa vaginal; Extenso, que requiere sutura (incluidos quistes)	3,99	3,00
FEMENINO	57106	Vaginectomía, extirpación parcial de la pared vaginal	14,66	4,00
FEMENINO	57107	Vaginectomía, extirpación parcial de la pared vaginal con remoción del tejido paravaginal (vaginectomía radical)	43,65	4,00
FEMENINO	57109	Vaginectomía, extirpación parcial de la pared vaginal; con extracción de tejido paravaginal (vaginectomía radical) con linfadenectomía pélvica total bilateral y muestreo de ganglios linfáticos paraaórticos (biopsia)	53,55	6,00
FEMENINO	57110	Vaginectomía, extirpación completa de la pared vaginal	26,19	4,00
FEMENINO	57111	Vaginectomía, extirpación completa de la pared vaginal; con	47,89	4,00

		extracción de tejido paravaginal (vaginectomía radical)		
FEMENINO	57112	Vaginectomía, extirpación completa de la pared vaginal; con extracción de tejido paravaginal (vaginectomía radical) con linfadenectomía pélvica total bilateral y muestreo de ganglios linfáticos paraaórticos (biopsia)	54,29	6,00
FEMENINO	57120	Colpocleisis (tipo Le Fort)	14,88	4,00
FEMENINO	57130	Escisión del tabique vaginal	5,14	3,00
FEMENINO	57135	Escisión de quiste vaginal o tumor	5,61	3,00
FEMENINO	57150	Riego de la vagina y / o aplicación de medicamentos para el tratamiento de enfermedades bacterianas, parasitarias o fúngicas	1,31	3,00
FEMENINO	57155	Inserción de tándem uterino y / o ovoides vaginales para braquiterapia clínica	10,58	3,00
FEMENINO	57156	Inserción de un aparato de poscarga de radiación vaginal para braquiterapia clínica	5,74	3,00
FEMENINO	57160	Colocación e inserción de pesario u otro dispositivo de soporte intravaginal	2,21	3,00
FEMENINO	57170	Ajuste de diafragma o capuchón cervical con instrucciones	1,78	3,00
FEMENINO	57180	Introducción de cualquier agente hemostático o paquete para hemorragia vaginal no obstétrica espontánea o traumática (procedimiento separado)	4,07	3,00
FEMENINO	57200	Colporrafia, sutura de lesión de la vagina (no obstétrica)	8,90	4,00
FEMENINO	57210	Colpoperineorrafia, sutura de lesión de la vagina y / o perineo (no obstétrica)	10,74	4,00
FEMENINO	57220	Operación plástica en el esfínter uretral, abordaje vaginal (p. Ej., Plicatura uretral Kelly)	9,80	3,00
FEMENINO	57230	Reparación plástica de uretrocele	11,54	4,00
FEMENINO	57240	Colporrafia anterior, reparación de cistocele con o sin reparación de uretrocele, incluida la cistouretroscopia, cuando se realiza	19,69	4,00
FEMENINO	57250	Colporrafia posterior, reparación de rectocele con o sin perineorrafia	19,80	4,00
FEMENINO	57260	Colporrafia anteroposterior combinada, incluida la cistouretroscopia, cuando se realiza	24,40	4,00
FEMENINO	57265	Colporrafia anteroposterior combinada, incluida la cistouretroscopia, cuando se realiza; con reparación de enterocele	26,75	4,00
FEMENINO	57267	Inserción de malla u otra prótesis para reparar defectos del piso pélvico, cada sitio (compartimento anterior, posterior), abordaje vaginal (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	7,56	4,00
FEMENINO	57268	Reparación de enterocele, abordaje vaginal (procedimiento separado)	14,18	4,00
FEMENINO	57270	Reparación de enterocele, abordaje abdominal (procedimiento separado)	23,62	6,00
FEMENINO	57280	Colpopexia, abordaje abdominal	28,04	6,00
FEMENINO	57282	Colpopexia, vaginal; abordaje extraperitoneal (sacroespinoso, iliococcígeo)	15,40	6,00
FEMENINO	57283	Colpopexia, vaginal; abordaje intraperitoneal (uterosacro, miorrafia elevadora)	20,19	6,00
FEMENINO	57284	Reparación de defectos paravaginales (incluida la reparación del cistocele, si se realiza); abordaje abdominal abierto	23,95	4,00
FEMENINO	57285	Reparación de defectos paravaginales (incluida la reparación del cistocele, si se realiza); abordaje vaginal	19,73	4,00
FEMENINO	57287	Remoción o revisión de la eslinga por incontinencia de esfuerzo (p. Ej., Fascia o sintética)	19,99	6,00
FEMENINO	57288	Operación de cabestrillo para la incontinencia de esfuerzo (p. Ej., Fascia o sintética)	21,03	6,00
FEMENINO	57289	Procedimiento de Pereyra, incluida la colporrafia anterior	21,65	4,00
FEMENINO	57291	Construcción de vagina artificial; sin injerto	27,50	7,00

FEMENINO	57292	Construcción de una vagina artificial; con injerto	34,00	7,00
FEMENINO	57295	Revisión (incluida la extracción) del injerto protésico vaginal; abordaje vaginal	13,98	7,00
FEMENINO	57296	Revisión (incluida la extracción) del injerto protésico vaginal; abordaje abdominal abierto	27,52	7,00
FEMENINO	57300	Cierre de fístula rectovaginal; abordaje vaginal o transanal	16,70	5,00
FEMENINO	57305	Cierre de fístula rectovaginal; abordaje abdominal	28,13	6,00
FEMENINO	57307	Cierre de fístula rectovaginal; abordaje abdominal con colostomía concomitante	31,90	6,00
FEMENINO	57308	Cierre de fístula rectovaginal; abordaje transperineal con reconstrucción del perineo que puede o no incluir una plicatura del elevador	18,69	5,00
FEMENINO	57310	Cierre de fístula uretrovaginal	18,90	4,00
FEMENINO	57311	Cierre de fístula uretrovaginal con trasplante de cuerpo bulbocavernoso	15,50	4,00
FEMENINO	57320	Cierre de fístula vesicovaginal, abordaje vaginal	19,50	6,00
FEMENINO	57330	Cierre de fístula vesicovaginal, abordaje vaginal y transvesical	22,27	6,00
FEMENINO	57335	Vaginoplastia para cambio de sexo	36,85	3,00
FEMENINO	57400	Dilatación de vagina bajo anestesia (que no sea local)	3,99	3,00
FEMENINO	57410	Examen pélvica bajo anestesia (que no sea local)	3,18	3,00
FEMENINO	57415	Remoción de cuerpo extraño impactado en vagina (procedimiento separado) bajo anestesia (que no sea local)	4,69	3,00
FEMENINO	57420	Colposcopia de toda la vagina, con cuello uterino si está presente	3,47	3,00
FEMENINO	57421	Colposcopia de toda la vagina, con cuello uterino si está presente; con biopsia de vagina / cuello uterino	4,62	3,00
FEMENINO	57423	Reparación de defectos paravaginales (incluida la reparación del cistocele, si se realiza), abordaje laparoscópico	26,76	6,00
FEMENINO	57425	Colpopexia por laparoscopia (suspensión de cúpula vaginal)	28,51	5,00
FEMENINO	57426	Revisión (incluyendo la remoción) de injerto protésico de vagina, abordaje laparoscópico	24,69	5,00
FEMENINO	57452	Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o adyacente de la vagina	3,19	6,00
FEMENINO	57454	Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o adyacente de la vagina con biopsia de cérvix y curetaje endocervical	4,46	3,00
FEMENINO	57455	Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o adyacente de la vagina con biopsia de cérvix	4,16	3,00
FEMENINO	57456	Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o adyacente de la vagina con curetaje endocervical	3,92	3,00
FEMENINO	57460	Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o adyacente de la vagina con biopsia de cérvix mediante asa eléctrica	8,15	3,00
FEMENINO	57461	Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o adyacente de la vagina con conización de cérvix mediante asa eléctrica	9,24	3,00
FEMENINO	57500	Biopsia, una sola o varias, ó excisión local de lesión, con o sin fulguración (procedimiento separado)	3,68	3,00
FEMENINO	57505	Legrado endocervical (no realizado como parte de una dilatación y legrado)	2,97	3,00
FEMENINO	57510	Cauterización eléctrica o térmica del cérvix	3,82	3,00
FEMENINO	57511	Cauterización de cérvix con criocauterío, inicial o repetido	4,21	3,00
FEMENINO	57513	Cauterización de cérvix; ablación con láser	4,24	3,00
FEMENINO	57520	Conización del cérvix, con o sin fulguración, con o sin dilatación y legrado, con o sin corrección; usando bisturí frío o Láser	9,01	3,00
FEMENINO	57522	Conización del cérvix, con o sin fulguración, con o sin dilatación y legrado, con o sin corrección; usando asa diatérmica (LEEP)	7,68	3,00
FEMENINO	57530	Traquelectomía (cervicectomía), amputación del cérvix (procedimiento separado)	10,21	3,00
FEMENINO	57531	Traquelectomía radical, con linfadenectomía pélvica total bilateral y muestreo ganglionar linfático paraaórtico (biopsia), con o sin remoción de trompa(s), con o si remoción de ovario(s)	55,95	8,00

FEMENINO	57540	Excisión de muñón cervical, abordaje abdominal	25,30	6,00
FEMENINO	57545	Excisión de muñón cervical con reparación de piso pélvico, abordaje abdominal	24,69	6,00
FEMENINO	57550	Excisión de muñón cervical, abordaje vaginal	13,80	6,00
FEMENINO	57555	Excisión de muñón cervical con reparación anterior y/o posterior, abordaje vaginal	17,67	6,00
FEMENINO	57556	Excisión de muñón cervical con reparación de enterocele, abordaje vaginal	17,30	6,00
FEMENINO	57558	Dilatación y curetaje del muñón cervical	3,61	4,00
FEMENINO	57700	Cerclaje de cérvix uterino, no obstétrico	10,90	4,00
FEMENINO	57720	Traquelorrafia, corrección plástica del cérvix uterino, abordaje vaginal	8,98	4,00
FEMENINO	57800	Dilatación instrumental del canal cervical (procedimiento separado)	1,76	3,00
FEMENINO	58100	Toma de muestra endometrial (biopsia) con o sin toma de muestra endocervical (biopsia), sin dilatación cervical, cualquier método (procedimiento separado).	3,18	3,00
FEMENINO	58110	Biopsia endometrial realizada conjuntamente con colposcopia (registrar por separado en adición al código del procedimiento primario)	1,40	3,00
FEMENINO	58120	Dilatación y legrado, diagnósticos y/o terapéuticos (no obstétricos)	7,55	3,00
FEMENINO	58140	Miomectomía, escisión de tumor (es) fibroide (s) del útero, 1 a 4 mioma (s) intramural con un peso total de 250 go menos y / o extirpación de miomas de superficie; abordaje abdominal	27,07	6,00
FEMENINO	58145	Miomectomía, escisión de tumor (es) fibroide (s) del útero, 1 a 4 mioma (s) intramural con un peso total de 250 go menos y / o extirpación de miomas de superficie; abordaje vaginal	16,11	6,00
FEMENINO	58146	Miomectomía, escisión de tumor (es) fibroide (s) del útero, 5 o más miomas intramurales y / o miomas intramurales con un peso total mayor de 250 g, abordaje abdominal	33,84	6,00
FEMENINO	58150	Histerectomía abdominal total (cuerpo y cuello uterino), con o sin extracción de tubo (s), con o sin extracción de ovario (s)	30,15	6,00
FEMENINO	58152	Histerectomía abdominal total (cuerpo y cuello uterino), con o sin extracción de tubo (s), con o sin extracción de ovario (s); con colpo-uretrocistopexia (p. ej., Marshall-Marchetti-Krantz, Burch)	36,73	6,00
FEMENINO	58180	Histerectomía abdominal supracervical (histerectomía subtotal), con o sin extracción de tubo (s), con o sin extracción de ovario (s)	28,39	6,00
FEMENINO	58200	Histerectomía abdominal total, incluida la vaginectomía parcial, con muestreo de ganglios linfáticos paraaórticos y pélvicos, con o sin extracción de tubo (s), con o sin extracción de ovario (s)	41,37	6,00
FEMENINO	58210	Histerectomía abdominal radical, con linfadenectomía pélvica total bilateral y muestreo de ganglios paraaórticos (biopsia), con o sin extirpación de trompa(s), con o sin extirpación de ovario(s)	55,94	8,00
FEMENINO	58240	Exenteración pélvica por malignidad ginecológica, con histerectomía abdominal total o cervicectomía, con o sin extirpación de trompa(s), con o sin extirpación de ovario(s), con extracción de trasplantes de vejiga y ureteral, y/o resección abdominoperineal de recto y colon y colostomía, o cualquier combinación de los mismos	87,86	8,00
FEMENINO	58260	Histerectomía vaginal de útero de 250 gramos o menor	24,19	6,00
FEMENINO	58262	Histerectomía vaginal de útero de 250 gramos o menor con extirpación de trompa(s) y/u ovario(s)	27,01	6,00
FEMENINO	58263	Histerectomía vaginal de útero de 250 gramos o menor con extirpación de trompa(s) y/u ovario(s) y reparación de enterocele	28,97	6,00
FEMENINO	58267	Histerectomía vaginal de útero de 250 gramos o menor con colpoureterocistopexia (tipo Marshall- Marchetti-Krantz, tipo Pereyra), con o sin control endoscópico	30,70	6,00

FEMENINO	58270	Histerectomía vaginal de útero de 250 gramos o menor con reparación de enterocele	25,85	6,00
FEMENINO	58275	Histerectomía vaginal, con vaginectomía total o parcial	28,85	6,00
FEMENINO	58280	Histerectomía vaginal, con colpectomía total o parcial y reparación de enterocele	30,72	6,00
FEMENINO	58285	Histerectomía vaginal, radical (operación de Schauta)	43,34	6,00
FEMENINO	58290	Histerectomía vaginal de útero mayor de 250 gramos	33,74	6,00
FEMENINO	58291	Histerectomía vaginal de útero mayor de 250 gramos con extirpación de trompa(s) y/u ovario(s)	36,35	6,00
FEMENINO	58292	Histerectomía vaginal de útero mayor de 250 gramos con extirpación de trompa(s) y/u ovario(s), con reparación de enterocele.	38,32	6,00
FEMENINO	58293	Histerectomía vaginal de útero mayor de 250 gramos con colporetrocistopexia (tipo Marshall-Marchetti-Krantz, tipo Pereyra) con o sin control endoscópico.	39,90	6,00
FEMENINO	58294	Histerectomía vaginal de útero mayor de 250 gramos con reparación de enterocele	35,57	6,00
FEMENINO	58300	Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	2,12	3,00
FEMENINO	58301	Remoción de dispositivo intrauterino (DIU)	2,75	3,00
FEMENINO	58321	Inseminación artificial intracervical	1,10	0,00
FEMENINO	58322	Inseminación artificial intrauterina	1,40	0,00
FEMENINO	58340	Cateterización e introducción de solución salina o material de contraste para sonohisterografía de infusión salina o histerosalpingografía	3,42	4,00
FEMENINO	58345	Introducción transcervical de catéter en la trompa de Falopio para diagnóstico o reestablecimiento de la luz (cualquier método), con o sin histerosalpingografía	6,40	4,00
FEMENINO	58346	Inserción de cápsulas de Heyman para braquiterapia clínica	13,30	4,00
FEMENINO	58350	Cromoperturbación de trompa, incluyendo materiales	2,80	4,00
FEMENINO	58353	Remoción térmica del endometrio sin guía histeroscópica	28,59	3,00
FEMENINO	58356	Remoción criogénica del endometrio con guía ultrasonográfica, incluyendo curetaje endometrial si es necesario	53,53	3,00
FEMENINO	58400	Suspensión uterina, con o sin acortamiento de ligamentos redondos, con o sin acortamiento de ligamentos sacrouterinos (procedimiento separado)	13,90	6,00
FEMENINO	58410	Suspensión uterina, con o sin acortamiento de ligamentos redondos, con o sin acortamiento de ligamentos sacrouterinos y simpatectomía presacra	23,70	6,00
FEMENINO	58520	Histerorrafia, corrección de rotura de útero (no obstétrica)	25,16	6,00
FEMENINO	58540	Histeroplastia, corrección de anomalía uterina (tipo Strassman)	26,36	6,00
FEMENINO	58541	Laparoscopia quirúrgica; Histerectomía supracervical de útero de 250 gramos o menos	20,99	6,00
FEMENINO	58542	Laparoscopia quirúrgica; Histerectomía supracervical de útero de 250 gramos o menor con extracción de tubo (s) y/u ovarios.	24,01	6,00
FEMENINO	58543	Laparoscopia quirúrgica; histerectomía supracervical de útero mayor de 250 gramos	24,20	6,00
FEMENINO	58544	Laparoscopia quirúrgica; histerectomía supracervical de útero mayor de 250 gramos con remoción de trompa(s) y/o ovario(s)	26,49	6,00
FEMENINO	58545	Laparoscopia quirúrgica; miomectomía de 1 a 4 miomas intramurales con un peso total de 250 gramos o menos y/o miomas subserosos	28,00	6,00
FEMENINO	58546	Laparoscopia quirúrgica; miomectomía de 5 o más miomas intramurales y/o miomas intramurales con un peso total mayor de 250 gramos	32,86	6,00
FEMENINO	58548	Laparoscopia quirúrgica; histerectomía radical con linfadenectomía pélvica total y muestreo de ganglios paraaórticos (biopsia) con remoción de trompa(s) y ovario(s) si es necesario	57,63	6,00
FEMENINO	58550	Laparoscopia quirúrgica; histerectomía vaginal de útero de 250	25,84	6,00

		gramos o menor		
FEMENINO	58552	Laparoscopia quirurgica; histerectomia vaginal de utero de 250 gramos o menor con remocion de trompa(s) y/o ovario(s)	29,10	6,00
FEMENINO	58553	Laparoscopia quirurgica; histerectomia vaginal de utero mayor de 250 gramos	33,42	6,00
FEMENINO	58554	Laparoscopia quirurgica; histerectomia vaginal de utero mayor de 250 gramos con remocion de trompa(s) y/o ovario(s)	39,17	6,00
FEMENINO	58555	Histeroscopia diagnostica (procedimiento separado)	7,74	4,00
FEMENINO	58558	Histeroscopia quirurgica; muestreo (biopsia) de endometrio y/o polipectomia, con o sin dilatacion y curetaje	38,73	4,00
FEMENINO	58559	Histeroscopia terapeutica para liberacion de adherencias intrauterinas (cualquier metodo)	8,56	4,00
FEMENINO	58560	Histeroscopia terapeutica para reseccion de septum intrauterino (cualquier metodo)	9,36	4,00
FEMENINO	58561	Histeroscopia terapeutica para reseccion de leiomiomas	12,86	4,00
FEMENINO	58562	Histeroscopia terapeutica para reseccion de cuerpo extraño impactado	9,85	4,00
FEMENINO	58563	Histeroscopia terapeutica para remocion de endometrio (p.ej. Reseccion endometrial, ablacion electroquirurgica, termoablacion)	45,20	4,00
FEMENINO	58565	Histeroscopia terapeutica con canulacion bilateral de trompas para inducir la oclusion mediante la colocacion de implantes permanentes	53,52	4,00
FEMENINO	58570	Laparoscopia quirurgica, histerectomia total de utero de 250 gramos o menor	22,91	4,00
FEMENINO	58571	Laparoscopia quirurgica, Histerectomia total de utero de 250 gramos o menor con remocion de trompa(s) y/o ovario(s)	26,73	4,00
FEMENINO	58572	Laparoscopia quirurgica, Histerectomia total de utero mayor de 250 gramos	30,11	4,00
FEMENINO	58573	Laparoscopia quirurgica, Histerectomia total de utero mayor de 250 gramos con remocion de trompa(s) y/o ovario(s)	36,25	4,00
FEMENINO	58575	Laparoscopia, quirurgica, histerectomia total para la reseccion de malignidad (reduccion de tumor), con omentectomia que incluye salpingooforectomia, unilateral o bilateral, cuando se realiza	55,77	4,00
FEMENINO	58578	Procedimiento laparoscopico en utero no listado	CM	6,00
FEMENINO	58579	Procedimiento histeroscopico en utero no listado	CM	4,00
FEMENINO	58600	Ligadura o seccion de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal, unilateral o bilateral	11,50	6,00
FEMENINO	58605	Ligadura o seccion de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal, postparto, unilateral o bilateral, durante la misma hospitalizacion (procedimiento separado)	9,60	6,00
FEMENINO	58611	Ligadura o seccion de trompa(s) de Falopio, cuando se realiza al mismo tiempo que la cesarea o cirugia abdominal (no como procedimiento separado) (registrar separadamente ademàs del código para el procedimiento primario)	4,00	0,00
FEMENINO	58615	Oclusion de trompas de Falopio mediante dispositivo (P. ej. banda, grapa, anillo falopiano), abordaje vaginal o suprapúbico	9,70	6,00
FEMENINO	58660	Laparoscopia quirurgica; lisis de adherencias (salpingolisis, ovariolisis)	19,86	6,00
FEMENINO	58661	Laparoscopia quirurgica; con remocion de estructuras anexiales (ooforectomia y/o salpingectomia, completa o parcial)	19,22	6,00
FEMENINO	58662	Laparoscopia quirurgica; fulguracion o excision de lesiones de ovarios, visceras pélvicas o superficie peritoneal por cualquier metodo	20,95	6,00
FEMENINO	58670	Laparoscopia quirurgica; fulguracion de trompas (con o sin seccion)	13,00	6,00
FEMENINO	58671	Laparoscopia quirurgica; con oclusion de oviductos por dispositivo (por ejemplo, banda, clip o anillo Falope)	13,00	6,00

FEMENINO	58672	Laparoscopia quirúrgica; fimbrioplastia	21,46	6,00
FEMENINO	58673	Laparoscopia quirúrgica; salpingostomía (salpingoneostomía)	23,37	6,00
FEMENINO	58674	Laparoscopia quirúrgica, ablación de fibroma uterino (s) incluyendo guía y monitoreo de ultrasonido intraoperatorio, radiofrecuencia	23,93	6,00
FEMENINO	58679	Procedimiento laparoscópico en oviducto, ovario no listado	CM	6,00
FEMENINO	58700	Salpingectomía, completa o parcial, unilateral o bilateral (procedimiento separado)	23,09	6,00
FEMENINO	58720	Salpingo-ooforectomía, completa o parcial, unilateral o bilateral (procedimiento separado)	21,96	6,00
FEMENINO	58740	Lisis de adherencias (salpingolisis, ovariolisis)	26,17	6,00
FEMENINO	58750	Anastomosis tubotubaria	24,20	6,00
FEMENINO	58752	Implantación tubouterina	19,00	6,00
FEMENINO	58760	Fimbrioplastia	19,60	6,00
FEMENINO	58770	Salpingostomía (salpingoneostomía)	19,60	6,00
FEMENINO	58800	Drenaje de quiste(s) de ovario, unilateral o bilateral (procedimiento separado); abordaje vaginal	9,22	6,00
FEMENINO	58805	Drenaje de quiste(s) de ovario, unilateral o bilateral (procedimiento separado); abordaje abdominal	13,80	6,00
FEMENINO	58820	Drenaje de absceso ovárico; abordaje vaginal, a cielo abierto	9,65	6,00
FEMENINO	58822	Drenaje de absceso ovárico; abordaje abdominal	20,41	6,00
FEMENINO	58825	Transposición de ovarios	22,68	6,00
FEMENINO	58900	Biopsia de ovario, unilateral o bilateral (procedimiento separado)	12,10	6,00
FEMENINO	58920	Resección en cuña o bisección de ovario, unilateral o bilateral	22,73	6,00
FEMENINO	58925	Cistectomía ovárica, unilateral o bilateral	22,12	6,00
FEMENINO	58940	Ooforectomía, parcial o total, unilateral o bilateral	15,66	6,00
FEMENINO	58943	Ooforectomía, parcial o total, unilateral o bilateral; para malignidad peritoneal ovárica, tubárica o primaria, con biopsias de ganglios linfáticos paraaórticos y pélvicos, lavados peritoneales, biopsias peritoneales, evaluaciones diafragmáticas, con o sin salpingectomía (s), con o sin omentectomía	35,37	6,00
FEMENINO	58950	Resección (inicial) de cáncer ovárico, tubario, o peritoneal primario, con salpingo-ooforectomía bilateral y omentectomía bilateraal	34,11	6,00
FEMENINO	58951	Resección (inicial) de cáncer ovárico, tubario, o peritoneal primario, con salpingo-ooforectomía bilateral y omentectomía; con histerectomía abdominal total y linfadenectomía pélvica y limitada	44,04	8,00
FEMENINO	58952	Resección (inicial) de cáncer ovárico, tubario, o peritoneal primario, con salpingo-ooforectomía bilateral y omentectomía; con disección radical de la masa tumoral para disminuir su volumen (P. ej. excision radical o destrucción, tumores intraabdominales o retroperitoneales)	49,87	8,00
FEMENINO	58953	Salpingo-ooforectomía bilateral y omentectomía, con histerectomía abdominal total y excision radical de la masa tumoral para disminuir su volumen	61,72	8,00
FEMENINO	58954	Salpingo-ooforectomía bilateral y omentectomía, con histerectomía abdominal total y excision radical de la masa tumoral para disminuir su volumen; con linfadenectomía pélvica y linfadenectomía paraaórtica limitada	67,10	8,00
FEMENINO	58956	Salpingo-ooforectomía bilateral y omentectomía total, con histerectomía abdominal total por neoplasia	41,82	8,00
FEMENINO	58957	Resección (reducción de masa tumoral) de neoplasia (tumores intra-abdominales o retroperitoneales) recurrente a nivel ovárico, tubario, peritoneal primario, uterino, con omentectomía, si se realiza	48,19	8,00
FEMENINO	58958	Resección (reducción de masa tumoral) de neoplasia (tumores intra-abdominales o retroperitoneales) recurrente a nivel	53,11	8,00

		ovárico, tubario, peritoneal primario, uterino, con omentectomía, si se realiza; con linfadenectomía pélvica y linfadenectomía para-aórtica limitada		
FEMENINO	58960	Laparotomía, para estadificación o reescalamiento de malignidad peritoneal ovárica, tubárica o primaria (segunda mirada), con o sin omentectomía, lavado peritoneal, biopsia de peritoneo abdominal y pélvico, evaluación diafragmática con linfadenectomía paraaórtica pélvica y limitada.	29,25	6,00
FEMENINO	58970	Punción folicular para obtención de óvulo, por cualquier método	11,00	6,00
FEMENINO	58974	Transferencia de embrión, intrauterina	9,00	3,00
FEMENINO	58976	Transferencia intrafalopiana de gameto, cigoto o embrión, cualquier método	12,00	6,00
FEMENINO	58999	Procedimiento que no aparece en la lista, sistema genital femenino (no obstétrico)	CM	3,00
FEMENINO	59000	Amniocentesis diagnóstica	3,74	4,00
FEMENINO	59001	Amniocentesis; reducción terapéutica de líquido amniótico (incluye guía de ultrasonido)	5,54	4,00
FEMENINO	59012	Cordocentesis (intrauterina), cualquier método	6,27	4,00
FEMENINO	59015	Toma de muestra de vellosidades coriónicas, cualquier método.	4,74	4,00
FEMENINO	59020	Test estresante fetal por contracción.	2,10	0,00
FEMENINO	59025	Test no estresante fetal. NST	1,44	0,00
FEMENINO	59030	Toma de muestra sanguínea de cuero cabelludo de feto	2,95	6,00
FEMENINO	59050	Monitoreo fetal durante el trabajo de parto por parte de médico consultor (es decir, un médico que no atiende) con un informe escrito; supervisión e interpretación	1,80	6,00
FEMENINO	59051	Monitoreo fetal durante el trabajo de parto por parte de médico consultor (es decir, un médico que no atiende) con un informe escrito; solo interpretación.	1,40	6,00
FEMENINO	59070	Amnioinfusión transabdominal, incluyendo guía ultrasonográfica	11,98	6,00
FEMENINO	59072	Oclusión del cordón umbilical fetal, incluyendo guía ecográfica	13,79	6,00
FEMENINO	59074	Drenaje de fluido fetal (P. ej. vesicocentesis, toracocentesis, paracentesis) incluyendo guía	11,48	6,00
FEMENINO	59076	Colocación de cortocircuito fetal, incluyendo guía ecográfica	13,79	6,00
FEMENINO	59100	Histerotomía, abdominal (P. ej. mola hidatiforme, óbito)	23,48	6,00
FEMENINO	59120	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; tubárico u ovárico, que requiere salpingectomía	24,20	6,00
FEMENINO	59121	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; tubárico u ovárico, sin salpingectomía y/u ooforectomía.	24,24	6,00
FEMENINO	59130	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; embarazo abdominal.	28,54	6,00
FEMENINO	59135	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; intersticial, embarazo uterino que requiere	24,36	6,00
FEMENINO	59136	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; intersticial, embarazo uterino con resección parcial de útero	27,02	6,00
FEMENINO	59140	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; cervical, con evacuación	16,10	3,00
FEMENINO	59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico; sin salpingectomía y/u ooforectomía.	23,46	6,00
FEMENINO	59151	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico; con salpingectomía y/o ooforectomía	22,94	6,00
FEMENINO	59160	Legrado postparto	6,15	3,00
FEMENINO	59200	Inserción de dilatador cervical (P. ej. laminaria, prostaglandina) (procedimiento separado)	2,40	3,00
FEMENINO	59300	Episiorrafia o sutura vaginal, por otro médico que no es el encargado del parto	5,78	3,00
FEMENINO	59320	Cerclaje del cérvix, durante el embarazo, a través de abordaje vaginal	4,70	4,00
FEMENINO	59325	Cerclaje del cérvix, durante el embarazo, a través de abordaje abdominal	7,49	6,00

FEMENINO	59350	Histerorrafia de útero roto	10,50	6,00
FEMENINO	59400	Atención obstétrica de rutina incluyendo atención del trabajo de parto, parto vaginal (con o sin episiotomía y/o fórceps) y atención posparto.	63,58	5,00
FEMENINO	59409	Atención de parto vaginal solamente (con o sin episiotomía)	25,04	5,00
FEMENINO	59410	Atención de parto vaginal (unicamente) (con o sin episiotomía), incluyendo atención posparto	31,95	5,00
FEMENINO	59412	Versión cefálica externa, con o sin tocólisis	3,50	5,00
FEMENINO	59414	Extracción de placenta (procedimiento separado)	2,85	3,00
FEMENINO	59425	Atención prenatal (unicamente); 4 a 6 visitas	13,72	0,00
FEMENINO	59426	Atención prenatal (unicamente); 7 a más visitas	24,51	0,00
FEMENINO	59430	Atención posparto solamente (procedimiento separado)	5,56	0,00
FEMENINO	59510	Atención obstétrica de rutina incluyendo atención preparto, parto por cesárea y atención posparto	70,79	7,00
FEMENINO	59514	Cesárea solamente	28,28	7,00
FEMENINO	59515	Parto por cesárea solamente; incluida la atención posparto	38,92	7,00
FEMENINO	59525	Histerectomía subtotal o total después del parto por cesárea (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	15,04	10,00
FEMENINO	59610	Atención obstétrica de rutina incluyendo atención preparto, parto vaginal (con o sin episiotomía)	67,18	5,00
FEMENINO	59612	Parto vaginal solo, después de cesárea previa (con o sin episiotomía y/o fórceps)	28,38	5,00
FEMENINO	59614	Parto vaginal solamente, después de un parto por cesárea previo (con o sin episiotomía y/o fórceps); incluida la atención posparto	35,26	5,00
FEMENINO	59618	Atención obstétrica de rutina incluyendo atención preparto, parto por cesárea y atención	71,79	7,00
FEMENINO	59620	Parto por cesárea solamente, luego de un intento de parto vaginal después del parto por cesárea anterior	28,84	7,00
FEMENINO	59622	Parto por cesárea solamente, luego de un intento de parto vaginal después del parto por cesárea anterior; incluida la atención posparto	39,56	7,00
FEMENINO	59812	Tratamiento de aborto incompleto, cualquier trimestre, completado quirúrgicamente	9,66	4,00
FEMENINO	59820	Tratamiento de aborto frustrado, completado quirúrgicamente, primer trimestre	11,44	4,00
FEMENINO	59821	Tratamiento de aborto frustrado, completado quirúrgicamente, segundo trimestre	11,55	4,00
FEMENINO	59830	Tratamiento de aborto séptico, completado quirúrgicamente	13,35	4,00
FEMENINO	59840	Aborto inducido (terapéutico), por dilatación y curetaje	6,56	4,00
FEMENINO	59841	Aborto inducido (terapéutico), por dilatación y evacuación	11,66	4,00
FEMENINO	59850	Aborto inducido (terapéutico), mediante 1 o más inyecciones intra-amnióticas (amniocentesis- inyecciones), incluyendo hospitalización, retiro del feto y de las membranas	11,64	4,00
FEMENINO	59851	Aborto inducido (terapéutico), mediante 1 o más inyecciones intra-amnióticas (amniocentesis- inyecciones), incluyendo hospitalización, retiro del feto y de las membranas; con dilatación y curetaje y/o evacuación	12,17	4,00
FEMENINO	59852	Aborto inducido, por 1 o más inyecciones intra-amnióticas (inyecciones de amniocentesis), que incluyen hospitalización y visitas, parto de feto y secundinas; con histerotomía (inyección intraamniótica fallida)	15,60	4,00
FEMENINO	59855	Aborto inducido (terapéutico), mediante 1 o más supositorios vaginales (ej prostaglandina) con o sin dilatación cervical (ej laminaria), incluyendo hospitalización, retiro del feto y de las membranas;	12,72	4,00
FEMENINO	59856	Aborto inducido (terapéutico), mediante 1 o más supositorios vaginales (ej prostaglandina) con o sin dilatación cervical (ej laminaria), incluyendo hospitalización, retiro del feto y de las	14,98	4,00

		membranas; con dilatación y curetaje y/o evacuación		
FEMENINO	59857	Aborto inducido, por 1 o más supositorios vaginales (p. Ej., Prostaglandina) con o sin dilatación cervical (p. Ej., Laminaria), incluyendo ingreso y visitas al hospital, parto de feto y secundinas; con histerotomía (evacuación médica fallida)	17,30	4,00
FEMENINO	59866	Reducción de embarazo multifetal (MPR)	6,34	4,00
FEMENINO	59870	Evacuación uterina y legrado para mola hidatidiforme	14,35	3,00
FEMENINO	59871	Retirada de sutura de cerclaje bajo anestesia (que no sea local)	4,13	3,00
FEMENINO	59897	Procedimiento invasivo fetal no listado, incluida la guía de ultrasonido, cuando se realiza	CM	6,00
FEMENINO	59898	Procedimiento de laparoscopia no listado, atención de maternidad y parto	CM	6,00
FEMENINO	59899	Procedimiento no listado, atención de maternidad y parto	CM	6,00
NERVIOSO	61000	Golpe subdural a través de fontanela, o sutura, infantil, unilateral o bilateral; inicial	3,56	5,00
NERVIOSO	61001	Golpe subdural a través de fontanela, o sutura, infantil, unilateral o bilateral; grifos posteriores	2,49	5,00
NERVIOSO	61020	Punción ventricular a través del orificio anterior de la fresa, fontanela, sutura o catéter / depósito ventricular implantado; sin inyección	3,12	5,00
NERVIOSO	61026	Punción ventricular a través del orificio anterior de la fresa, fontanela, sutura o catéter / depósito ventricular implantado; con inyección de medicación u otra sustancia para diagnóstico o tratamiento	3,14	5,00
NERVIOSO	61050	Punción cervical cisternal o lateral (C1-C2); sin inyección (procedimiento separado)	2,55	5,00
NERVIOSO	61055	Punción cervical cisternal o lateral (C1-C2); con inyección de medicación u otra sustancia para diagnóstico o tratamiento	4,10	5,00
NERVIOSO	61070	Punción del tubo de derivación o depósito para el procedimiento de aspiración o inyección	1,73	5,00
NERVIOSO	61105	Taladro helicoidal para punción subdural o ventricular	13,78	9,00
NERVIOSO	61107	Gire los orificios de perforación para punción subdural, intracerebral o ventricular; para implantar catéter ventricular, dispositivo de registro de presión u otro dispositivo de monitoreo intracerebral	10,70	9,00
NERVIOSO	61108	Gire los orificios de perforación para punción subdural, intracerebral o ventricular; para evacuación y / o drenaje de hematoma subdural	28,42	9,00
NERVIOSO	61120	Agujero (s) de rebaba para punción ventricular (incluida inyección de gas, medio de contraste, tinte o material radiactivo)	23,50	9,00
NERVIOSO	61140	Agujero (s) de rebaba o trefina; con biopsia de cerebro o lesión intracraneal	39,89	9,00
NERVIOSO	61150	Agujero (s) de rebaba o trefina; con drenaje de absceso cerebral o quiste	43,06	9,00
NERVIOSO	61151	Agujero (s) de rebaba o trefina; con punteo posterior (aspiración) de absceso intracraneal o quiste	31,65	9,00
NERVIOSO	61154	Agujero (s) de rebaba con evacuación y / o drenaje de hematoma, extradural o subdural	40,13	9,00
NERVIOSO	61156	Agujero (s) de rebaba; con aspiración de hematoma o quiste, intracerebral	39,62	9,00
NERVIOSO	61210	Agujero (s) de rebaba; para implantar catéter ventricular, reservorio, electrodo (s) EEG, dispositivo de registro de presión u otro dispositivo de monitorización cerebral (procedimiento separado)	11,93	9,00
NERVIOSO	61215	Inserción de reservorio subcutáneo, bomba o sistema de infusión continua para la conexión al catéter ventricular	15,89	9,00
NERVIOSO	61250	Agujero (s) de rebaba o trefina, supratentorial, exploratorio, no seguido de otra cirugía	25,82	9,00
NERVIOSO	61253	Agujero (s) de rebaba o trefina, infratentorial, unilateral o	25,50	9,00

		bilateral		
NERVIOSO	61304	Cranectomía o craneotomía, exploratoria; supratentorial	51,87	11,00
NERVIOSO	61305	Cranectomía o craneotomía, exploratoria; infratentorial (fosa posterior)	64,33	13,00
NERVIOSO	61312	Cranectomía o craneotomía para evacuación de hematoma, supratentorial; extradural o subdural	66,20	11,00
NERVIOSO	61313	Cranectomía o craneotomía para evacuación de hematoma, supratentorial; intracerebral	62,96	11,00
NERVIOSO	61314	Cranectomía o craneotomía para evacuación de hematoma, infratentorial; extradural o subdural	58,03	13,00
NERVIOSO	61315	Cranectomía o craneotomía para evacuación de hematoma, infratentorial; intracerebeloso	65,88	13,00
NERVIOSO	61316	Incisión y colocación subcutánea de injerto de hueso craneal (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	2,87	13,00
NERVIOSO	61320	Cranectomía o craneotomía, drenaje de absceso intracraneal; supratentorial	60,38	11,00
NERVIOSO	61321	Cranectomía o craneotomía, drenaje de absceso intracraneal; infratentorial	67,25	13,00
NERVIOSO	61322	Cranectomía o craneotomía, descompresiva, con o sin duraplastia, para el tratamiento de la hipertensión intracraneal, sin evacuación del hematoma intraparenquimatoso asociado; sin lobectomía	75,77	11,00
NERVIOSO	61323	Cranectomía o craneotomía, descompresiva, con o sin duraplastia, para el tratamiento de la hipertensión intracraneal, sin evacuación del hematoma intraparenquimatoso asociado; con lobectomía	76,96	11,00
NERVIOSO	61330	Descompresión de la órbita solamente, abordaje transcraneal	55,56	11,00
NERVIOSO	61332	Exploración de órbita con biopsia, abordaje transcraneal	50,63	11,00
NERVIOSO	61333	Exploración de la órbita (abordaje transcraneal), con extirpación de la lesión.	53,28	11,00
NERVIOSO	61340	Descompresión craneal subtemporal (seudotumor cerebral, síndrome del ventrículo cortado)	46,17	11,00
NERVIOSO	61343	Cranectomía, suboccipital con laminectomía cervical para la descompresión de la médula y la médula espinal, con o sin injerto dural (p. Ej., Malformación de Arnold-Chiari)	69,75	13,00
NERVIOSO	61345	Otra descompresión craneal, fosa posterior	64,77	13,00
NERVIOSO	61450	Cranectomía, subtemporal, para corte, compresión o descompresión de la raíz sensorial del ganglio gasseriano	61,63	13,00
NERVIOSO	61458	Cranectomía, suboccipital; para exploración o descompresión de nervios craneales	63,94	13,00
NERVIOSO	61460	Cranectomía, suboccipital; para una sección de 1 o más nervios craneales	65,42	11,00
NERVIOSO	61480	Craniectomía suboccipital para tractotomía o pedunculotomía mesencefálica	62,20	11,00
NERVIOSO	61500	Cranectomía con escisión de tumor u otra lesión ósea del cráneo	41,02	11,00
NERVIOSO	61501	Cranectomía para osteomielitis	35,51	11,00
NERVIOSO	61510	Cranectomía, trepanación, craneotomía con colgajo óseo; para escisión de tumor cerebral, supratentorial, excepto meningioma	69,30	11,00
NERVIOSO	61512	Cranectomía, trepanación, craneotomía con colgajo óseo; para escisión de meningioma, supratentorial	81,11	11,00
NERVIOSO	61514	Cranectomía, trepanación, craneotomía con colgajo óseo; para escisión de absceso cerebral, supratentorial	60,39	11,00
NERVIOSO	61516	Cranectomía, trepanación, craneotomía con colgajo óseo; para escisión o fenestración de quiste, supratentorial	58,91	11,00
NERVIOSO	61517	Implantación de un agente de quimioterapia intracavitaria cerebral (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	2,82	11,00
NERVIOSO	61518		87,66	13,00

		Cranectomía para escisión de tumor cerebral, fosa infratentorial o posterior; excepto meningioma, tumor del ángulo cerebelopontino o tumor de la línea media en la base del cráneo		
NERVIOSO	61519	Cranectomía para escisión de tumor cerebral, fosa infratentorial o posterior; meningioma	93,67	13,00
NERVIOSO	61520	Cranectomía para escisión de tumor cerebral, fosa infratentorial o posterior; tumor de ángulo cerebelopontino	119,41	13,00
NERVIOSO	61521	Cranectomía para escisión de tumor cerebral, fosa infratentorial o posterior; tumor de la línea media en la base del cráneo	101,35	13,00
NERVIOSO	61522	Cranectomía, fosa infratentorial o posterior; para escisión de absceso cerebral	70,09	13,00
NERVIOSO	61524	Cranectomía, fosa infratentorial o posterior; para escisión o fenestración del quiste	66,39	13,00
NERVIOSO	61526	Cranectomía, craneotomía del colgajo óseo, transtemporal (mastoideo) para la extirpación del tumor del ángulo cerebelopontino	117,37	13,00
NERVIOSO	61530	Cranectomía, craneotomía del colgajo óseo, transtemporal (mastoideo) para la extirpación del tumor del ángulo cerebelopontino; combinado con craneotomía fosa media / posterior / craneotomía	97,78	13,00
NERVIOSO	61531	Implantación subdural de electrodos de tira a través de 1 o más rebabas o agujeros de trefina para el monitoreo de convulsiones a largo plazo	40,00	11,00
NERVIOSO	61533	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para la implantación subdural de un conjunto de electrodos, para la monitorización de crisis a largo plazo	48,03	11,00
NERVIOSO	61534	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para la escisión del foco epileptogénico sin electrocorticografía durante la cirugía	52,55	11,00
NERVIOSO	61535	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para la extracción de una matriz de electrodos epidurales o subdurales, sin escisión del tejido cerebral (procedimiento separado)	31,09	11,00
NERVIOSO	61536	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para la escisión del foco epileptogénico cerebral, con electrocorticografía durante la cirugía (incluye la extracción de la matriz de electrodos)	81,48	11,00
NERVIOSO	61537	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para lobectomía, lóbulo temporal, sin electrocorticografía durante la cirugía	79,11	11,00
NERVIOSO	61538	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para lobectomía, lóbulo temporal, con electrocorticografía durante la cirugía	85,29	11,00
NERVIOSO	61539	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para lobectomía, que no sea lóbulo temporal, parcial o total, con electrocorticografía durante la cirugía	75,73	11,00
NERVIOSO	61540	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para lobectomía, que no sea lóbulo temporal, parcial o total, sin electrocorticografía durante la cirugía	68,80	11,00
NERVIOSO	61541	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para la transección del cuerpo calloso	68,86	11,00
NERVIOSO	61543	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para hemisferioctomía parcial o subtotal (funcional)	65,83	11,00
NERVIOSO	61544	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para escisión o coagulación del plexo coroideo	60,95	11,00
NERVIOSO	61545	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para la escisión del craneofaringioma	102,21	11,00
NERVIOSO	61546	Craneotomía para hipofisectomía o escisión de tumor hipofisario, abordaje intracraneal	73,54	11,00
NERVIOSO	61548	Hipofisectomía o escisión de tumor hipofisario, abordaje transnasal o transeptal, no estereotáctico	49,51	11,00
NERVIOSO	61550	Cranectomía para craneosinostosis; sutura craneal simple	37,60	11,00
NERVIOSO	61552		34,75	11,00

		Cranectomía para craneosinostosis; suturas craneales múltiples		
NERVIOSO	61556	Craneotomía para la craneosinostosis; colgajo óseo frontal o parietal	48,26	11,00
NERVIOSO	61557	Craneotomía para la craneosinostosis; colgajo óseo bifrontal	53,64	11,00
NERVIOSO	61558	Craneotomía extensa para la craneosinostosis de sutura craneal múltiple (p. Ej., Cráneo de hoja de trébol); no requiere injertos óseos	60,02	11,00
NERVIOSO	61559	Craneotomía extensa para la craneosinostosis de sutura craneal múltiple (p. Ej., Cráneo de hoja de trébol); recontouring con múltiples osteotomías y autoinjertos óseos (p. ej., procedimiento de barril-bastón) (incluye la obtención de injertos)	71,23	11,00
NERVIOSO	61563	Escisión, intra y extracraneal, tumor benigno de hueso craneal (p. Ej., Displasia fibrosa); sin descompresión del nervio óptico	62,75	11,00
NERVIOSO	61564	Escisión, intra y extracraneal, tumor benigno de hueso craneal (p. Ej., Displasia fibrosa); con descompresión del nervio óptico	71,79	11,00
NERVIOSO	61566	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para amígdalohipocampectomía selectiva	72,05	11,00
NERVIOSO	61567	Craneotomía con elevación del colgajo óseo; para múltiples transecciones subpiales, con electrocorticografía durante la cirugía	75,99	11,00
NERVIOSO	61570	Cranectomía o craneotomía; con escisión de cuerpo extraño del cerebro	58,34	11,00
NERVIOSO	61571	Cranectomía o craneotomía; con tratamiento de la herida penetrante del cerebro	63,66	11,00
NERVIOSO	61575	Abordaje transoral de la base del cráneo, el tronco encefálico o la médula espinal superior para biopsia, descompresión o escisión de la lesión.	79,10	11,00
NERVIOSO	61576	Abordaje transoral de la base del cráneo, el tronco encefálico o la médula espinal superior para biopsia, descompresión o escisión de la lesión; requiere división de la lengua y / o mandíbula (incluida la traqueotomía)	102,53	11,00
NERVIOSO	61580	Abordaje craneofacial de la fosa craneal anterior; extradural, incluyendo rinotomía lateral, etmoidectomía, esfenoidectomía, sin maxillectomía o exenteración orbitaria	74,79	11,00
NERVIOSO	61581	Abordaje craneofacial de la fosa craneal anterior; extradural, incluyendo rinotomía lateral, exenteración orbitaria, etmoidectomía, esfenoidectomía y / o maxillectomía	78,92	11,00
NERVIOSO	61582	Abordaje craneofacial de la fosa craneal anterior; extradural, incluida la craneotomía unilateral o bifrontal, elevación del lóbulo (s) frontal (s), osteotomía de la base de la fosa craneal anterior	93,74	11,00
NERVIOSO	61583	Abordaje craneofacial de la fosa craneal anterior; intradural, incluyendo craneotomía unilateral o bifrontal, elevación o resección del lóbulo frontal, osteotomía de la base de la fosa craneal anterior	90,74	11,00
NERVIOSO	61584	Abordaje orbitocraneal de la fosa craneal anterior, extradural, incluida la osteotomía de la cresta supraorbitaria y la elevación del lóbulo (s) frontal y / o temporal; sin exenteración orbital	89,06	11,00
NERVIOSO	61585	Abordaje orbitocraneal de la fosa craneal anterior, extradural, incluida la osteotomía de la cresta supraorbitaria y la elevación del lóbulo (s) frontal y / o temporal; con exenteración orbital	99,66	11,00
NERVIOSO	61586	Abordaje de osteotomía bicoronar, transcigomático y / o LeFort I a la fosa craneal anterior con o sin fijación interna, sin injerto óseo	73,74	11,00
NERVIOSO	61590	Abordaje preauricular infratemporal de la fosa craneal media (espacio parafaríngeo, base del cráneo infratemporal y de la línea media, nasofaringe), con o sin desarticulación de la	91,94	11,00

		mandíbula, incluida la parotidectomía, craneotomía, descompresión y / o movilización del nervio facial y / o arteria carótida pecosa		
NERVIOSO	61591	Abordaje posauricular infratemporal de la fosa craneal media (meato auditivo interno, ápice petroso, tentorio, seno cavernoso, área parasellar, fosa infratemporal) incluyendo mastoidectomía, resección del seno sigmoideo, con o sin descompresión y / o movilización del contenido del canal auditivo o arteria carótida petrosa	93,58	11,00
NERVIOSO	61592	Abordaje cigomático orbitocraneal a la fosa craneal media (seno cavernoso y arteria carótida, clivus, arteria basilar o vértice petroso) que incluye osteotomía de cigoma, craneotomía, elevación extra o intradural del lóbulo temporal	99,63	11,00
NERVIOSO	61595	Abordaje transtemporal a la fosa craneal posterior, el agujero yugular o la base del cráneo en la línea media, incluida la mastoidectomía, la descompresión del seno sigmoideo y / o el nervio facial, con o sin movilización	71,30	11,00
NERVIOSO	61596	Abordaje transcoclear a la fosa craneal posterior, el agujero yugular o la base del cráneo en la línea media, incluida la laberintectomía, la descompresión, con o sin movilización del nervio facial y / o la arteria carótida pecosa	72,91	11,00
NERVIOSO	61597	Abordaje transcondilar (lateral lejano) a la fosa craneal posterior, el agujero yugular o la base del cráneo en la línea media, que incluye condilectomía occipital, mastoidectomía, resección de los cuerpos vertebrales C1-C3, descompresión de la arteria vertebral, con o sin movilización	89,43	11,00
NERVIOSO	61598	Abordaje transpetrosal de la fosa craneal posterior, clivus o foramen magnum, incluida la ligadura del seno petroso superior y / o el seno sigmoideo	87,73	11,00
NERVIOSO	61600	Resección o escisión de una lesión neoplásica, vascular o infecciosa de la base de la fosa craneal anterior; extradural	64,29	11,00
NERVIOSO	61601	Resección o escisión de una lesión neoplásica, vascular o infecciosa de la base de la fosa craneal anterior; intradural, incluida la reparación dural, con o sin injerto	74,72	11,00
NERVIOSO	61605	Resección o escisión de una lesión neoplásica, vascular o infecciosa de la fosa infratemporal, espacio parafaríngeo, ápice petroso; extradural	64,74	11,00
NERVIOSO	61606	Resección o escisión de una lesión neoplásica, vascular o infecciosa de la fosa infratemporal, espacio parafaríngeo, ápice petroso; intradural, incluida la reparación dural, con o sin injerto	92,47	11,00
NERVIOSO	61607	Resección o escisión de una lesión neoplásica, vascular o infecciosa del área parasellar, seno cavernoso, clivus o base del cráneo en la línea media; extradural	82,78	11,00
NERVIOSO	61608	Resección o escisión de una lesión neoplásica, vascular o infecciosa del área parasellar, seno cavernoso, clivus o base del cráneo en la línea media; intradural, incluida la reparación dural, con o sin injerto	102,39	11,00
NERVIOSO	61610	Transección o ligadura, arteria carótida en el seno cavernoso; con reparación mediante	50,35	11,00
NERVIOSO	61611	Transección o ligadura, arteria carótida en el canal petrolífero; sin reparación (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	11,68	11,00
NERVIOSO	61612	Transección o ligadura, arteria carótida a nivel del canal petroso; con reparación medianteanastomosis o injerto (Listese separadamente en adición al primario)	45,00	11,00
NERVIOSO	61613	Obliteración del aneurisma carotídeo, malformación arteriovenosa o fístula carótida-cavernosa por disección dentro del seno cavernoso	100,98	15,00
NERVIOSO	61615	Resección o escisión de una lesión neoplásica, vascular o	75,69	13,00

		infecciosa de la base de la fosa craneal posterior, el agujero yugular, el agujero magnum o los cuerpos vertebrales C1-C3; extradural		
NERVIOSO	61616	Resección o escisión de una lesión neoplásica, vascular o infecciosa de la base de la fosa craneal posterior, el agujero yugular, el agujero magnum o los cuerpos vertebrales C1-C3; intradural, incluida la reparación dural, con o sin injerto	104,00	13,00
NERVIOSO	61618	Reparación secundaria de duramadre por fuga de líquido cefalorraquídeo, fosa craneal anterior, media o posterior después de la cirugía de la base del cráneo; por injerto de tejido libre (p. ej., pericráneo, fascia, fascia lata tensorial, tejido adiposo, injertos homólogos o sintéticos)	40,40	11,00
NERVIOSO	61619	Reparación secundaria de duramadre por fuga de líquido cefalorraquídeo, fosa craneal anterior, media o posterior después de la cirugía de la base del cráneo; por colgajo pedicular vascularizado local o regionalizado o colgajo miocutáneo (incluyendo galea, temporal, frontal o músculo occipital)	44,24	11,00
NERVIOSO	61623	Oclusión arterial de globo temporal endovascular, cabeza o cuello (extracraneal / intracraneal), incluyendo cateterismo selectivo del vaso a ocluir, posicionamiento e inflado del globo de oclusión, monitoreo neurológico concomitante y supervisión e interpretación radiológica de toda la angiografía requerida para la oclusión del globo y excluir vascular lesión posterior a la oclusión	17,73	10,00
NERVIOSO	61624	Oclusión o embolización permanente transcáteter (p. Ej., Para la destrucción del tumor, para lograr la hemostasia, para ocluir una malformación vascular), percutánea, cualquier método; sistema nervioso central (intracraneal, médula espinal)	35,71	10,00
NERVIOSO	61626	Oclusión o embolización permanente transcáteter (p. Ej., Para la destrucción del tumor, para lograr la hemostasia, para ocluir una malformación vascular), percutánea, cualquier método; sistema nervioso no central, cabeza o cuello (rama extracraneal, braquiocefálica)	26,15	6,00
NERVIOSO	61630	Angioplastia con balón, intracraneal (p. Ej., Estenosis aterosclerótica), percutánea	41,74	10,00
NERVIOSO	61635	Colocación transcáteter de stent (s) intravascular, intracraneal (p. Ej., Estenosis aterosclerótica), incluida la angioplastia con balón, si se realiza	44,30	10,00
NERVIOSO	61640	Dilatación con globo del vasoespasmio intracraneal, percutáneo; recipiente inicial	7,70	10,00
NERVIOSO	61641	Dilatación con globo del vasoespasmio intracraneal, percutáneo; cada vaso adicional en el mismo territorio vascular (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,80	0,00
NERVIOSO	61642	Dilatación con globo del vasoespasmio intracraneal, percutáneo; cada vaso adicional en un territorio vascular diferente (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,00	0,00
NERVIOSO	61645	Trombectomía y / o infusión mecánica transluminal arterial percutánea para trombolisis, intracraneal, cualquier método, incluyendo angiografía diagnóstica, guía fluoroscópica, colocación de catéter e inyección (s) trombolítica farmacológica intraprocedural	24,11	10,00
NERVIOSO	61650	Administración prolongada intracraneal endovascular de agente (s) farmacológico (s) que no sea para trombólisis arterial, incluida la colocación de catéteres, angiografía diagnóstica y orientación por imagen; territorio vascular inicial	16,54	10,00
NERVIOSO	61651	Administración prolongada intracraneal endovascular de agente (s) farmacológico (s) que no sea para trombólisis arterial, incluida la colocación de catéteres, angiografía diagnóstica y	7,03	10,00

		orientación por imagen; cada territorio vascular adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)		
NERVIOSO	61680	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; supratentorial, simple	71,87	15,00
NERVIOSO	61682	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; supratentorial, complejo	133,04	15,00
NERVIOSO	61684	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; infratentorial, simple	91,33	15,00
NERVIOSO	61686	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; infratentorial, complejo	144,63	15,00
NERVIOSO	61690	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; dural, simple	69,27	15,00
NERVIOSO	61692	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; dural, complejo	117,14	15,00
NERVIOSO	61697	Cirugía de aneurisma intracraneal complejo, abordaje intracraneal; circulación carotídea	134,73	15,00
NERVIOSO	61698	Cirugía de aneurisma intracraneal complejo, abordaje intracraneal; circulación vertebrobasilar	148,73	15,00
NERVIOSO	61700	Cirugía de aneurisma intracraneal simple, abordaje intracraneal; circulación carotídea	108,69	15,00
NERVIOSO	61702	Cirugía de aneurisma intracraneal simple, abordaje intracraneal; circulación vertebrobasilar	128,11	15,00
NERVIOSO	61703	Cirugía del aneurisma intracraneal, abordaje cervical mediante la aplicación de una pinza oclusiva a la arteria carótida cervical (tipo Selverstone-Crutchfield)	38,54	15,00
NERVIOSO	61705	Cirugía de aneurisma, malformación vascular o fístula carótida-cavernosa; por oclusión intracraneal y cervical de la arteria carótida	83,58	15,00
NERVIOSO	61708	Cirugía de aneurisma, malformación vascular o fístula carótida-cavernosa; por electrotrombosis intracraneal	72,96	15,00
NERVIOSO	61710	Cirugía de aneurisma, malformación vascular o fístula carótida-cavernosa; por embolización intraarterial, procedimiento de inyección o catéter con balón	67,93	15,00
NERVIOSO	61711	Anastomosis, arterias arteriales, extracraneales-intracraneales (p. Ej., Cerebral media / cortical)	83,20	15,00
NERVIOSO	61720	Creación de la lesión por método estereotáctico, incluyendo agujeros de rebaba y técnicas de localización y registro, etapas únicas o múltiples; globo pálido o tálamo	40,52	11,00
NERVIOSO	61735	Creación de la lesión por método estereotáctico, incluyendo agujeros de rebaba y técnicas de localización y registro, etapas únicas o múltiples; estructura (s) subcortical que no sea globo pálido o tálamo	50,80	11,00
NERVIOSO	61750	Biopsia estereotáctica, aspiración o escisión, incluidos los orificios de las rebabas, para la lesión intracraneal	44,79	11,00
NERVIOSO	61751	Biopsia estereotáctica, aspiración o escisión, incluidos los orificios de las rebabas, para la lesión intracraneal; con tomografía computarizada y / o guía de resonancia magnética	43,82	11,00
NERVIOSO	61760	Implantación estereotáctica de electrodos de profundidad en el cerebro para el monitoreo de convulsiones a largo plazo	50,31	11,00
NERVIOSO	61770	Localización estereotáctica, incluidos orificios de rebaba, con inserción de catéter (s) o sonda (s) para la colocación de la fuente de radiación	51,98	13,00
NERVIOSO	61781	Procedimiento estereotáctico asistido por computadora (navegación); craneal, intradural (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	7,59	13,00
NERVIOSO	61782	Procedimiento estereotáctico asistido por computadora (navegación); craneal, extradural (enumerar por separado	5,40	13,00

		además del código para el procedimiento primario)		
NERVIOSO	61783	Procedimiento estereotáctico asistido por computadora (navegación); espinal (Enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	7,39	13,00
NERVIOSO	61790	Creación de lesión por método estereotáctico, percutáneo, por agente neuro lítico (p. Ej., Alcohol, térmico, eléctrico, radiofrecuencia); ganglio gasserian	28,00	6,00
NERVIOSO	61791	Creación de lesión por método estereotáctico, percutáneo, por agente neuro lítico (p. Ej., Alcohol, térmico, eléctrico, radiofrecuencia); tracto medular del trigémino	34,60	6,00
NERVIOSO	61796	Radiocirugía estereotáctica (haz de partículas, rayos gamma o acelerador lineal); 1 lesión craneal simple	38,00	7,00
NERVIOSO	61797	Radiocirugía estereotáctica (haz de partículas, rayos gamma o acelerador lineal); cada lesión craneal adicional, simple (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	8,00	7,00
NERVIOSO	61798	Radiocirugía estereotáctica (haz de partículas, rayos gamma o acelerador lineal); 1 lesión craneal compleja	44,00	7,00
NERVIOSO	61799	Radiocirugía estereotáctica (haz de partículas, rayos gamma o acelerador lineal); cada lesión craneal adicional, compleja (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	10,00	7,00
NERVIOSO	61800	Aplicación del bastidor estereotáctico para radiocirugía estereotáctica (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	6,00	7,00
NERVIOSO	61850	Taladro helicoidal u orificio (s) para la implantación de electrodos neuroestimuladores corticales	31,25	9,00
NERVIOSO	61860	Cranectomía o craneotomía para la implantación de electrodos neuroestimuladores, cerebrales, corticales	49,20	11,00
NERVIOSO	61863	Taladro helicoidal, orificio de rebaba, craneotomía o craniectomía con implantación estereotáctica de un conjunto de electrodos neuroestimuladores en el sitio subcortical (p. Ej., Tálamo, globo pálido, núcleo subtalámico, periventricular, gris periacueductal), sin uso de registro intraoperatorio de microelectrodos; primer conjunto	47,70	11,00
NERVIOSO	61864	Taladro helicoidal, orificio de rebaba, craneotomía o craniectomía con implantación estereotáctica de un conjunto de electrodos neuroestimuladores en el sitio subcortical (p. Ej., Tálamo, globo pálido, núcleo subtalámico, periventricular, gris periacueductal), sin uso de registro intraoperatorio de microelectrodos; cada conjunto adicional (Listar por separado además del procedimiento primario)	9,20	11,00
NERVIOSO	61867	Taladro helicoidal, agujero de rebaba, craneotomía o craniectomía con implantación estereotáctica de un conjunto de electrodos neuroestimuladores en el sitio subcortical (p. Ej., Tálamo, globo pálido, núcleo subtalámico, periventricular, gris periacueductal), con el uso de grabación intraoperatoria de microelectrodos; primer conjunto	72,70	11,00
NERVIOSO	61868	Taladro helicoidal, agujero de rebaba, craneotomía o craniectomía con implantación estereotáctica de un conjunto de electrodos neuroestimuladores en el sitio subcortical (p. Ej., Tálamo, globo pálido, núcleo subtalámico, periventricular, gris periacueductal), con el uso de grabación intraoperatoria de microelectrodos; cada conjunto adicional (Listar por separado además del procedimiento primario)	16,13	11,00
NERVIOSO	61870	Cranectomía para la implantación de electrodos neuroestimuladores, cerebelosos, corticales	31,95	11,00
NERVIOSO	61880	Revisión o extracción de electrodos de neuroestimuladores intracraneales	17,76	11,00
NERVIOSO	61885	Inserción o reemplazo del generador o receptor de pulso	15,96	5,00

		neuroestimulador craneal, acoplamiento directo o inductivo; con conexión a un único conjunto de electrodos		
NERVIOSO	61886	Inserción o reemplazo del generador o receptor de pulso neuroestimulador craneal, acoplamiento directo o inductivo; con conexión a 2 o más conjuntos de electrodos	26,30	5,00
NERVIOSO	61888	Revisión o extracción del generador o receptor de pulso del neuroestimulador craneal	12,46	5,00
NERVIOSO	62000	Elevación de la fractura de cráneo deprimida; simple, extradural	30,02	9,00
NERVIOSO	62005	Elevación de la fractura deprimida del cráneo; compuesto o triturado, extradural	39,84	9,00
NERVIOSO	62010	Elevación de la fractura deprimida del cráneo; con reparación de duramadre y / o desbridamiento del cerebro	48,59	11,00
NERVIOSO	62100	Craneotomía para reparar la fuga de líquido dural / cerebroespinal, incluida la cirugía para rinorrea / otorrea	49,76	11,00
NERVIOSO	62115	Reducción del cráneo craneomegalico (p. Ej., Hidrocefalia tratada); no requiere injertos óseos o craneoplastia	39,16	11,00
NERVIOSO	62117	Reducción del cráneo craneomegalico (p. Ej., Hidrocefalia tratada); que requiere craneotomía y reconstrucción con o sin injerto óseo (incluye la obtención de injertos)	62,89	11,00
NERVIOSO	62120	Reparación de encefalocele, bóveda craneal, incluida la craneoplastia	49,46	11,00
NERVIOSO	62121	Craneotomía para la reparación del encefalocele, base del cráneo	48,69	11,00
NERVIOSO	62140	Craneoplastia por defecto del cráneo; hasta 5 cm de diámetro	32,44	9,00
NERVIOSO	62141	Craneoplastia por defecto del cráneo; mayor de 5 cm de diámetro	35,87	9,00
NERVIOSO	62142	Extracción del colgajo óseo o placa protésica del cráneo	27,89	9,00
NERVIOSO	62143	Reemplazo del colgajo óseo o placa protésica del cráneo	32,89	9,00
NERVIOSO	62145	Craneoplastia por defecto del cráneo con cirugía reparadora del cerebro	44,82	9,00
NERVIOSO	62146	Craneoplastia con autoinjerto (incluye la obtención de injertos óseos); hasta 5 cm de diámetro	37,66	9,00
NERVIOSO	62147	Craneoplastia con autoinjerto (incluye la obtención de injertos óseos); mayor de 5 cm de diámetro	44,77	9,00
NERVIOSO	62148	Incisión y recuperación de injerto de hueso craneal subcutáneo para craneoplastia (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	4,09	9,00
NERVIOSO	62160	Neuroendoscopia, intracraneal, para colocación o reemplazo de catéter ventricular y fijación al sistema de derivación o drenaje externo (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	6,16	9,00
NERVIOSO	62161	Neuroendoscopia, intracraneal; con disección de adherencias, fenestración del tabique pelúcido o quistes intraventriculares (incluida la colocación, reemplazo o extracción del catéter ventricular)	48,08	11,00
NERVIOSO	62162	Neuroendoscopia, intracraneal; con fenestración o escisión del quiste coloide, incluida la colocación de un catéter ventricular externo para el drenaje	60,07	11,00
NERVIOSO	62163	Neuroendoscopia, intracraneal; con recuperación de cuerpo extraño	38,95	11,00
NERVIOSO	62164	Neuroendoscopia, intracraneal; con escisión de tumor cerebral, incluida la colocación de catéter ventricular externo para drenaje	66,02	11,00
NERVIOSO	62165	Neuroendoscopia, intracraneal; con escisión de tumor hipofisario, abordaje transnasal o transesfenoidal	47,90	11,00
NERVIOSO	62180	Ventriculocisternostomía (operación tipo Torkildsen)	51,16	10,00
NERVIOSO	62190	Creación de shunt; subaracnoideo / subdural-auricular, -yugular,	26,00	10,00

		-auricular		
NERVIOSO	62192	Creación de shunt; subaracnoideo / subdural-peritoneal, -pleural, otro término	30,81	10,00
NERVIOSO	62194	Reemplazo o irrigación, catéter subaracnoideo / subdural	13,76	10,00
NERVIOSO	62200	Ventriculocisternostomía, tercer ventrículo	44,20	10,00
NERVIOSO	62201	Ventriculocisternostomía, tercer ventrículo; método estereotáctico, neuroendoscópico	38,09	10,00
NERVIOSO	62220	Creación de shunt; ventriculo-auricular, -yugular, -auricular	32,62	10,00
NERVIOSO	62223	Creación de shunt; ventriculo-peritoneal, -pleural, otro término	32,81	10,00
NERVIOSO	62225	Reemplazo o irrigación, catéter ventricular	15,77	10,00
NERVIOSO	62230	Reemplazo o revisión de derivación de líquido cefalorraquídeo, válvula obstruida o catéter distal en el sistema de derivación	26,48	10,00
NERVIOSO	62252	Reprogramación de derivación cerebroespinal programable	2,58	10,00
NERVIOSO	62256	Eliminación del sistema completo de derivación de líquido cefalorraquídeo; sin reemplazo	18,77	10,00
NERVIOSO	62258	Eliminación del sistema completo de derivación de líquido cefalorraquídeo; con reemplazo por derivación similar u otra en la misma operación	35,32	10,00
NERVIOSO	62263	Lisis percutánea de adherencias epidurales mediante inyección de solución (p. Ej., Solución salina hipertónica, enzima) o medios mecánicos (p. Ej., Catéter), incluida la localización radiológica (incluye contraste cuando se administra), múltiples sesiones de adhesiolisis; 2 o más días	17,35	5,00
NERVIOSO	62264	Lisis percutánea de adherencias epidurales mediante inyección de solución (p. Ej., Solución salina hipertónica, enzima) o medios mecánicos (p. Ej., Catéter), incluida la localización radiológica (incluye contraste cuando se administra), múltiples sesiones de adhesiolisis; 1 día	12,06	5,00
NERVIOSO	62267	Aspiración percutánea dentro del núcleo pulposo, disco intervertebral o tejido paravertebral con fines de diagnóstico.	7,21	5,00
NERVIOSO	62268	Aspiración percutánea, quiste de la médula espinal o siringe	15,30	5,00
NERVIOSO	62269	Biopsia de médula espinal, aguja percutánea.	16,80	8,00
NERVIOSO	62270	Punción espinal, lumbar, diagnóstico.	4,59	3,00
NERVIOSO	62272	Punción espinal, terapéutica, para el drenaje del líquido cefalorraquídeo (con aguja o catéter).	5,87	3,00
NERVIOSO	62273	Inyección, epidural, de sangre o parche de coágulo	4,98	3,00
NERVIOSO	62280	Inyección / infusión de sustancia neurolítica (p. Ej., Alcohol, fenol, soluciones salinas heladas), con o sin otra sustancia terapéutica; subaracnoideo	8,72	3,00
NERVIOSO	62281	Inyección / infusión de sustancia neurolítica (p. Ej., Alcohol, fenol, soluciones salinas heladas), con o sin otra sustancia terapéutica; epidural, cervical o torácico	7,01	3,00
NERVIOSO	62282	Inyección / infusión de sustancia neurolítica (p. Ej., Alcohol, fenol, soluciones salinas heladas), con o sin otra sustancia terapéutica; epidural, lumbar, sacro (caudal)	8,55	3,00
NERVIOSO	62284	Procedimiento de inyección para mielografía y / o tomografía computarizada, lumbar	5,40	5,00
NERVIOSO	62287	Procedimiento de descompresión, percutáneo, del núcleo pulposo del disco intervertebral, cualquier método que utilice una técnica basada en una aguja para extraer material del disco bajo imágenes fluoroscópicas u otra forma de visualización indirecta, con discografía y / o inyección (s) epidural (es) a los niveles tratados. cuando se realiza, niveles únicos o múltiples, lumbar	16,99	8,00
NERVIOSO	62290	Procedimiento de inyección para discografía, cada nivel; lumbar	9,48	5,00

NERVIOSO	62291	Procedimiento de inyección para discografía, cada nivel; cervical o torácico	9,51	5,00
NERVIOSO	62292	Procedimiento de inyección para quimionucleólisis, que incluye discografía, disco intervertebral, niveles únicos o múltiples, lumbar	16,95	5,00
NERVIOSO	62294	Procedimiento de inyección, arterial, para oclusión de malformación arteriovenosa, espinal	30,13	5,00
NERVIOSO	62302	Mielografía por inyección lumbar, incluida la supervisión e interpretación radiológica; cervical	6,99	5,00
NERVIOSO	62303	Mielografía por inyección lumbar, incluida la supervisión e interpretación radiológica; torácica	7,20	5,00
NERVIOSO	62304	Mielografía por inyección lumbar, incluida la supervisión e interpretación radiológica; lumbosacra	6,90	5,00
NERVIOSO	62305	Mielografía por inyección lumbar, incluida la supervisión e interpretación radiológica; 2 o más regiones (p. Ej., Lumbar / torácica, cervical / torácica, lumbar / cervical, lumbar / torácica / cervical)	7,50	5,00
NERVIOSO	62320	Inyección (es), de sustancia (s) diagnóstica o terapéutica (p. Ej., Anestésico, antiespasmódico, opiode, esteroide, otra solución), sin incluir sustancias neurolíticas, incluida la colocación de aguja o catéter, epidural interlaminar o subaracnoidea, cervical o torácica; sin guía de imagen	4,84	5,00
NERVIOSO	62321	Inyección (es), de sustancia (s) diagnóstica o terapéutica (p. Ej., Anestésico, antiespasmódico, opiode, esteroide, otra solución), sin incluir sustancias neurolíticas, incluida la colocación de aguja o catéter, epidural interlaminar o subaracnoidea, cervical o torácica; con guía de imágenes (es decir, fluoroscopia o tomografía computarizada)	7,16	5,00
NERVIOSO	62322	Inyección (es), de sustancia (s) diagnóstica o terapéutica (p. Ej., Anestésico, antiespasmódico, opiode, esteroide, otra solución), sin incluir sustancias neurolíticas, incluida la colocación de aguja o catéter, epidural interlaminar o subaracnoideo, lumbar o sacro (caudal) ; sin guía de imagen	4,51	5,00
NERVIOSO	62323	Inyección (es), de sustancia (s) diagnóstica o terapéutica (p. Ej., Anestésico, antiespasmódico, opiode, esteroide, otra solución), sin incluir sustancias neurolíticas, incluida la colocación de aguja o catéter, epidural interlaminar o subaracnoideo, lumbar o sacro (caudal) ; con guía de imágenes (es decir, fluoroscopia o tomografía computarizada)	7,02	5,00
NERVIOSO	62324	Inyección (es), incluida la colocación de un catéter permanente, infusión continua o bolo intermitente, de sustancias diagnósticas o terapéuticas (p. Ej., Anestésico, antiespasmódico, opiode, esteroide, otra solución), sin incluir sustancias neurolíticas, epidural o subaracnoidea interlaminar, cervical o torácico; sin guía de imagen	4,25	5,00
NERVIOSO	62325	Inyección (es), incluida la colocación de un catéter permanente, infusión continua o bolo intermitente, de sustancias diagnósticas o terapéuticas (p. Ej., Anestésico, antiespasmódico, opiode, esteroide, otra solución), sin incluir sustancias neurolíticas, epidural o subaracnoidea interlaminar, cervical o torácico; con guía de imágenes (es decir, fluoroscopia o tomografía computarizada)	6,38	5,00
NERVIOSO	62326	Inyecciones, incluida la colocación de un catéter permanente, infusión continua o bolo intermitente, de sustancias diagnósticas o terapéuticas (p. Ej., Anestésico, antiespasmódico, opiode, esteroide, otra solución), sin incluir sustancias neurolíticas, epidural o subaracnoide interlaminar, lumbar o sacro (caudal); sin guía de imagen	4,45	5,00

NERVIOSO	62327	Inyecciones, incluida la colocación de un catéter permanente, infusión continua o bolo intermitente, de sustancias diagnósticas o terapéuticas (p. Ej., Anestésico, antiespasmódico, opioide, esteroide, otra solución), sin incluir sustancias neurotóxicas, epidural o subaracnoide interlaminar, lumbar o sacro (caudal); con guía de imágenes (es decir, fluoroscopia o tomografía computarizada)	6,48	5,00
NERVIOSO	62350	Implantación, revisión o reposicionamiento de un catéter intratecal o epidural tunelizado, para la administración de medicamentos a largo plazo a través de una bomba externa o depósito implantable / bomba de infusión; sin laminectomía	12,01	8,00
NERVIOSO	62351	Implantación, revisión o reposicionamiento de un catéter intratecal o epidural tunelizado, para la administración de medicamentos a largo plazo a través de una bomba externa o depósito implantable / bomba de infusión; con laminectomía	26,40	10,00
NERVIOSO	62355	Extracción de catéter intratecal o epidural previamente implantado	8,04	5,00
NERVIOSO	62360	Implantación o reemplazo del dispositivo para infusión de drogas intratecales o epidurales; depósito subcutáneo	9,32	5,00
NERVIOSO	62361	Implantación o reemplazo del dispositivo para infusión de drogas intratecales o epidurales; bomba no programable	13,11	5,00
NERVIOSO	62362	Implantación o reemplazo del dispositivo para infusión de drogas intratecales o epidurales; bomba programable, incluida la preparación de la bomba, con o sin programación	11,63	5,00
NERVIOSO	62365	Extracción del reservorio subcutáneo o bomba, previamente implantado para infusión intratecal o epidural	9,00	5,00
NERVIOSO	62367	Análisis electrónico de la bomba implantada programable para infusión de drogas intratecales o epidurales (incluye evaluación del estado del reservorio, estado de alarma, estado de prescripción de drogas); sin reprogramación o recarga	1,19	5,00
NERVIOSO	62368	Análisis electrónico de la bomba implantada programable para infusión de drogas intratecales o epidurales (incluye evaluación del estado del reservorio, estado de alarma, estado de prescripción de drogas); con reprogramación	1,63	5,00
NERVIOSO	62369	Análisis electrónico de la bomba implantada programable para infusión de drogas intratecales o epidurales (incluye evaluación del estado del reservorio, estado de alarma, estado de prescripción de drogas); con reprogramación y recarga	3,39	5,00
NERVIOSO	62370	Análisis electrónico de bomba implantada programable para infusión intratecal o epidural de drogas (incluye evaluación del estado del reservorio, estado de alarma, estado de prescripción de drogas)	3,58	5,00
NERVIOSO	62380	Descompresión endoscópica de la médula espinal, raíz (s) nerviosa (s), incluyendo laminotomía, facetectomía parcial, foraminotomía, discectomía y / o escisión de disco intervertebral herniado, 1 espacio intermedio, lumbar	CM	0,00
NERVIOSO	63001	Laminectomía con exploración y / o descompresión de la médula espinal y / o la cola de caballo, sin facetectomía, foraminotomía o discectomía (p. Ej., Estenosis espinal), 1 o 2 segmentos vertebrales; cervical	38,93	10,00
NERVIOSO	63003	Laminectomía con exploración y / o descompresión de la médula espinal y / o la cola de caballo, sin facetectomía, foraminotomía o discectomía (p. Ej., Estenosis espinal), 1 o 2 segmentos vertebrales; torácica	38,80	10,00
NERVIOSO	63005	Laminectomía con exploración y / o descompresión de la médula espinal y / o la cola de caballo, sin facetectomía, foraminotomía o discectomía (p. Ej., Estenosis espinal), 1 o 2 segmentos vertebrales; lumbar, excepto la espondilolistesis	36,84	8,00
NERVIOSO	63011	Laminectomía con exploración y / o descompresión de la médula	33,54	8,00

		espinal y / o la cola de caballo, sin facetectomía, foraminotomía o discectomía (p. Ej., Estenosis espinal), 1 o 2 segmentos vertebrales; sacro		
NERVIOSO	63012	Laminectomía con extracción de facetas anormales y / o pares interarticulares con descompresión de la cola de caballo y raíces nerviosas para espondilolistesis, lumbar (procedimiento tipo Gill)	37,04	8,00
NERVIOSO	63015	Laminectomía con exploración y / o descompresión de la médula espinal y / o la cola de caballo, sin facetectomía, foraminotomía o discectomía (p. Ej., Estenosis espinal), más de 2 segmentos vertebrales; cervical	46,56	10,00
NERVIOSO	63016	Laminectomía con exploración y / o descompresión de la médula espinal y / o la cola de caballo, sin facetectomía, foraminotomía o discectomía (p. Ej., Estenosis espinal), más de 2 segmentos vertebrales; torácica	47,78	10,00
NERVIOSO	63017	Laminectomía con exploración y / o descompresión de la médula espinal y / o la cola de caballo, sin facetectomía, foraminotomía o discectomía (p. Ej., Estenosis espinal), más de 2 segmentos vertebrales; lumbar	40,00	8,00
NERVIOSO	63020	Laminotomía (hemilaminectomía), con descompresión de raíz (s) nerviosa (s), incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y / o escisión de disco intervertebral herniado; 1 interespacial, cervical	36,03	10,00
NERVIOSO	63030	Laminotomía (hemilaminectomía), con descompresión de raíz (s) nerviosa (s), incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y / o escisión de disco intervertebral herniado; 1 espacio intermedio, lumbar	30,00	8,00
NERVIOSO	63035	Laminotomía (hemilaminectomía), con descompresión de raíz (s) nerviosa (s), incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y / o escisión de disco intervertebral herniado; cada espacio intermedio adicional, cervical o lumbar (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	6,01	8,00
NERVIOSO	63040	Laminotomía (hemilaminectomía), con descompresión de raíz (s) nerviosa (s), incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y / o escisión de disco intervertebral herniado, reexploración, espacio intermedio único; cervical	43,28	10,00
NERVIOSO	63042	Laminotomía (hemilaminectomía), con descompresión de raíz (s) nerviosa (s), incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y / o escisión de disco intervertebral herniado, reexploración, espacio intermedio único; lumbar	39,97	8,00
NERVIOSO	63043	Laminotomía (hemilaminectomía), con descompresión de raíz (s) nerviosa (s), incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y / o escisión de disco intervertebral herniado, reexploración, espacio intermedio único; cada espacio intermedio cervical adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	7,00	0,00
NERVIOSO	63044	Laminotomía (hemilaminectomía), con descompresión de raíz (s) nerviosa (s), incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y / o escisión de disco intervertebral herniado, reexploración, espacio intermedio único; cada espacio intermedio lumbar adicional (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	7,00	0,00
NERVIOSO	63045	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía (unilateral o bilateral con descompresión de la médula espinal, cauda equina y / o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Estenosis del receso espinal o lateral)), segmento vertebral único; cervical	37,38	10,00
NERVIOSO	63046	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía (unilateral o bilateral con descompresión de la médula espinal, cauda equina y / o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Estenosis del receso espinal o lateral)), segmento vertebral único; torácica	37,38	10,00
NERVIOSO	63047	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía (unilateral o	35,00	8,00

		bilateral con descompresión de la médula espinal, cauda equina y / o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Estenosis del receso espinal o lateral)), segmento vertebral único; lumbar		
NERVIOSO	63048	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía (unilateral o bilateral con descompresión de la médula espinal, cauda equina y / o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Estenosis del receso espinal o lateral)), segmento vertebral único; cada segmento adicional, cervical, torácico o lumbar (enumere por separado además del código del procedimiento primario)	7,00	8,00
NERVIOSO	63050	Laminoplastia, cervical, con descompresión de la médula espinal, 2 o más segmentos vertebrales.	35,00	10,00
NERVIOSO	63051	Laminoplastia, cervical, con descompresión de la médula espinal, 2 o más segmentos vertebrales; con reconstrucción de los elementos óseos posteriores (incluida la aplicación de injerto óseo puente y dispositivos de fijación no segmentados [p. ej., alambre, sutura, miniplacas], cuando se realiza)	38,00	10,00
NERVIOSO	63055	Abordaje transpedicular con descompresión de la médula espinal, equina y / o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Disco intervertebral herniado), segmento único; torácica	36,00	10,00
NERVIOSO	63056	Abordaje transpedicular con descompresión de la médula espinal, equina y / o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Disco intervertebral herniado), segmento único; lumbar (incluyendo transacet o abordaje extraforaminal lateral) (p. ej., disco intervertebral herniado lateral lejano)	34,00	8,00
NERVIOSO	63057	Abordaje transpedicular con descompresión de la médula espinal, equina y / o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Disco intervertebral herniado), segmento único; cada segmento adicional, torácico o lumbar (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,00	8,00
NERVIOSO	63064	Abordaje costovertebral con descompresión de la médula espinal o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Disco intervertebral herniado), torácico; segmento individual	38,00	10,00
NERVIOSO	63066	Abordaje costovertebral con descompresión de la médula espinal o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Disco intervertebral herniado), torácico; cada segmento adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	5,50	10,00
NERVIOSO	63075	Discectomía anterior, con descompresión de la médula espinal y / o raíz (s) nerviosa (s), incluyendo osteofitectomía; cervical, espacio intermedio único	28,00	10,00
NERVIOSO	63076	Discectomía anterior, con descompresión de la médula espinal y / o raíz (s) nerviosa (s), incluyendo osteofitectomía; cervical, cada espacio intermedio adicional (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	7,81	10,00
NERVIOSO	63077	Discectomía anterior, con descompresión de la médula espinal y / o raíz (s) nerviosa (s), incluyendo osteofitectomía; torácico, espacio intermedio único	30,00	10,00
NERVIOSO	63078	Discectomía anterior, con descompresión de la médula espinal y / o raíz (s) nerviosa (s), incluyendo osteofitectomía; torácico, cada espacio intermedio adicional (Listar por separado además del código para el procedimiento primario)	7,50	10,00
NERVIOSO	63081	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, abordaje anterior con descompresión de la médula espinal y / o raíz (s) nerviosa (s); cervical, segmento único	42,00	10,00
NERVIOSO	63082	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, abordaje anterior con descompresión de la médula espinal y / o raíz (s) nerviosa (s); cervical, cada segmento adicional (Listar por separado además del código para el procedimiento primario)	9,00	10,00
NERVIOSO	63085	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, abordaje transtorácico con descompresión de la	45,00	13,00

		médula espinal y / o raíz (s) nerviosa (s); torácico, segmento único		
NERVIOSO	63086	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, abordaje transtorácico con descompresión de la médula espinal y / o raíz (s) nerviosa (s); torácico, cada segmento adicional (Listar por separado además del código para el procedimiento primario)	9,00	13,00
NERVIOSO	63087	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, abordaje toracolumbar combinado con descompresión de la médula espinal, la cola de caballo o las raíces nerviosas, torácica inferior o lumbar; segmento individual	45,00	13,00
NERVIOSO	63088	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, abordaje toracolumbar combinado con descompresión de la médula espinal, la cola de caballo o las raíces nerviosas, torácica inferior o lumbar; cada segmento adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	9,00	13,00
NERVIOSO	63090	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), abordaje parcial o completo, transperitoneal o retroperitoneal con descompresión de la médula espinal, la cola de caballo o las raíces nerviosas, torácica inferior, lumbar o sacra; segmento individual	42,00	13,00
NERVIOSO	63091	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), abordaje parcial o completo, transperitoneal o retroperitoneal con descompresión de la médula espinal, la cola de caballo o las raíces nerviosas, torácica inferior, lumbar o sacra; cada segmento adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	7,00	13,00
NERVIOSO	63101	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, abordaje lateral extracavitario con descompresión de la médula espinal y / o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Para tumor o fragmentos óseos retropulsos); torácico, segmento único	20,00	13,00
NERVIOSO	63102	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, abordaje lateral extracavitario con descompresión de la médula espinal y / o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Para tumor o fragmentos óseos retropulsos); lumbar, segmento único	20,00	13,00
NERVIOSO	63103	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, abordaje lateral extracavitario con descompresión de la médula espinal y / o raíz (s) nerviosa (p. Ej., Para tumor o fragmentos óseos retropulsos); torácica o lumbar, cada segmento adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	9,19	13,00
NERVIOSO	63170	Laminectomía con mielotomía (p. Ej., Tipo Bischof o DREZ), cervical, torácica o toracolumbar	42,00	10,00
NERVIOSO	63172	Laminectomía con drenaje de quiste intramedular / jeringuilla; al espacio subaracnoideo	34,00	13,00
NERVIOSO	63173	Laminectomía con drenaje de quiste intramedular / jeringuilla; al espacio peritoneal o pleural	34,00	13,00
NERVIOSO	63180	Laminectomía y sección de ligamentos dentados, con o sin injerto dural, cervical; 1 o 2 segmentos	42,00	10,00
NERVIOSO	63182	Laminectomía y sección de ligamentos dentados, con o sin injerto dural, cervical; más de 2 segmentos	46,00	10,00
NERVIOSO	63185	Laminectomía con rizotomía; 1 o 2 segmentos	34,00	8,00
NERVIOSO	63190	Laminectomía con rizotomía; más de 2 segmentos	37,00	8,00
NERVIOSO	63191	Laminectomía con sección del nervio accesorio espinal	37,00	10,00
NERVIOSO	63194	Laminectomía con cordotomía, con sección de 1 tracto espinal, 1 etapa; cervical	37,00	10,00
NERVIOSO	63195	Laminectomía con cordotomía, con sección de 1 tracto espinal, 1 etapa; torácica	37,00	10,00
NERVIOSO	63196	Laminectomía con cordotomía, con sección de ambos tractos	38,00	10,00

		espinotalámicos, 1 etapa; cervical		
NERVIOSO	63197	Laminectomía con cordotomía, con sección de ambos tractos espinotalámicos, 1 etapa; torácica	38,00	10,00
NERVIOSO	63198	Laminectomía con cordotomía con sección de ambos tractos espinotalámicos, 2 etapas en 14 días; cervical	43,50	10,00
NERVIOSO	63199	Laminectomía con cordotomía con sección de ambos tractos espinotalámicos, 2 etapas en 14 días; torácica	43,50	10,00
NERVIOSO	63200	Laminectomía, con liberación de la médula espinal atada, lumbar	37,50	8,00
NERVIOSO	63250	Laminectomía para escisión u oclusión de malformación arteriovenosa de la médula espinal; cervical	45,00	13,00
NERVIOSO	63251	Laminectomía para escisión u oclusión de malformación arteriovenosa de la médula espinal; torácica	45,00	13,00
NERVIOSO	63252	Laminectomía para escisión u oclusión de malformación arteriovenosa de la médula espinal; toracolumbar	55,00	13,00
NERVIOSO	63265	Laminectomía para escisión o evacuación de una lesión intraespinal que no sea neoplasia, extradural; cervical	40,00	10,00
NERVIOSO	63266	Laminectomía para escisión o evacuación de una lesión intraespinal que no sea neoplasia, extradural; torácica	40,00	10,00
NERVIOSO	63267	Laminectomía para escisión o evacuación de una lesión intraespinal que no sea neoplasia, extradural; lumbar	36,00	8,00
NERVIOSO	63268	Laminectomía para escisión o evacuación de una lesión intraespinal que no sea neoplasia, extradural; sacro	36,00	8,00
NERVIOSO	63270	Laminectomía para la escisión de una lesión intraespinal que no sea neoplasia, intradural; cervical	42,00	10,00
NERVIOSO	63271	Laminectomía para la escisión de una lesión intraespinal que no sea neoplasia, intradural; torácica	42,00	10,00
NERVIOSO	63272	Laminectomía para la escisión de una lesión intraespinal que no sea neoplasia, intradural; lumbar	38,00	8,00
NERVIOSO	63273	Laminectomía para la escisión de una lesión intraespinal que no sea neoplasia, intradural; sacro	38,00	8,00
NERVIOSO	63275	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; extradural, cervical	40,00	10,00
NERVIOSO	63276	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; extradural, torácico	40,00	10,00
NERVIOSO	63277	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; extradural, lumbar	36,00	8,00
NERVIOSO	63278	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; extradural, sacro	36,00	8,00
NERVIOSO	63280	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; intradural, extramedular, cervical	42,00	10,00
NERVIOSO	63281	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; intradural, extramedular, torácica	42,00	10,00
NERVIOSO	63282	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; intradural, extramedular, lumbar	38,00	8,00
NERVIOSO	63283	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; intradural, sacro	38,00	6,00
NERVIOSO	63285	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; intradural, intramedular, cervical	50,00	10,00
NERVIOSO	63286	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; intradural, intramedular, cervical	50,00	10,00
NERVIOSO	63287	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; intradural, intramedular, toracolumbar	50,00	8,00
NERVIOSO	63290	Laminectomía para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; lesión extradural-intradural combinada, cualquier nivel	52,00	13,00
NERVIOSO	63295	Reconstrucción osteoplástica de elementos espinales dorsales, después del procedimiento intraespinal primario (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	10,74	13,00
NERVIOSO	63300	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, para escisión de lesión intraespinal, segmento único;	57,61	10,00

		extradural, cervical		
NERVIOSO	63301	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, para escisión de lesión intraespinal, segmento único; extradural, torácico por abordaje transtorácico	65,04	10,00
NERVIOSO	63302	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, para escisión de lesión intraespinal, segmento único; abordaje extradural, torácico por toracolumbar	68,42	10,00
NERVIOSO	63303	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, para escisión de lesión intraespinal, segmento único; extradural, lumbar o sacro mediante abordaje transperitoneal o retroperitoneal	71,56	8,00
NERVIOSO	63304	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, para escisión de lesión intraespinal, segmento único; intradural, cervical	73,44	10,00
NERVIOSO	63305	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, para escisión de lesión intraespinal, segmento único; intradural, torácico por abordaje transtorácico	76,12	10,00
NERVIOSO	63306	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, para escisión de lesión intraespinal, segmento único; abordaje intradural, torácico por toracolumbar	64,26	10,00
NERVIOSO	63307	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, para escisión de lesión intraespinal, segmento único; intradural, lumbar o sacro mediante abordaje transperitoneal o retroperitoneal	67,09	8,00
NERVIOSO	63308	Corpectomía vertebral (resección del cuerpo vertebral), parcial o completa, para escisión de lesión intraespinal, segmento único; cada segmento adicional (Enumere por separado además de los códigos para un solo segmento)	10,24	8,00
NERVIOSO	63600	Creación de lesión de la médula espinal por método estereotáctico, percutáneo, cualquier modalidad (incluyendo estimulación y / o registro)	26,39	5,00
NERVIOSO	63610	Estimulación estereotáctica de la médula espinal, percutánea, procedimiento separado no seguido por otra cirugía	16,80	5,00
NERVIOSO	63615	Biopsia estereotáctica por aspiración o excisión de lesión en médula espinal	39,52	5,00
NERVIOSO	63620	Radiocirugía estereotáctica (haz de partículas, rayos gamma o acelerador lineal); 1 lesión espinal	35,57	5,00
NERVIOSO	63621	Radiocirugía estereotáctica (haz de partículas, rayos gamma o acelerador lineal); cada lesión espinal adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	8,07	5,00
NERVIOSO	63650	Implantación percutánea del conjunto de electrodos neuroestimuladores, epidural	37,53	5,00
NERVIOSO	63655	Laminectomía para la implantación de electrodos neuroestimuladores, placa / paleta, epidural	25,65	8,00
NERVIOSO	63661	Extracción de la (s) matriz (s) percutánea (s) de electrodo neuroestimulador espinal, incluida la fluoroscopia, cuando se realiza	16,87	8,00
NERVIOSO	63662	Extracción de la placa / palas del electrodo del neuroestimulador espinal colocadas mediante laminotomía o laminectomía, incluida la fluoroscopia, cuando se realiza	25,90	8,00
NERVIOSO	63663	Revisión que incluye el reemplazo, cuando se realiza, de la (s) matriz (s) percutánea (s) de electrodo neuroestimulador espinal, incluida la fluoroscopia, cuando se realiza	22,72	8,00
NERVIOSO	63664	Revisión que incluye el reemplazo, cuando se realiza, de la placa / palas del electrodo del neuroestimulador espinal colocadas mediante laminotomía o laminectomía, incluida la fluoroscopia, cuando se realiza	26,75	8,00
NERVIOSO	63685	Inserción o reemplazo del generador o receptor de pulso neuroestimulador espinal, acoplamiento directo o inductivo	11,02	5,00
NERVIOSO	63688	Revisión o extracción del generador o receptor de pulso	11,20	5,00

		neuroestimulador espinal implantado		
NERVIOSO	63700	Reparación de meningocele; menos de 5 cm de diámetro	34,85	8,00
NERVIOSO	63702	Reparación de meningocele; mayor de 5 cm de diámetro	38,82	8,00
NERVIOSO	63704	Reparación de mielomeningocele; menos de 5 cm de diámetro	43,93	8,00
NERVIOSO	63706	Reparación de mielomeningocele; mayor de 5 cm de diámetro	53,87	8,00
NERVIOSO	63707	Reparación de fuga dural / líquido cefalorraquídeo, que no requiere laminectomía	32,00	8,00
NERVIOSO	63709	Reparación de fuga de líquido dural / cerebrospinal o pseudomeningocele, con laminectomía	34,06	8,00
NERVIOSO	63710	Injerto dural, espinal	33,43	8,00
NERVIOSO	63740	Creación de derivación, lumbar, subaracnoidea-peritoneal, -pleural u otra; incluyendo laminectomía	33,80	8,00
NERVIOSO	63741	Creación de derivación, lumbar, subaracnoidea-peritoneal, -pleural u otra; percutáneo, no requiere laminectomía	23,40	8,00
NERVIOSO	63744	Reemplazo, irrigación o revisión de derivación lumbo-subaracnoidea	20,60	8,00
NERVIOSO	63746	Extracción de todo el sistema de derivación lumbo-subaracnoideo sin reemplazo	18,90	8,00
NERVIOSO	64400	Inyección, agente anestésico; nervio trigémino, cualquier división o rama	3,73	3,00
NERVIOSO	64402	Inyección, agente anestésico; nervio facial	3,93	3,00
NERVIOSO	64405	Inyección, agente anestésico; nervio occipital mayor	2,94	3,00
NERVIOSO	64408	Inyección, agente anestésico; nervio vago	3,46	3,00
NERVIOSO	64410	Inyección, agente anestésico; Nervio frénico	3,92	3,00
NERVIOSO	64413	Inyección, agente anestésico; plexo cervical	3,71	3,00
NERVIOSO	64415	Inyección, agente anestésico; plexo braquial, simple	3,37	3,00
NERVIOSO	64416	Inyección, agente anestésico; plexo braquial, infusión continua por catéter (incluida la colocación del catéter)	2,70	3,00
NERVIOSO	64417	Inyección, agente anestésico; nervio axilar	3,68	3,00
NERVIOSO	64418	Inyección, agente anestésico; nervio supraescapular	4,18	3,00
NERVIOSO	64420	Inyección, agente anestésico; nervio intercostal, soltero	3,20	3,00
NERVIOSO	64421	Inyección, agente anestésico; nervios intercostales, bloque múltiple, regional	4,31	3,00
NERVIOSO	64425	Inyección, agente anestésico; nervios ilioinguinales, iliohipogástricos	3,81	3,00
NERVIOSO	64430	Inyección, agente anestésico; nervio pudendo	3,96	3,00
NERVIOSO	64435	Inyección, agente anestésico; nervio paracervical (uterino)	3,91	3,00
NERVIOSO	64445	Inyección, agente anestésico; nervio ciático, simple	3,90	3,00
NERVIOSO	64446	Inyección, agente anestésico; nervio ciático, infusión continua por catéter (incluida la colocación del catéter)	2,50	3,00
NERVIOSO	64447	Inyección, agente anestésico; nervio femoral, simple	3,43	3,00
NERVIOSO	64448	Inyección, agente anestésico; nervio femoral, infusión continua por catéter (incluida la colocación del catéter)	2,30	3,00
NERVIOSO	64449	Inyección, agente anestésico; plexo lumbar, abordaje posterior, infusión continua por catéter (incluida la colocación del catéter)	2,47	3,00
NERVIOSO	64450	Inyección, agente anestésico; otro nervio periférico o rama	2,30	3,00
NERVIOSO	64455	Inyección (es), agente anestésico y / o esteroide, nervio digital común plantar (p. Ej., Neuroma de Morton)	1,39	3,00
NERVIOSO	64461	Bloqueo paravertebral (PVB) (bloqueo paraespinoso), torácico; sitio de inyección único (incluye guía de imagen, cuando se realiza)	4,28	3,00
NERVIOSO	64462	Bloqueo paravertebral (PVB) (bloqueo paraespinoso), torácico; segundo y cualquier sitio de inyección adicional (incluye guía de imágenes, cuando se realiza) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,44	3,00

NERVIOSO	64463	Bloqueo paravertebral (PVB) (bloqueo paraespinoso), torácico; infusión continua por catéter (incluye guía de imagen, cuando se realiza)	4,80	3,00
NERVIOSO	64479	Inyección (es), agente anestésico y / o esteroide, epidural transforaminal, con guía de imágenes (fluoroscopia o TC); cervical o torácica, nivel único	6,74	5,00
NERVIOSO	64480	Inyección (es), agente anestésico y / o esteroide, epidural transforaminal, con guía de imágenes (fluoroscopia o TC); cervical o torácico, cada nivel adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,24	5,00
NERVIOSO	64483	Inyección (es), agente anestésico y / o esteroide, epidural transforaminal, con guía de imágenes (fluoroscopia o TC); lumbar o sacro, nivel único	6,23	5,00
NERVIOSO	64484	Inyección (es), agente anestésico y / o esteroide, epidural transforaminal, con guía de imágenes (fluoroscopia o TC); lumbar o sacro, cada nivel adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,51	5,00
NERVIOSO	64486	Bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) (bloqueo del plano abdominal, bloqueo de la vaina del recto) unilateral; por inyección (s) (incluye guía de imagen, cuando se realiza)	3,51	5,00
NERVIOSO	64487	Bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) (bloqueo del plano abdominal, bloqueo de la vaina del recto) unilateral; por infusión (es) continua (incluye guía de imagen, cuando se realiza)	3,87	5,00
NERVIOSO	64488	Bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) (bloqueo del plano abdominal, bloqueo de la vaina del recto) bilateral; por inyecciones (incluye guía de imagen, cuando se realiza)	4,02	5,00
NERVIOSO	64489	Bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) (bloqueo del plano abdominal, bloqueo de la vaina del recto) bilateral; por infusiones continuas (incluye guía de imagen, cuando se realiza)	5,12	5,00
NERVIOSO	64490	Inyección (es), agente de diagnóstico o terapéutico, articulación facetaria paravertebral (cigapofisaria) (o nervios que inervan esa articulación) con guía de imagen (fluoroscopia o TC), cervical o torácica; nivel individual	5,42	5,00
NERVIOSO	64491	Inyección (es), agente de diagnóstico o terapéutico, articulación facetaria paravertebral (cigapofisaria) (o nervios que inervan esa articulación) con guía de imagen (fluoroscopia o TC), cervical o torácica; segundo nivel (Lista por separado además del código para el procedimiento primario)	2,69	5,00
NERVIOSO	64492	Inyección (es), agente de diagnóstico o terapéutico, articulación facetaria paravertebral (cigapofisaria) (o nervios que inervan esa articulación) con guía de imagen (fluoroscopia o TC), cervical o torácica; tercero y cualquier nivel adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,70	5,00
NERVIOSO	64493	Inyección (es), agente de diagnóstico o terapéutico, articulación de la faceta paravertebral (cigapofisaria) (o nervios que inervan esa articulación) con guía de imagen (fluoroscopia o TC), lumbar o sacro; nivel individual	4,91	5,00
NERVIOSO	64494	Inyección (es), agente de diagnóstico o terapéutico, articulación de la faceta paravertebral (cigapofisaria) (o nervios que inervan esa articulación) con guía de imagen (fluoroscopia o TC), lumbar o sacro; segundo nivel (Lista por separado además del código para el procedimiento primario)	2,48	5,00
NERVIOSO	64495	Inyección (es), agente de diagnóstico o terapéutico, articulación de la faceta paravertebral (cigapofisaria) (o nervios que inervan esa articulación) con guía de imagen (fluoroscopia o TC), lumbar o sacro; tercero y cualquier nivel adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,49	5,00

NERVIOSO	64505	Inyección, agente anestésico; ganglio esfenopalatino	3,08	3,00
NERVIOSO	64508	Inyección de agente anestésico en seno carotideo (procedimiento separado)	1,77	3,00
NERVIOSO	64510	Inyección, agente anestésico; ganglio estrellado (simpático cervical)	3,63	3,00
NERVIOSO	64517	Inyección, agente anestésico; plexo hipogástrico superior	5,34	3,00
NERVIOSO	64520	Inyección, agente anestésico; lumbar o torácico (paravertebral simpático)	5,30	5,00
NERVIOSO	64530	Inyección, agente anestésico; plexo celíaco, con o sin monitorización radiológica	5,41	3,00
NERVIOSO	64550	Aplicación de neuroestimulador de superficie (transcutáneo)	1,00	3,00
NERVIOSO	64553	Implantación percutánea del conjunto de electrodos neuroestimuladores; nervio craneal	5,86	5,00
NERVIOSO	64555	Implantación percutánea del conjunto de electrodos neuroestimuladores; nervio periférico (excluye nervio sacro)	6,09	3,00
NERVIOSO	64561	Implantación percutánea del conjunto de electrodos neuroestimuladores; nervio sacro (colocación transforaminal) incluyendo guía de imagen, si se realiza	23,69	3,00
NERVIOSO	64566	Neuroestimulación tibial posterior, electrodo de aguja percutánea, tratamiento único, incluye programación	3,64	3,00
NERVIOSO	64568	Incisión para la implantación de un conjunto de electrodos y un generador de impulsos del neuroestimulador del nervio craneal (p. Ej., Nervio vago)	20,08	5,00
NERVIOSO	64569	Revisión o reemplazo del conjunto de electrodos del neuroestimulador del nervio craneal (p. Ej., Nervio vago), incluida la conexión al generador de pulso existente	24,25	3,00
NERVIOSO	64570	Extracción de la matriz de electrodos del neuroestimulador del nervio craneal (p. Ej., Nervio vago) y generador de impulsos	20,24	5,00
NERVIOSO	64575	Incisión para la implantación del conjunto de electrodos neuroestimuladores; nervio periférico (excluye nervio sacro)	9,61	4,00
NERVIOSO	64580	Incisión para la implantación del conjunto de electrodos neuroestimuladores; neuromuscular	9,12	4,00
NERVIOSO	64581	Incisión para la implantación del conjunto de electrodos neuroestimuladores; nervio sacro (colocación transforaminal)	19,75	8,00
NERVIOSO	64585	Revisión o extracción de la matriz de electrodos de neuroestimulador periférico	7,09	5,00
NERVIOSO	64590	Inserción o reemplazo de un generador o receptor de pulso neuroestimulador periférico o gástrico, acoplamiento directo o inductivo	7,69	5,00
NERVIOSO	64595	Revisión o extracción del generador o receptor de pulso neuroestimulador periférico o gástrico	7,10	5,00
NERVIOSO	64600	Dstrucción por agente neurolítico, nervio trigémino; rama alveolar supraorbital, infraorbital, mental o inferior	11,46	3,00
NERVIOSO	64605	Dstrucción por agente neurolítico, nervio trigémino; ramas de segunda y tercera división en el agujero oval	17,74	3,00
NERVIOSO	64610	Dstrucción por agente neurolítico, nervio trigémino; ramas de segunda y tercera división en el agujero oval bajo monitoreo radiológico	22,37	3,00
NERVIOSO	64611	Quimiodenervación de las glándulas salivales parótidas y submandibulares, bilateral	3,54	3,00
NERVIOSO	64612	Quimiodenervación de músculo (s); Músculo (s) innervado por nervio facial, unilateral (p. ej., para blefaroespasma, espasmo	3,85	3,00

		hemifacial)		
NERVIOSO	64615	Quimiodenervación de músculo (s); Músculo (s) inervado por los nervios faciales, trigémino, cervical espinal y accesorio, bilateral (p. ej., para la migraña crónica)	4,44	5,00
NERVIOSO	64616	Quimiodenervación de músculo (s); músculo (s) del cuello, excluyendo los músculos de la laringe, unilateral (p. ej., para distonía cervical, tortícolis espasmódica)	3,87	5,00
NERVIOSO	64617	Quimiodenervación de músculo (s); laringe, unilateral, percutánea (p. ej., para disfonía espasmódica), incluye guía por electromiografía con aguja, cuando se realiza	5,32	5,00
NERVIOSO	64620	Destrucción por agente neurolítico, nervio intercostal	5,90	5,00
NERVIOSO	64630	Destrucción por agente neurolítico; nervio pudendo	6,77	3,00
NERVIOSO	64632	Destrucción por agente neurolítico; nervio digital plantar común	2,46	3,00
NERVIOSO	64633	Destrucción por agente neurolítico, nervio (s) de la articulación facetaria paravertebral, con guía por imágenes (fluoroscopia o TC); cervical o torácica, articulación facetaria única	12,00	3,00
NERVIOSO	64634	Destrucción por agente neurolítico, nervio (s) de la articulación facetaria paravertebral, con guía por imágenes (fluoroscopia o TC); cervical o torácica, cada articulación facetaria adicional (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	5,37	3,00
NERVIOSO	64635	Destrucción por agente neurolítico, nervio (s) de la articulación facetaria paravertebral, con guía por imágenes (fluoroscopia o TC); lumbar o sacro, articulación facetaria única	11,87	3,00
NERVIOSO	64636	Destrucción por agente neurolítico, nervio (s) de la articulación facetaria paravertebral, con guía por imágenes (fluoroscopia o TC); lumbar o sacro, cada articulación facetaria adicional (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	4,88	3,00
NERVIOSO	64640	Destrucción por agente neurolítico; otro nervio periférico o rama	3,79	3,00
NERVIOSO	64642	Quimiodenervación de una extremidad; 1-4 músculo (s)	4,23	5,00
NERVIOSO	64643	Quimiodenervación de una extremidad; cada extremidad adicional, 1-4 músculo (s) (Enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,76	5,00
NERVIOSO	64644	Quimiodenervación de una extremidad; 5 o más músculos	4,85	5,00
NERVIOSO	64645	Quimiodenervación de una extremidad; cada extremidad adicional, 5 o más músculos (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	3,42	5,00
NERVIOSO	64646	Quimiodenervación de los músculos del tronco; 1-5 músculo (s)	4,45	5,00
NERVIOSO	64647	Quimiodenervación de los músculos del tronco; 6 o más músculos	5,33	5,00
NERVIOSO	64650	Quimiodenervación de las glándulas ecrinas; ambas axilas	2,27	3,00
NERVIOSO	64653	Quimiodenervación de las glándulas ecrinas; otras áreas (p. ej., cuero cabelludo, cara, cuello), por día	2,79	3,00
NERVIOSO	64680	Destrucción por agente neurolítico, con o sin monitorización radiológica; plexo celíaco	8,80	3,00
NERVIOSO	64681	Destrucción por agente neurolítico, con o sin monitorización radiológica; plexo hipogástrico superior	15,40	3,00
NERVIOSO	64702	Neuroplastia; digital, 1 o ambos, mismo dígito	14,80	3,00
NERVIOSO	64704	Neuroplastia; nervio de mano o pie	9,38	3,00
NERVIOSO	64708	Neuroplastia, nervio periférico mayor, brazo o pierna, abierto; diferente de lo especificado	14,83	3,00
NERVIOSO	64712	Neuroplastia, nervio periférico mayor, brazo o pierna, abierto; nervio ciático	17,38	4,00
NERVIOSO	64713	Neuroplastia, nervio periférico mayor, brazo o pierna, abierto; plexo braquial	23,16	5,00
NERVIOSO	64714	Neuroplastia, nervio periférico mayor, brazo o pierna, abierto; plexo lumbar	21,18	8,00

NERVIOSO	64716	Neuroplastia y / o transposición; nervio craneal (especificar)	15,80	5,00
NERVIOSO	64718	Neuroplastia y / o transposición; nervio cubital en el codo	17,60	3,00
NERVIOSO	64719	Neuroplastia y / o transposición; nervio cubital en la muñeca	11,89	3,00
NERVIOSO	64721	Neuroplastia y / o transposición; nervio mediano en el túnel carpiano	12,73	3,00
NERVIOSO	64722	Descompresión; nervio (s) no especificado (especificar)	10,81	4,00
NERVIOSO	64726	Descompresión; nervio digital plantar	7,99	3,00
NERVIOSO	64727	Neurólisis interna, que requiere el uso del microscopio quirúrgico (enumerar por separado además del código para neuroplastia) (la neuroplastia incluye neurólisis externa)	5,63	3,00
NERVIOSO	64732	Transección o avulsión de; nervio supraorbital	11,15	5,00
NERVIOSO	64734	Transección o avulsión de; nervio infraorbital	15,54	5,00
NERVIOSO	64736	Transección o avulsión de; nervio mental	12,00	5,00
NERVIOSO	64738	Transección o avulsión de; nervio alveolar inferior por osteotomía	13,69	5,00
NERVIOSO	64740	Transección o avulsión de; nervio lingual	13,35	5,00
NERVIOSO	64742	Transección o avulsión de; nervio facial, diferencial o completo	13,48	5,00
NERVIOSO	64744	Transección o avulsión de; nervio occipital mayor	15,14	5,00
NERVIOSO	64746	Transección o avulsión de; Nervio frénico	12,81	5,00
NERVIOSO	64755	Transección o avulsión de; nervios vagos limitados al estómago proximal (vagotomía proximal selectiva, vagotomía gástrica proximal, vagotomía de células parietales, vagotomía supra o altamente selectiva)	26,82	7,00
NERVIOSO	64760	Transección o avulsión de; nervio vago (vagotomía), abdominal	16,10	7,00
NERVIOSO	64763	Transección o avulsión del nervio obturador, extrapélvico, con o sin tenotomía aductora	14,37	3,00
NERVIOSO	64766	Transección o avulsión del nervio obturador, intrapélvico, con o sin tenotomía aductora	16,64	4,00
NERVIOSO	64771	Transección o avulsión de otro nervio craneal, extradural	17,91	11,00
NERVIOSO	64772	Transección o avulsión de otro nervio espinal, extradural	16,90	10,00
NERVIOSO	64774	Escisión de neuroma; nervio cutáneo, identificable quirúrgicamente	12,36	5,00
NERVIOSO	64776	Escisión de neuroma; nervio digital, 1 o ambos, mismo dígito	11,49	3,00
NERVIOSO	64778	Escisión de neuroma; nervio digital, cada dígito adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,18	3,00
NERVIOSO	64782	Escisión de neuroma; mano o pie, excepto nervio digital	13,46	3,00
NERVIOSO	64783	Escisión de neuroma; mano o pie, cada nervio adicional, excepto el mismo dígito (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	6,66	3,00
NERVIOSO	64784	Escisión de neuroma; nervio periférico mayor, excepto ciático	21,79	4,00
NERVIOSO	64786	Escisión de neuroma; nervio ciático	32,67	4,00
NERVIOSO	64787	Implantación del extremo nervioso en hueso o músculo (enumerar por separado además de la escisión del neuroma)	7,32	4,00
NERVIOSO	64788	Escisión de neurofibroma o neurolemmoma; nervio cutáneo	11,93	5,00
NERVIOSO	64790	Escisión de neurofibroma o neurolemmoma; nervio periférico mayor	25,76	5,00
NERVIOSO	64792	Escisión de neurofibroma o neurolemmoma; extenso (incluido el tipo maligno)	32,44	5,00
NERVIOSO	64795	Biopsia del nervio	5,95	5,00
NERVIOSO	64802	Simpatectomía cervical	19,23	10,00
NERVIOSO	64804	Simpatectomía, cervicotorácica	27,23	10,00

NERVIOSO	64809	Simpatectomía toracolumbar	27,69	13,00
NERVIOSO	64818	Simpatectomía lumbar	16,87	7,00
NERVIOSO	64820	Simpatectomía; arterias digitales, cada dígito	21,06	3,00
NERVIOSO	64821	Simpatectomía; arteria radial	20,48	3,00
NERVIOSO	64822	Simpatectomía; arteria cubital	20,47	3,00
NERVIOSO	64823	Simpatectomía; arco palmar superficial	23,62	3,00
NERVIOSO	64831	Sutura del nervio digital, mano o pie; 1 nervio	20,43	3,00
NERVIOSO	64832	Sutura del nervio digital, mano o pie; cada nervio digital adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	10,21	3,00
NERVIOSO	64834	Sutura de 1 nervio; mano o pie, nervio sensorial común	22,29	3,00
NERVIOSO	64835	Sutura de 1 nervio; motor mediano	24,14	3,00
NERVIOSO	64836	Sutura de 1 nervio; motor cubital	24,59	3,00
NERVIOSO	64837	Sutura de cada nervio, mano o pie adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	11,50	3,00
NERVIOSO	64840	Sutura del nervio tibial posterior	29,33	3,00
NERVIOSO	64856	Sutura del nervio periférico mayor, brazo o pierna, excepto ciático; incluyendo transposición	30,43	3,00
NERVIOSO	64857	Sutura del nervio periférico mayor, brazo o pierna, excepto ciático; sin transposición	31,66	3,00
NERVIOSO	64858	Sutura del nervio ciático	35,26	3,00
NERVIOSO	64859	Sutura de cada nervio periférico mayor adicional (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	7,55	3,00
NERVIOSO	64861	Sutura de plexo braquial	37,54	5,00
NERVIOSO	64862	Sutura de plexo lumbar	42,55	8,00
NERVIOSO	64864	Sutura del nervio facial; extracraneal	26,23	5,00
NERVIOSO	64865	Sutura del nervio facial; infratemporal, con o sin injerto	33,13	11,00
NERVIOSO	64866	Anastomosis; accesorio espinal facial	33,97	5,00
NERVIOSO	64868	Anastomosis; facial-hipogloso	30,87	5,00
NERVIOSO	64872	Sutura del nervio; requiere sutura secundaria o tardía (enumere por separado además del código para la neurorrafia primaria)	3,56	5,00
NERVIOSO	64874	Sutura del nervio; que requiere una movilización extensa o transposición del nervio (enumere por separado además del código para la sutura del nervio)	4,95	5,00
NERVIOSO	64876	Sutura del nervio; requiere acortamiento del hueso de la extremidad (enumere por separado además del código para la sutura nerviosa)	5,32	5,00
NERVIOSO	64885	Injerto nervioso (incluye la obtención de injerto), cabeza o cuello; hasta 4 cm de largo	33,98	5,00
NERVIOSO	64886	Injerto nervioso (incluye la obtención de injerto), cabeza o cuello; más de 4 cm de longitud	38,82	5,00
NERVIOSO	64890	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto), un solo hilo, mano o pie; hasta 4 cm de longitud	32,60	3,00
NERVIOSO	64891	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto), un solo hilo, mano o pie; más de 4 cm de longitud	34,46	3,00
NERVIOSO	64892	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto), un solo hilo, brazo o pierna; hasta 4 cm de longitud	31,44	4,00
NERVIOSO	64893	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto), un solo hilo, brazo o pierna; más de 4 cm de longitud	34,06	4,00
NERVIOSO	64895	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto), múltiples hilos (cable), mano o pie; hasta 4 cm de longitud	40,46	3,00
NERVIOSO	64896	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto), múltiples hilos (cable), mano o pie; más de 4 cm de longitud	43,15	3,00
NERVIOSO	64897	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto), múltiples hilos (cable), brazo o pierna; hasta 4 cm de longitud	38,61	4,00
NERVIOSO	64898	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto), múltiples hilos (cable), brazo o pierna; más de 4 cm de longitud	45,82	4,00
NERVIOSO	64901	Injerto nervioso, cada nervio adicional; cadena simple (Listar por separado además del código para el procedimiento primario)	16,71	0,00

NERVIOSO	64902	Injerto nervioso, cada nervio adicional; múltiples hilos (cable) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	19,63	0,00
NERVIOSO	64905	Transferencia del pedículo nervioso; primera etapa	30,99	4,00
NERVIOSO	64907	Transferencia del pedículo nervioso; Segunda etapa	39,80	4,00
NERVIOSO	64910	Reparación nerviosa; con conducto sintético o aloinjerto venoso (p. ej., tubo nervioso), cada nervio	24,51	4,00
NERVIOSO	64911	Reparación nerviosa; con injerto venoso autógeno (incluye la cosecha del injerto venoso), cada nervio	30,30	4,00
NERVIOSO	64912	Reparación nerviosa; con aloinjerto nervioso, cada nervio, primer hilo (cable)	23,15	4,00
NERVIOSO	64913	Reparación nerviosa; con aloinjerto nervioso, cada hebra adicional (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	4,74	4,00
NERVIOSO	64999	Procedimiento no listado, sistema nervioso	CM	4,00
NERVIOSO	69979	Procedimiento no listado, hueso temporal, abordaje de fosa media	CM	11,00
NERVIOSO	69990	Técnicas microquirúrgicas, que requieren el uso del microscopio operativo (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	7,01	3,00
OCULAR	65091	Evisceración de contenidos oculares; sin implante (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	18,24	5,00
OCULAR	65093	Evisceración de contenidos oculares; con implante. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	18,01	5,00
OCULAR	65101	Enucleación del ojo; sin implante. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	21,17	5,00
OCULAR	65103	Enucleación del ojo; con implante, músculos no unidos al implante. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	22,08	5,00
OCULAR	65105	Enucleación del ojo; con implante, músculos unidos al implante, (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	24,33	5,00
OCULAR	65110	Exenteración de la órbita (no incluye injerto cutáneo), extirpación de contenidos oculares solamente. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	35,23	5,00
OCULAR	65112	Exenteración de la órbita (no incluye injerto cutáneo), extirpación de contenidos oculares con extirpación terapéutica del hueso. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	40,95	5,00
OCULAR	65114	Exenteración de la órbita (no incluye injerto cutáneo), extirpación de contenidos oculares con colgajo muscular o miocutáneo. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	42,61	5,00
OCULAR	65125	Modificación de un implante ocular con colocación o reemplazo de clavijas (P. ej. Construcción de un receptáculo para apéndice protésico) (procedimiento separado), (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	12,90	5,00
OCULAR	65130	Inserción de implante ocular secundario, después de la evisceración, envuelto por la esclerótica. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	20,95	5,00
OCULAR	65135	Inserción de implante ocular secundario; después de la enucleación, músculos no unidos al implante. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	21,28	5,00
OCULAR	65140	Inserción de implante ocular secundario; después de la enucleación, músculos unidos al implante. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	23,12	5,00
OCULAR	65150	Reinserción de implante ocular, con o sin injerto conjuntival. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	16,58	5,00
OCULAR	65155	Reinserción de implante ocular, con o sin injerto conjuntival; con	24,23	5,00

		uso de material extraño para refuerzo y/o unión de músculos al implante. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)		
OCULAR	65175	Remoción de implante ocular.(No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	18,85	5,00
OCULAR	65205	Remoción de cuerpo extraño externo: conjuntival superficial. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	1,61	5,00
OCULAR	65210	Remoción de cuerpo extraño incrustado en la conjuntiva (incluye concreciones), subconjuntiva o esclera no perforada. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	1,96	5,00
OCULAR	65220	Extracción de un cuerpo extraño impactado en la córnea sin usar una lámpara de hendidura. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	1,68	5,00
OCULAR	65222	Extracción de un cuerpo extraño impactado en la córnea usando una lámpara de hendidura. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	1,91	5,00
OCULAR	65235	Extirpación de cuerpo extraño intraocular de la cámara anterior o cristalino. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	20,40	5,00
OCULAR	65260	Remoción de cuerpo extraño , intraocular; del segmento posterior, mediante extracción magnética a través de la vía anterior o posterior.(No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	27,61	5,00
OCULAR	65265	Remoción de cuerpo extraño intraocular; del segmento posterior, mediante extracción no magnética. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	31,08	5,00
OCULAR	65270	Corrección de laceración de conjuntiva con cierre directo, con o sin laceración no perforante de esclerótica. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	7,56	5,00
OCULAR	65272	Corrección de laceración de conjuntiva, mediante movilización y reordenamiento, sin hospitalización. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	14,35	5,00
OCULAR	65273	Corrección de laceración de conjuntiva, mediante movilización y reordenamiento, con hospitalización. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	10,99	5,00
OCULAR	65275	Reparación de laceración de córnea, no perforada, con o sin extracción de cuerpo extraño. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	16,53	5,00
OCULAR	65280	Reparación de laceración; córnea y/o esclerótica, perforante, sin involucrar tejido uveal. (65280 y 65285 no se utilizan para reparar una herida quirúrgica)	19,32	5,00
OCULAR	65285	Reparación de laceración; córnea y/o esclerótica, perforante, con reposición o resección de tejido uveal.(No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	31,91	5,00
OCULAR	65286	Reparación de laceraciones; aplicación de pegamento tisular, heridas de córnea y / o esclera (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	20,11	5,00
OCULAR	65290	Corrección de herida en músculo extraocular, tendón y/o cápsula de Tenon. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	14,17	5,00
OCULAR	65400	Excisión de lesión de córnea (queratectomía, lamelar, parcial), excepto pterigion. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	19,47	5,00
OCULAR	65410	Biopsia de córnea. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	6,00	5,00
OCULAR	65420	Excisión o transposición de pterigion; sin injerto. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	14,73	5,00
OCULAR	65426	Excisión o transposición de pterigion; con injerto.(No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	18,62	5,00

OCULAR	65430	Raspado diagnóstico de córnea para frotis y/o cultivo. (No informe 65778, 65779 junto con 65430, 65435, 65780)	3,27	5,00
OCULAR	65435	Extirpación de epitelio de córnea; con o sin quimiocauterización (abrasión, curetaje). (No informe 0402T junto con 65435, 69990, 76514)	2,29	5,00
OCULAR	65436	Extirpación de epitelio de córnea; con aplicación de agente quelante (P. ej. EDTA).(No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	11,12	5,00
OCULAR	65450	Destrucción de lesión de córnea mediante crioterapia, fotocoagulación o termocauterización. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	9,31	5,00
OCULAR	65600	Múltiples punciones de cornea anterior (P. ej. Por erosión de córnea, tatuaje). (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	11,29	5,00
OCULAR	65710	Queratoplastia (trasplante de córnea) lamelar anterior. (No informe 92025 junto con 65710-65771)	31,78	6,00
OCULAR	65730	Queratoplastia (trasplante de córnea); penetrante (excepto en afaquia, o pseudoafaquia). (No informe 92025 junto con 65710-65771)	35,29	6,00
OCULAR	65750	Queratoplastia (trasplante de córnea); penetrante (en afaquia). (No informe 92025 junto con 65710-65771)	35,49	6,00
OCULAR	65755	Queratoplastia (trasplante de córnea); penetrante (en pseudoafaquia). (No informe 92025 junto con 65710-65771)	35,31	6,00
OCULAR	65756	Queratoplastia (transplante corneal); endotelial.(No informe 92025 junto con 65710-65771)	34,11	6,00
OCULAR	65757	Rutina preparatoria para aloinjerto entotelial corneal antes del transplante (registrar además del código para el procedimiento principal) (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	9,80	6,00
OCULAR	65760	Queratomileusis. (No informe 92025 junto con 65710-65771)	22,40	5,00
OCULAR	65765	Queratofaquia. (No informe 92025 junto con 65710-65771)	24,50	6,00
OCULAR	65767	Epiqueratoplastia. (No informe 92025 junto con 65710-65771)	19,60	5,00
OCULAR	65770	Queratoprótesis.(No informe 92025 junto con 65710-65771)	40,35	6,00
OCULAR	65771	Queratotomía radial. (No informe 92025 junto con 65710-65771)	9,80	5,00
OCULAR	65772	Incisión relajante de la córnea para corrección de astigmatismo provocado por cirugía. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	17,00	5,00
OCULAR	65775	Resección corneal en cuña para corrección de astigmatismo provocado por cirugía. (No informe el código 69990 además de los códigos 65091-68850)	22,00	5,00
OCULAR	65778	Colocación de membrana amniótica en la superficie ocular, sin suturas.(No reportar 65778, 65779 conjuntamente con 65430, 65435, 65780)	40,16	5,00
OCULAR	65779	Colocación de membrana amniótica en la superficie ocular, capa única, con suturas	34,05	5,00
OCULAR	65780	Reconstrucción de la superficie ocular; transplante de membrana amniótica, múltiples capas.(No informe 65778, 65779 junto con 65430, 65435, 65780)	19,14	5,00
OCULAR	65781	Reconstrucción de la superficie ocular; transplante alográfico de células madre de limbo (p.ej. Donante cadáver o vivo)	38,36	5,00
OCULAR	65782	Reconstrucción de la superficie ocular; transplante autólogo de conjuntiva limbica (incluye obtención del injerto)	33,10	5,00
OCULAR	65785	Implantación de segmentos de anillo corneal intraestromales	60,10	5,00
OCULAR	65800	Paracentesis de cámara anterior del ojo (procedimiento separado); con remoción de humor acuoso. (No informe 0308T junto con 65800-65815, 66020, 66030, 66600-66635, 66761, 66825, 66982-66986, 69990)	3,42	5,00
OCULAR	65810	Paracentesis de cámara anterior del ojo (procedimiento separado); con remoción de vítreo y/o discisión (incisión) de	13,37	5,00

		membrana hialoidea, con o sin inyección de aire		
OCULAR	65815	Paracentesis de cámara anterior del ojo (procedimiento separado); con remoción de sangre, con o sin irrigación y/o inyección de aire. (No informe 0308T junto con 65800-65815, 66020, 66030, 66600-66635, 66761, 66825, 66982-66986, 69990)	18,21	5,00
OCULAR	65820	Goniotomía. (66990 puede usarse solo con los códigos 65820, 65875, 65920, 66985, 66986, 67036, 67039, 67040, 67041, 67042, 67043, 67113)	21,47	4,00
OCULAR	65850	Trabeculotomía ab externo	24,14	5,00
OCULAR	65855	Trabeculoplastia mediante cirugía láser	10,00	5,00
OCULAR	65860	Sección de adherencias del segmento anterior, técnica de láser (procedimiento separado). (No informe 65855 junto con 65860, 65865, 65870, 65875, 65880)	8,84	5,00
OCULAR	65865	Sección de adherencias del segmento anterior del ojo, técnica Incisional (con o sin inyección de aire o líquido) (procedimiento separado); goniosinequias. (No informe 65855 junto con 65860, 65865, 65870, 65875, 65880)	13,58	5,00
OCULAR	65870	Sección de adherencias de segmento anterior de ojo, técnica incisional (con o sin inyección de aire o líquido) (procedimiento separado); sinequias anteriores, excepto goniosinequias. (No informe 65855 junto con 65860, 65865, 65870, 65875, 65880)	16,98	5,00
OCULAR	65875	Sección de adherencias de segmento anterior de ojo, técnica incisional (con o sin inyección de aire o líquido) (procedimiento separado); sinequias posteriores. (66990 puede usarse solo con los códigos 65820, 65875, 65920, 66985, 66986, 67036, 67039, 67040, 67041, 67042, 67043, 67113)	18,11	5,00
OCULAR	65880	Sección de adherencias de segmento anterior de ojo, técnica incisional (con o sin inyección de aire o líquido) (procedimiento separado); adherencias corneovitrreas. (No informe 65855 junto con 65860, 65865, 65870, 65875, 65880)	19,06	5,00
OCULAR	65900	Extirpación de crecimiento epitelial descendente, cámara anterior del ojo	27,69	5,00
OCULAR	65920	Remoción de material implantado, segmento anterior del ojo. (66990 puede usarse solo con los códigos 65820, 65875, 65920, 66985, 66986, 67036, 67039, 67040, 67041, 67042, 67043, 67113)	24,00	5,00
OCULAR	65930	Remoción de coágulo de sangre, segmento anterior del ojo	18,32	5,00
OCULAR	66020	Inyección, cámara anterior del ojo (procedimiento separado); aire o líquido	5,32	5,00
OCULAR	66030	Inyección, cámara anterior (procedimiento separado); medicación. (No informe 0308T junto con 65800-65815, 66020, 66030, 66600-66635, 66761, 66825, 66982-66986, 69990)	4,73	5,00
OCULAR	66130	Excisión de lesión, esclerótica	19,95	5,00
OCULAR	66150	Fistulización de la esclerótica debido a glaucoma; trepanación e iridectomía	25,16	5,00
OCULAR	66155	Fistulización de la esclerótica debido a glaucoma; termocauterización e iridectomía	25,14	5,00
OCULAR	66160	Fistulización de la esclerótica debido a glaucoma; esclerectomía con tijeras o sacabocados e iridectomía, con iridectomía	28,36	5,00
OCULAR	66170	Fistulización de esclerótica por glaucoma; trabeculectomía ab externo en ausencia de cirugía previa	31,44	5,00
OCULAR	66172	Fistulización de esclerótica por glaucoma; trabeculectomía ab externo con tejido cicatrizal originado por cirugía ocular previa o trauma (incluye inyección de agentes antifibróticos)	34,20	5,00
OCULAR	66174	Dilatación transluminal de canal de drenaje acuoso; sin retención de dispositivo o stent	32,50	5,00
OCULAR	66175	Dilatación transluminal de canal de drenaje acuoso; con retención de dispositivo o stent	37,80	5,00

OCULAR	66179	Derivación acuosa al depósito de placa ecuatorial extraocular, abordaje externo; sin injerto	30,97	5,00
OCULAR	66180	Derivación acuosa al depósito de placa ecuatorial extraocular, abordaje externo; con injerto.(No informe 67255 junto con 66180, 66185)	32,69	5,00
OCULAR	66183	Inserción de dispositivo de drenaje acuoso de segmento anterior, sin reservorio extraocular, abordaje externo	29,59	5,00
OCULAR	66184	Revisión de derivación acuosa al depósito de placa ecuatorial extraocular; sin injerto	22,54	5,00
OCULAR	66185	Revisión de derivación acuosa al depósito de placa ecuatorial extraocular; con injerto. (No informe 67255 junto con 66180, 66185)	24,25	5,00
OCULAR	66220	Reparación de estafiloma escleral; sin injerto	20,47	5,00
OCULAR	66225	Reparación de estafiloma escleral, con injerto	26,81	5,00
OCULAR	66250	Revisión o corrección de herida operatoria del segmento anterior, cualquier tipo, temprano o tardío, procedimiento mayor o menor.	21,39	5,00
OCULAR	66500	Iridotomía mediante incisión con instrumento cortante (procedimiento separado); excepto transfixion	10,15	5,00
OCULAR	66505	Iridotomía mediante incisión con instrumento cortante (procedimiento separado); con transfixión como para iris bombe	11,21	5,00
OCULAR	66600	Iridectomía, con sección córneoescleral o corneal; para remoción de lesión	23,89	6,00
OCULAR	66605	Iridectomía, con sección córneoescleral o corneal; con ciliectomía	30,38	6,00
OCULAR	66625	Iridectomía, con sección córneoescleral o corneal; periférica, por glaucoma (procedimiento separado)	12,33	6,00
OCULAR	66630	Iridectomía, con sección córneoescleral o corneal; de un sector, por glaucoma (procedimiento separado)	16,37	6,00
OCULAR	66635	Iridectomía, con sección córneoescleral o corneal; óptica (procedimiento separado)	16,51	6,00
OCULAR	66680	Reparación del iris, cuerpo ciliar (como para iridodiálisis)	14,88	5,00
OCULAR	66682	Sutura del iris, cuerpo ciliar (procedimiento separado) con recuperación de la sutura a través de una pequeña incisión (p. Ej., Sutura de McCannel)	18,29	5,00
OCULAR	66700	Destrucción del cuerpo ciliar, mediante diatermia	12,90	5,00
OCULAR	66710	Destrucción del cuerpo ciliar mediante ciclotocoagulación transesclerótica	12,60	5,00
OCULAR	66711	Destrucción del cuerpo ciliar mediante ciclotocoagulación transendoscópica	18,47	5,00
OCULAR	66720	Destrucción del cuerpo ciliar mediante crioterapia	13,17	5,00
OCULAR	66740	Destrucción del cuerpo ciliar mediante ciclodialisis	12,52	5,00
OCULAR	66761	Iridotomía/ iridectomía mediante cirugía láser (P. ej. para glaucoma) (por sesión)	11,50	6,00
OCULAR	66762	Iridoplastia mediante fotocoagulación (una o más sesiones) (P. ej. Para mejorar la visión, para ampliar el ángulo de la cámara anterior)	13,61	6,00
OCULAR	66770	Destrucción de quiste o de lesiones del iris o cuerpo ciliar (procedimiento no excisional)	15,13	5,00
OCULAR	66820	Discisión (incisión) de catarata membranosa secundaria (opacidad capsular posterior y/o hialoide anterior); técnica de incisión punzante (cuchillo Ziegler o Wheeler)	11,28	6,00
OCULAR	66821	Discisión (incisión) de catarata membranosa secundaria (opacidad capsular posterior y/o hialoide anterior) con cirugía láser (P. ej. Láser YAG) (uno o más estadios)	9,44	6,00
OCULAR	66825	Reposicionamiento de lente intraocular, que requiera incisión (procedimiento separado)	21,80	6,00
OCULAR	66830	Extirpación de catarata membranosa secundaria (opacidad capsular posterior y /o hialoide anterior) con sección	20,51	6,00

		corneoescleral, con o sin iridectomía (iridocapsulotomía, iridocapsulectomía)		
OCULAR	66840	Remoción de cristalino mediante técnica de aspiración en una o más etapas	20,03	6,00
OCULAR	66850	Extracción de cristalino mediante técnica de facofragmentación (mecánica o ultrasónica) (P. ej. facoemulsificación) con aspiración	22,80	6,00
OCULAR	66852	Extracción de cristalino vía pars plana, con o sin vitrectomía	24,28	6,00
OCULAR	66920	Remoción intracapsular de cristalino	21,69	6,00
OCULAR	66930	Remoción intracapsular de cristalino por dislocación de lente	24,60	6,00
OCULAR	66940	Remoción extracapsular de cristalino por otro procedimiento que no sea 66840, 66850, 66852	22,49	6,00
OCULAR	66982	Extracción de cataratas extracapsular con inserción de prótesis de lente intraocular (procedimiento de 1 etapa), técnica manual o mecánica (p. Ej., Irrigación y aspiración o facoemulsificación), complejos, que requieren dispositivos o técnicas que generalmente no se usan en la cirugía de cataratas de rutina (p. Ej., Dispositivo de expansión del iris, soporte de sutura para lente intraocular, o capsulorrexia posterior primaria) o realizado en pacientes en la etapa de desarrollo ambliogénico	35,20	6,00
OCULAR	66983	Extracción intracapsular de catarata con implante de lente intraocular (procedimiento de una sola etapa)	28,00	6,00
OCULAR	66984	Extracción extracapsular de catarata con implante de lente intraocular (en una sola etapa) con técnica manual o mecánica (p.ej. Irrigación y aspiración o facoemulsificación)	28,00	6,00
OCULAR	66985	Inserción de lente intraocular (implante secundario), no asociada con la extracción simultánea de cataratas	22,13	6,00
OCULAR	66986	Intercambio de lente intraocular	26,14	6,00
OCULAR	66990	Uso de endoscopio oftálmico (registrar por separado adicionalmente al código de procedimiento primario)	2,62	0,00
OCULAR	66999	Procedimiento no listado, segmento anterior del ojo	CM	5,00
OCULAR	67005	Remoción de humor vítreo, abordaje anterior (técnica abierta o incisión del limbo); retiro parcial	18,00	6,00
OCULAR	67010	Remoción de humor vítreo, abordaje anterior (técnica abierta o incisión del limbo); remoción subtotal con vitrectomía mecánica	25,00	6,00
OCULAR	67015	Aspiración o liberación de humor vítreo, fluido subretinal o coroidal, vía pars plana (esclerotomía posterior)	16,66	6,00
OCULAR	67025	Inyección de sustituto vítreo vía pars plana o limbar (intercambio fluido-gas), con o sin aspiración (procedimiento separado)	20,79	6,00
OCULAR	67027	Implantación de sistema intravítreo de administración de fármacos (P. ej. implante para administración de ganciclovir), incluyendo la extirpación concomitante del vítreo	24,52	6,00
OCULAR	67028	Inyección intravítrea de agente farmacológico (procedimiento separado)	7,70	6,00
OCULAR	67030	Dissección de filamentos vitreos (sin remoción), vía pars plana	17,30	6,00
OCULAR	67031	Eliminación de filamentos, membranas, opacidades, láminas o adhesiones vitreas mediante cirugía láser (1 o más etapas)	12,70	6,00
OCULAR	67036	Vitrectomía mecánica, vía pars plana	38,50	6,00
OCULAR	67039	Vitrectomía mecánica, abordaje por pars plana; con fotocoagulación endolaser focalizada	35,20	6,00
OCULAR	67040	Vitrectomía mecánica, abordaje por pars plana; fotocoagulación endolaser panretiniana	37,40	6,00
OCULAR	67041	Vitrectomía mecánica, abordaje por pars plana; retiro de membrana celular preretinal (p.ej. Macular de Pucker, fruncido macular)	33,17	6,00
OCULAR	67042	Vitrectomía, mecánica, vía pars plana; con retiro de membrana limitante interna de la retina (p.ej. Para reparación de agujero macular, edema macular diabético), incluye, cuando se realice, si se realiza, taponamiento intraocular (es decir, aire, gas o aceite	33,20	6,00

		de silicona)		
OCULAR	67043	Vitrectomía, mecánica, abordaje pars plana; con la eliminación de la membrana subretiniana (p. ej., neovascularización coroidea), incluye, si se realiza, taponamiento intraocular (es decir, aire, gas o aceite de silicona) y fotocoagulación con láser	35,06	6,00
OCULAR	67101	Reparación del desprendimiento de retina, incluido el drenaje de líquido subretiniano cuando se realiza; mediante crioterapia	25,00	6,00
OCULAR	67105	Reparación del desprendimiento de retina, incluido el drenaje de líquido subretiniano cuando se realiza; mediante fotocoagulación	22,50	6,00
OCULAR	67107	Reparación de desprendimiento de retina; pando escleral (como la disección escleral lamelar, procedimiento de imbricación o cerco), que incluye, cuando se realiza, implante, crioterapia, fotocoagulación y drenaje de líquido subretiniano	32,62	6,00
OCULAR	67108	Reparación de desprendimiento de retina; con vitrectomía, cualquier método, incluido, cuando se realiza, taponamiento con aire o gas, fotocoagulación con endolaser focal, crioterapia, drenaje de líquido subretiniano, pando escleral y / o extracción de la lente por la misma técnica	41,00	6,00
OCULAR	67110	Reparación de desprendimiento de retina mediante inyección de aire o gas (retinopexia neumática)	25,14	6,00
OCULAR	67113	Reparación del desprendimiento de retina complejo (p. Ej., Vitreoretinopatía proliferativa, estadio C-1 o superior, desprendimiento de retina por tracción diabética, retinopatía del prematuro, desgarro de la retina mayor de 90 grados), con vitrectomía y desprendimiento de membrana, incluido, cuando se realiza, aire, gas, o taponamiento con aceite de silicona, crioterapia, fotocoagulación con endolaser, drenaje de líquido subretiniano, pando escleral y / o extracción de lentes	38,60	6,00
OCULAR	67115	Liberación de material que rodea al ojo ubicado en el segmento posterior	14,37	5,00
OCULAR	67120	Remoción de material implantado extraocular en el segmento posterior	18,82	5,00
OCULAR	67121	Remoción de material implantado intraocular en el segmento posterior	26,13	6,00
OCULAR	67141	Profilaxis de desprendimiento de retina (P. ej. ruptura retiniana, degeneración reticular) usando crioterapia o diatermia, sin drenaje, en una o más sesiones	15,01	6,00
OCULAR	67145	Profilaxis de desprendimiento de retina (P. ej. ruptura retiniana, degeneración reticular) usando fotocoagulación (láser o arco de xenón), sin drenaje, en una o más sesiones	15,11	6,00
OCULAR	67208	Destrucción de lesión localizada de la retina (P. ej. Edema macular, tumores) con crioterapia o diatermia, una o más sesiones	17,22	6,00
OCULAR	67210	Destrucción de lesión localizada de la retina (P. ej. Edema macular, tumores) con fotocoagulación, en una o más sesiones	14,88	6,00
OCULAR	67218	Destrucción de lesión localizada de la retina (P. ej. Edema macular, tumores) radiación desde fuente implantada (incluye remoción de elemento radiactivo), una o más sesiones	39,88	6,00
OCULAR	67220	Destrucción de lesión localizada de coroides (P. ej. Neovascularización coroidal) mediante fotocoagulación (p.ej. Láser), una o más sesiones,	15,32	6,00
OCULAR	67221	Destrucción de lesión localizada de coroides (P. ej. Neovascularización coroidal) mediante terapia fotodinámica (incluye infusión intravenosa)	8,23	6,00
OCULAR	67227	Destrucción de retinopatía extensa o progresiva (P. ej. Retinopatía diabética) mediante crioterapia, diatermia.	15,00	6,00
OCULAR	67228	Tratamiento de retinopatía extensa o progresiva (P. ej. Retinopatía diabética) mediante fotocoagulación.	12,00	6,00
OCULAR	67229	Tratamiento de retinopatía extensa o progresiva, 1 o más	33,57	6,00

		sesiones, prematuro (menos de 37 semanas de gestación al nacer), realizado desde el nacimiento hasta 1 año de edad (p. Ej., Retinopatía del prematuro), fotocoagulación o crioterapia		
OCULAR	67250	Refuerzo de esclerótica (procedimiento separado); sin injerto	22,41	5,00
OCULAR	67225	Destrucción de lesión localizada de coroides (p. Ej., Neovascularización coroidea); terapia fotodinámica, segundo ojo, en una sola sesión (enumere por separado además del código para el tratamiento primario del ojo)	24,00	5,00
OCULAR	67299	Procedimiento no listado, segmento posterior	CM	5,00
OCULAR	67311	Cirugía para estrabismo, procedimiento de recesión o resección; un músculo horizontal	18,00	5,00
OCULAR	67312	Cirugía para estrabismo, procedimiento de recesión o resección; dos músculos horizontales	21,60	5,00
OCULAR	67314	Cirugía para estrabismo, procedimiento de recesión o resección; un músculo vertical (excluyendo el oblicuo superior) y oblicuo inferior).	19,34	5,00
OCULAR	67316	Cirugía para estrabismo, procedimiento de recesión o resección; dos o más músculos verticales (excluyendo el oblicuo superior y oblicuo inferior).	23,06	5,00
OCULAR	67318	Cirugía de estrabismo, cualquier procedimiento, músculo oblicuo superior	20,28	5,00
OCULAR	67320	Procedimiento de transposición (p. Ej., Para músculo extraocular parético), cualquier músculo extraocular (especifique) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	19,00	0,00
OCULAR	67331	Cirugía de estrabismo en pacientes con cirugía ocular previa o lesión que no involucró los músculos extraoculares (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	15,00	0,00
OCULAR	67332	Cirugía para estrabismo en paciente con cicatrización de músculos extraoculares (P. ej. lesión ocular previa, cirugía para estrabismo o desprendimiento de retina) o miopatía restrictiva (P. ej. Oftalmopatía distiroidea). Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	20,00	0,00
OCULAR	67334	Cirugía para estrabismo mediante técnica de fijación posterior con sutura, con o sin recesión muscular (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	15,00	0,00
OCULAR	67335	Colocación de sutura(s) ajustable(s) durante la cirugía para estrabismo, incluyendo ajuste(s) post operatorio(s) de las sutura(s) (registrar por separado adicionalmente al código utilizado para la cirugía específica para estrabismo)	4,31	0,00
OCULAR	67340	Cirugía para estrabismo que involucre exploración y/o corrección de músculo(s) extraocular(es) desprendido(s) (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	19,00	0,00
OCULAR	67343	Liberación de tejido cicatrizal extenso sin desprendimiento de músculo extraocular (procedimiento separado)	18,82	5,00
OCULAR	67345	Quimiodesnervación de músculo extraocular	7,04	5,00
OCULAR	67346	Biopsia de músculo extraocular	5,60	5,00
OCULAR	67399	Procedimiento no listado, músculo extraocular	CM	5,00
OCULAR	67400	Orbitotomía sin colgajo óseo (abordaje frontal o transconjuntival); para exploración, con o sin biopsia)	26,69	5,00
OCULAR	67405	Orbitotomía sin colgajo óseo (abordaje frontal o transconjuntival); con drenaje solamente	22,77	5,00
OCULAR	67412	Orbitotomía sin colgajo óseo (abordaje frontal o transconjuntival); con extirpación de lesión	24,43	5,00
OCULAR	67413	Orbitotomía sin colgajo óseo (abordaje frontal o transconjuntival); con extirpación de cuerpo extraño	24,53	5,00
OCULAR	67414	Orbitotomía sin colgajo óseo (abordaje frontal o transconjuntival); con extirpación de hueso para descompresión	38,20	5,00

OCULAR	67415	Aspiración de contenidos orbitales con aguja fina	3,50	5,00
OCULAR	67420	Orbitotomía con colgajo óseo o ventana ósea, abordaje lateral (P. ej. Kroenlein); con extirpación de la lesión	46,68	5,00
OCULAR	67430	Orbitotomía con colgajo óseo o ventana ósea, abordaje lateral (P. ej. Kroenlein); con extirpación de cuerpo extraño	35,55	5,00
OCULAR	67440	Orbitotomía con colgajo óseo o ventana ósea, abordaje lateral (P. ej. Kroenlein); con drenaje	34,60	5,00
OCULAR	67445	Orbitotomía con colgajo óseo o ventana, abordaje lateral (p. Ej., Kroenlein); con extracción de hueso para descompresión	40,39	5,00
OCULAR	67450	Orbitotomía con colgajo óseo o ventana, abordaje lateral (p. Ej., Kroenlein); para exploración, con o sin biopsia	35,93	5,00
OCULAR	67500	Inyección retrobulbar de medicamento (procedimiento separado, no incluye suministro de medicación)	2,27	5,00
OCULAR	67505	Inyección retrobulbar de alcohol	2,55	5,00
OCULAR	67515	Inyección de medicación u otra sustancia en la cápsula de Tenon	2,79	5,00
OCULAR	67550	Inserción de implante orbitario (implante fuera del cono muscular)	27,70	5,00
OCULAR	67560	Remoción o revisión de implante orbitario (implante fuera del cono muscular)	28,38	5,00
OCULAR	67570	Descompresión del nervio óptico (p. Ej., Incisión o fenestración de la vaina del nervio óptico)	33,87	5,00
OCULAR	67599	Procedimiento no listado, órbita	CM	5,00
OCULAR	67700	Blefarotomía con drenaje de absceso de párpado	7,61	5,00
OCULAR	67710	Sección de tarsorrafia	6,32	5,00
OCULAR	67715	Cantotomía (procedimiento separado)	6,81	5,00
OCULAR	67800	Excisión de chalazión único	3,62	5,00
OCULAR	67801	Excisión de chalazión múltiples, en el mismo párpado	4,64	5,00
OCULAR	67805	Excisión de chalazión; múltiples, en diferentes párpados	5,76	5,00
OCULAR	67808	Excisión de chalazión único o múltiple, bajo anestesia general y/o hospitalización	10,60	5,00
OCULAR	67810	Biopsia incisional en la piel de párpado, incluyendo margen del párpado	4,93	5,00
OCULAR	67820	Corrección de triquiasis; depilación con pinzas (unicamente)	1,44	5,00
OCULAR	67825	Corrección de triquiasis; depilación que no sea con pinzas (P. ej. mediante electrocirugía, crioterapia, cirugía láser)	3,67	5,00
OCULAR	67830	Corrección de triquiasis; incisión de borde del párpado	7,55	5,00
OCULAR	67835	Corrección de triquiasis; incisión de borde del párpado, con injerto libre de membrana mucosa	15,60	5,00
OCULAR	67840	Excisión de lesión del párpado (excepto chalazión) sin cierre o con cierre directo simple	7,83	5,00
OCULAR	67850	Destrucción de lesión de borde del párpado (hasta de 1 cm)	6,16	5,00
OCULAR	67875	Cierre temporal de los párpados mediante sutura (P. ej. Sutura de Frost)	4,89	5,00
OCULAR	67880	Construcción de adherencia intermarginal, tarsorrafia mediana o cantorrafia;	13,10	5,00
OCULAR	67882	Construcción de adherencia intermarginal, tarsorrafia mediana o cantorrafia; con transposición de placa tarsal	16,13	5,00
OCULAR	67900	Corrección de ptosis de cejas (abordajes supraciliar, mediofrontal o coronal)	18,37	5,00
OCULAR	67901	Corrección de blefaroptosis; método del músculo frontal con sutura u otro material (p.ej. Fascia oblicua)	21,65	5,00
OCULAR	67902	Reparación de blefaroptosis; Técnica de músculo frontal con cabestrillo fasciológico autólogo (incluye la obtención de fascia)	20,86	5,00
OCULAR	67903	Corrección de blefaroptosis con resección o avance de (tarso) elevador, abordaje interno	18,70	5,00
OCULAR	67904	Corrección de blefaroptosis mediante resección o avance de (tarso) elevador, abordaje externo	20,98	5,00
OCULAR	67906	Corrección de blefaroptosis; técnica del recto superior con cabestrillo fascial (incluye obtención de fascia)	17,60	5,00

OCULAR	67908	Corrección de blefaroptosis; resección conjuntival-tarsiana-músculo elevador de Müller (p. ej., tipo Fasanella-Servat)	14,40	5,00
OCULAR	67909	Reducción de sobrecorrección de ptosis	15,36	5,00
OCULAR	67911	Corrección de retracción de párpado	21,60	5,00
OCULAR	67912	Corrección de lagoftalmos con implantación de carga en párpado superior (p.ej. Pesa de oro)	25,13	5,00
OCULAR	67914	Corrección de ectropión con sutura	13,39	5,00
OCULAR	67915	Corrección de ectropión mediante termocauterización	8,30	5,00
OCULAR	67916	Corrección de ectropión mediante excisión de cuña tarsiana	16,92	5,00
OCULAR	67917	Corrección de ectropión; extensiva (P. ej. Operaciones de banda del tarso)	17,23	5,00
OCULAR	67921	Reparación de entropion; sutura	13,09	5,00
OCULAR	67922	Reparación de entropion; termocauterización	8,23	5,00
OCULAR	67923	Reparación de entropion; excisión de cuña tarsiana	16,88	5,00
OCULAR	67924	Reparación de entropion; amplia (P. ej. Banda de tarso u operación de reparación de fascia capsulopalpebral)	17,99	5,00
OCULAR	67930	Sutura de herida reciente, párpado, que involucre borde del párpado, tarso y/o conjuntiva palpebral, cierre directo; espesor parcial	10,42	5,00
OCULAR	67935	Sutura de herida reciente, párpado, que involucre borde del párpado, tarso y/o conjuntiva palpebral, cierre directo; espesor total	17,06	5,00
OCULAR	67938	Extracción de cuerpo extraño incrustado, párpado	6,91	5,00
OCULAR	67950	Cantoplastia(reconstrucción de canto)	16,41	5,00
OCULAR	67961	Excisión y corrección del párpado, involucrando borde del párpado, tarso, conjuntiva, canto, o espesor total, puede incluir la preparación para injerto cutáneo o colgajo pediculado con transferencia de tejido adyacente o rearreglo; hasta un cuarto del borde del párpado	16,43	5,00
OCULAR	67966	Excisión y corrección del párpado, involucrando borde del párpado, tarso, conjuntiva, canto, o espesor total, puede incluir la preparación para injerto cutáneo o colgajo pediculado con transferencia de tejido adyacente o rearreglo; más de un cuarto del borde del párpado	22,03	5,00
OCULAR	67971	Reconstrucción de párpado, espesor total mediante transferencia de colgajo tarsoconjuntival del párpado opuesto; hasta dos tercios de párpado, un estadio o primer estadio	20,86	5,00
OCULAR	67973	Reconstrucción de párpado, espesor total mediante transferencia de colgajo tarsoconjuntival del párpado opuesto; párpado total, inferior, un estadio o primer estadio	26,85	5,00
OCULAR	67974	Reconstrucción de párpado, espesor total mediante transferencia de colgajo tarsoconjuntival del párpado opuesto; párpado total, superior, un estadio o primer estadio	26,77	5,00
OCULAR	67975	Reconstrucción de párpado, espesor total mediante transferencia de colgajo tarsoconjuntival del párpado opuesto; segundo estadio	19,73	5,00
OCULAR	67999	Procedimiento no listado, párpados	CM	5,00
OCULAR	68020	Incisión de conjuntiva para drenaje de quiste	3,42	5,00
OCULAR	68040	Expresión de folículos conjuntivales (P. ej. Por tracoma)	1,77	5,00
OCULAR	68100	Biopsia de conjuntiva	4,83	5,00
OCULAR	68110	Excisión de lesión, conjuntiva; hasta 1 cm	6,42	5,00
OCULAR	68115	Excisión de lesión, conjuntiva; más de 1 cm	8,86	5,00
OCULAR	68130	Excisión de lesión, conjuntiva; con esclerótica adyacente	15,37	5,00
OCULAR	68135	Dstrucción de lesión de conjuntiva	4,49	5,00
OCULAR	68200	Inyección subconjuntival	1,19	5,00
OCULAR	68320	Conjuntivoplastia; con injerto conjuntival o rearreglo amplio	20,68	5,00
OCULAR	68325	Conjuntivoplastia; con injerto de membrana mucosa bucal (incluye obtención del injerto)	18,96	5,00
OCULAR	68326	Conjuntivoplastia; reconstrucción fondo de saco (Cul de Sac	18,59	5,00

		conjuntival); con injerto conjuntival o rearreglo amplio		
OCULAR	68328	Conjuntivoplastia; reconstrucción fondo de saco (Cul de Sac conjuntival); con injerto de membrana mucosa bucal (incluye obtención del injerto)	20,43	5,00
OCULAR	68330	Corrección de simbléfaron, conjuntivoplastia, sin injerto	17,25	5,00
OCULAR	68335	Reparación de simbléfaron; con injerto libre de membrana mucosa conjuntival o bucal (incluye obtención de injerto)	18,66	5,00
OCULAR	68340	Reparación de simbléfaron; división de simbléfaron, con o sin inserción de conformador o lente de contacto	15,53	5,00
OCULAR	68360	Colgajo conjuntival; puente o parcial (procedimiento separado)	15,20	5,00
OCULAR	68362	Colgajo conjuntival; total (tal como colgajo delgado de Gunderson o colgajo en asa de bolsa)	18,89	5,00
OCULAR	68371	Obtención de injerto homólogo de conjuntiva en un donador vivo	11,87	5,00
OCULAR	68399	Procedimiento no listado, conjuntiva	CM	5,00
OCULAR	68400	Incisión para drenaje de glándula lagrimal	8,06	5,00
OCULAR	68420	Incisión para drenaje de saco lagrimal (dacriocistotomía o dacriocistostomía)	9,13	5,00
OCULAR	68440	Incisión por corte con tijera del punto lagrimal (punctum lacrimale)	2,91	5,00
OCULAR	68500	Excisión total de glándula lagrimal (dacrioadenectomía) excepto por tumor.	28,17	5,00
OCULAR	68505	Excisión parcial de glándula lagrimal (dacrioadenectomía) excepto por tumor.	27,90	5,00
OCULAR	68510	Biopsia de glándula lagrimal	12,71	5,00
OCULAR	68520	Excisión de saco lagrimal (dacriocistectomía)	19,76	5,00
OCULAR	68525	Biopsia de saco lagrimal	7,67	5,00
OCULAR	68530	Extirpación de cuerpos extraños o dacriolitos de los conductos lagrimales	12,18	5,00
OCULAR	68540	Excisión de tumor de glándula lagrimal; abordaje frontal	26,72	5,00
OCULAR	68550	Excisión de tumor de glándula lagrimal con osteotomía;	32,19	5,00
OCULAR	68700	Corrección plástica de canaliculos	17,38	5,00
OCULAR	68705	Corrección de punctum evertido con cauterio	6,75	5,00
OCULAR	68720	Dacriocistorrinostomía (fistulización de saco lagrimal a la cavidad nasal)	21,79	5,00
OCULAR	68745	Conjuntivorrinostomía (fistulización de la conjuntiva a la cavidad nasal); sin tubo	21,85	5,00
OCULAR	68750	Conjuntivorrinostomía (fistulización de la conjuntiva a la cavidad nasal); con inserción de tubo o stent	22,63	5,00
OCULAR	68760	Cierre del punto lagrimal (punctum lacrimale); con termocauterización, ligadura, o cirugía láser	5,74	5,00
OCULAR	68761	Cierre del punto lagrimal (punctum lacrimale); con tapón, cada uno	4,21	5,00
OCULAR	68770	Cierre de fístula lagrimal (procedimiento separado)	18,13	5,00
OCULAR	68801	Dilatación de punto lagrimal (punctum lacrimale), con o sin irrigación	2,52	5,00
OCULAR	68810	Sondeo de conducto nasolagrimal, con o sin irrigación	4,50	5,00
OCULAR	68811	Sondeo de conducto nasolagrimal, con o sin irrigación; que requiere anestesia general	4,20	5,00
OCULAR	68815	Sondeo de conducto nasolagrimal, con o sin irrigación, con inserción de tubo o stent	11,30	5,00
OCULAR	68816	Sondeo del conducto nasolagrimal, con o sin irrigación; con dilatación del catéter con balón transluminal	18,27	5,00
OCULAR	68840	Sondeo de conductos lagrimales, con o sin irrigación	3,65	5,00
OCULAR	68850	Inyección de medio de contraste para dacriocistografía	1,78	5,00
OCULAR	68899	Procedimiento no listado, sistema lagrimal	CM	5,00
AUDITIVO	69000	Drenaje simple de absceso o hematoma de pabellón auricular	5,40	5,00
AUDITIVO	69005	Drenaje complicado de absceso o hematoma de pabellón auricular	6,23	5,00

AUDITIVO	69020	Drenaje de absceso de conducto auditivo externo	6,67	5,00
AUDITIVO	69100	Biopsia de pabellón auricular	2,91	5,00
AUDITIVO	69105	Biopsia de conducto auditivo externo.	4,02	5,00
AUDITIVO	69110	Excisión de oído externo; reparaçión parcial y simple	13,28	5,00
AUDITIVO	69120	Amputación completa del pabellon auricular	11,84	5,00
AUDITIVO	69140	Excisión de exostosis, conducto auditivo externo (Eliminación de crecimientos óseos del canal auditivo.)	25,49	5,00
AUDITIVO	69145	Excisión de lesión de tejidos blandos del conducto auditivo externo.	11,41	5,00
AUDITIVO	69150	Excisión radical de lesión de conducto auditivo externo; sin disección del cuello.	30,85	5,00
AUDITIVO	69155	Excisión radical de lesión de conducto auditivo externo; con disección del cuello.	49,14	6,00
AUDITIVO	69200	Remoción de cuerpo extraño de conducto auditivo externo sin anestesia general	2,39	4,00
AUDITIVO	69205	Remoción de cuerpo extraño de conducto auditivo externo con anestesia general	2,97	4,00
AUDITIVO	69209	Remoción del cerumen impactado mediante irrigación / lavado, unilateral (No informe 69210 junto con 69209 cuando se realiza en el mismo oído y para procedimiento bilateral se puede reportar el código 69209 con el modificador 50)	0,36	4,00
AUDITIVO	69210	Remoción de cerumen impactado que requiere instrumentación, unilateral.(No informe 69210 junto con 69209 cuando se realiza en el mismo oído y para procedimiento bilateral se puede reportar el código 69210 con el modificador 50)	1,42	4,00
AUDITIVO	69220	Desbridamiento, cavidad de mástoidectomía, simple (p.ej. limpieza de rutina). Para procedimientos bilaterales reportar el código 69220 con modificador 50.	2,61	5,00
AUDITIVO	69222	Desbridamiento, cavidad de mástoidectomía, complejo (p.ej. con anestesia o o más que una limpieza de rutina) Para procedimientos bilaterales reportar el código 69222 con modificador 50.	6,31	5,00
AUDITIVO	69310	Reconstrucción de conducto auditivo externo (meatoplastia) (P. ej. estenosis debida a trauma, infección) (procedimiento separado)	31,86	5,00
AUDITIVO	69320	Reconstrucción de conducto auditivo externo debido a atresia congénita en una sola etapa	44,58	5,00
AUDITIVO	69420	Miringotomía incluyendo aspiración y/o insuflación de conducto de Eustaquio	5,51	4,00
AUDITIVO	69421	Miringotomía incluyendo aspiración y/o insuflación de la trompa de Eustaquio que requiere anestesia general. (No informe 69801 junto con 69420, 69421, 69433, 69436 cuando se realiza en el mismo oído)	4,36	4,00
AUDITIVO	69424	Retiro de tubo de ventilación que requiere anestesia general	3,66	4,00
AUDITIVO	69433	Timpanostomía (que requiera inserción de tubo de ventilación), anestesia local o tópica.(No informe 69801 junto con 69420, 69421, 69433, 69436 cuando se realiza en el mismo oído)	5,84	4,00
AUDITIVO	69436	Timpanostomía (que requiera inserción de tubo de ventilación), anestesia general. (No informe 69801 junto con 69420, 69421, 69433, 69436 cuando se realiza en el mismo oído) Para procedimientos bilaterales se puede reportar el código 69436 con el modificado 50.	4,70	4,00
AUDITIVO	69440	Exploración del oido medio a través de incisión postauricular o del canal auditivo.(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	20,15	5,00
AUDITIVO	69450	Timpanolisis, transcanal.(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	15,91	5,00
AUDITIVO	69501	Antrotomía transmástoidea (mástoidectomía "simple"). (No	21,54	5,00

		informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)		
AUDITIVO	69502	Mastoidectomía completa.No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	28,73	5,00
AUDITIVO	69505	Mastoidectomía; radical modificada. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	35,20	5,00
AUDITIVO	69511	Mastoidectomía; radical.(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	36,12	5,00
AUDITIVO	69530	Apicectomía petrosa incluyendo mástoidectomía radical. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	49,12	5,00
AUDITIVO	69535	Resección del hueso temporal, abordaje externo (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	79,67	5,00
AUDITIVO	69540	Extirpacion de pólipo del conducto auditivo externo.(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	6,00	5,00
AUDITIVO	69550	Extirpacion de tumor glómico aural; transconducto. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	30,41	5,00
AUDITIVO	69552	Excisión de tumor glómico aural; transmástoideo. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	45,76	5,00
AUDITIVO	69554	Excisión de tumor glómico aural; extendido (extratemporal). (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	74,37	5,00
AUDITIVO	69601	Revisión de mastoidectomía; resultando en mástoidectomía completa. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	30,74	5,00
AUDITIVO	69602	Revisión de mastoidectomía; resultando en mástoidectomía radical modificada. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	32,12	5,00
AUDITIVO	69603	Revisión de mastoidectomía; resultando en mástoidectomía radical. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	37,13	5,00
AUDITIVO	69604	Revisión de mastoidectomía; resultando en timpanoplastia. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	32,68	5,00
AUDITIVO	69605	Revisión de mastoidectomía; con apicectomía. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	49,66	5,00
AUDITIVO	69610	Reparación de la membrana timpánica, con o sin preparación del sitio o perforación para cierre, con o sin parche. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	11,21	5,00
AUDITIVO	69620	Miringoplastia (Cirugía confinada a la membrana timpánica y región donante). (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	20,07	5,00
AUDITIVO	69631	Timpanoplastia sin mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, aticotomía y/o cirugía del oído medio), inicial o revisión; sin reconstrucción de la cadena de huesecillos (cadena osicular). (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	25,88	5,00
AUDITIVO	69632	Timpanoplastia sin mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, aticotomía y/o cirugía del oído medio), inicial o revisión; con reconstrucción de la cadena de huesecillos (cadena osicular) (P.	31,61	5,00

		ej. postfenestración). (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)		
AUDITIVO	69633	Timpanoplastia sin mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, aticotomía y/o cirugía del oído medio), inicial o revisión; con reconstrucción de la cadena de huesecillos y prótesis sintética (P. ej. prótesis de reemplazo osicular parcial (PORP), prótesis de reemplazo osicular total (TORP)). (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	30,64	5,00
AUDITIVO	69635	Timpanoplastia con antrotomía o mástoidotomía (incluyendo conductoplastia, aticotomía, cirugía del oído medio y/o reparación de membrana timpánica); sin reconstrucción de la cadena de huesecillos (cadena osicular). (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	36,23	5,00
AUDITIVO	69636	Timpanoplastia con antrotomía o mástoidotomía (incluyendo conductoplastia, aticotomía, cirugía del oído medio y/o reparación de membrana timpánica); con reconstrucción de la cadena de huesecillos (cadena osicular)	40,38	5,00
AUDITIVO	69637	Timpanoplastia con antrotomía o mástoidotomía (incluyendo conductoplastia, aticotomía, cirugía del oído medio, y/o corrección de la membrana del tímpano); con reconstrucción de la cadena de huesecillos (cadena osicular) y prótesis sintética (P. ej. prótesis de reemplazo osicular parcial (PORP), prótesis de reemplazo osicular total (TORP)).(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	41,11	5,00
AUDITIVO	69641	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio, corrección de la membrana del tímpano); sin reconstrucción de la cadena de huesecillos (cadena osicular).	30,57	5,00
AUDITIVO	69642	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio, corrección de la membrana del tímpano); con reconstrucción de la cadena de huesecillos (cadena osicular). (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	39,24	5,00
AUDITIVO	69643	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio, corrección de la membrana del tímpano); con pared intacta o reconstruida, sin reconstrucción de la cadena de huesecillos (cadena osicular).(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	35,96	5,00
AUDITIVO	69644	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio, corrección de la membrana del tímpano); con pared del conducto intacta o reconstruida, con reconstrucción de la cadena de huesecillos (cadena osicular).	43,31	5,00
AUDITIVO	69645	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio, corrección de la membrana del tímpano); radical o completa, sin reconstrucción de la cadena de huesecillos (cadena osicular).	42,57	5,00
AUDITIVO	69646	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio, corrección de la membrana del tímpano); radical o completa, con reconstrucción de la cadena de huesecillos (cadena osicular).	45,24	5,00
AUDITIVO	69650	Movilización del estribo. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	23,71	5,00

AUDITIVO	69660	Estapedectomía o estapedotomía con reestablecimiento de continuidad osicular, con o sin uso de material extraño. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	27,25	5,00
AUDITIVO	69661	Estapedectomía o estapedotomía con reestablecimiento de continuidad osicular, con o sin uso de material extraño; con perforación del estribo. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	35,45	5,00
AUDITIVO	69662	Revisión de estapedectomía o estapedotomía. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	34,22	5,00
AUDITIVO	69666	Corrección de fístula de la ventana oval.(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	23,86	5,00
AUDITIVO	69667	Corrección de fístula de la ventana redonda. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	23,86	5,00
AUDITIVO	69670	Obliteración de mastoides (procedimiento separado).(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	27,89	5,00
AUDITIVO	69676	Neurectomía timpánica.(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	24,34	5,00
AUDITIVO	69700	Cierre de fístula postauricular, mastoidea (procedimiento separado)	20,36	5,00
AUDITIVO	69711	Extracción o reparación del dispositivo auditivo electromagnético de conducción ósea en hueso temporal. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	25,29	5,00
AUDITIVO	69714	Implantación, implante osteointegrado, hueso temporal, con fijación percutánea a procesador externo de habla/estimulador coclear; sin mastoidectomía. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	31,76	5,00
AUDITIVO	69715	Implantación, implante osteointegrado, hueso temporal, con fijación percutánea a procesador externo de habla/estimulador coclear; con mástoidectomía.(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	41,06	5,00
AUDITIVO	69717	Reemplazo (incluyendo remoción de dispositivo existente), implante osteointegrado, hueso temporal, con fijación percutánea a procesador externo de habla/estimulador coclear; sin mastoidectomía. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	33,42	5,00
AUDITIVO	69718	Reemplazo (incluyendo remoción de dispositivo existente), implante osteointegrado, hueso temporal, con fijación percutánea a procesador externo de habla/estimulador coclear; con mástoidectomía. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	39,61	5,00
AUDITIVO	69720	Descompresión de nervio facial, intratemporal; lateral al ganglio geniculado.(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	36,00	5,00
AUDITIVO	69725	Descompresión de nervio facial, intratemporal; medial al ganglio geniculado. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	55,55	5,00
AUDITIVO	69740	Sutura del nervio facial, intratemporal, con o sin injerto o descompresión; lateral al ganglio geniculado.	35,48	5,00

AUDITIVO	69745	Sutura del nervio facial, intratemporal, con o sin injerto o descompresión; incluyendo ganglio medial a geniculado. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	37,00	5,00
AUDITIVO	69801	Laberintotomía, con perfusión de medicamento(s) vestibuloactivo(s); transcanal. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	21,00	5,00
AUDITIVO	69805	Operación del saco endolímfático; sin derivación. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	31,07	5,00
AUDITIVO	69806	Operación del saco endolímfático; con derivación. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	29,00	5,00
AUDITIVO	69905	Laberintectomía; transconducto.(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	26,91	5,00
AUDITIVO	69910	Laberintectomía con mastoidectomía.(No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	30,18	5,00
AUDITIVO	69915	Sección del nervio vestibular, abordaje translaberíntico. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	47,30	5,00
AUDITIVO	69930	Implantación de dispositivo coclear, con o sin mástoidectomía. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	36,14	5,00
AUDITIVO	69950	Sección del nervio vestibular, abordaje transcraneal	54,15	11,00
AUDITIVO	69955	Descompresión y / o reparación total del nervio facial (puede incluir injerto)	58,23	11,00
AUDITIVO	69960	Descompresión del conducto auditivo interno	56,98	11,00
AUDITIVO	69970	Extirpación de tumor de hueso temporal	63,40	11,00
AUDITIVO	69399	Procedimiento no listado, oído externo	CM	5,00
AUDITIVO	69799	Procedimiento no listado, oído medio	CM	5,00
AUDITIVO	69949	Procedimiento no listado, oído interno	CM	5,00
AUDITIVO	69090	Perforación de lóbulo de la oreja	0,80	0,00
AUDITIVO	69300	Otoplastia, oreja en protrusión (sobresaliente), con o sin reducción de tamaño	12,00	5,00
AUDITIVO	69710	Implantación o reemplazo del dispositivo auditivo electromagnético de conducción ósea en hueso temporal. (No informe el código 69424 junto con 69205, 69210, 69420, 69421, 69433-69676, 69710-69745, 69801-69930)	7,00	5,00

COMPONENTE DE MEDICINA POR ESPECIALIDAD

Nº	CÓDIGO CPT	DESCRIPCIÓN	UVR Médico	UVR ANESTESIA
1	90461	Administración de inmunización hasta los 18 años de edad a través de cualquier vía de administración, con asesoramiento de un médico u otro profesional de la salud calificado; cada vacuna adicional o componente toxoide administrado (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0,36	0,00
2	90472	Administración de inmunización (incluye inyecciones percutáneas, intradérmicas, subcutáneas o intramusculares);	0,36	0,00

		cada vacuna adicional (vacuna única o combinada / toxoide) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)		
3	90474	Administración de Inmunización por vía intranasal u oral); cada inyección adicional (vacunación única o combinada/toxoide) (lístelo separadamente además de poner el código del procedimiento primario)	0,36	0,00
4	90785	Complejidad interactiva (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	5,00	0,00
5	90791	Evaluación diagnóstica psiquiátrica	9,00	0,00
6	90792	Evaluación diagnóstica psiquiátrica con servicios médicos.	13,50	0,00
7	90832	Psicoterapia, 30 minutos con paciente.	13,50	0,00
8	90833	Psicoterapia, 30 minutos con el paciente y/o miembro de la familia, cuando se realiza con un servicio de evaluación y manejo (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	13,50	0,00
9	90834	Psicoterapia, 45 minutos con paciente.	19,00	0,00
10	90836	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente cuando se realiza con un servicio de evaluación y gestión (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	22,00	0,00
11	90837	Psicoterapia, 60 minutos con paciente.	31,00	0,00
12	90838	Psicoterapia, 60 minutos con el paciente cuando se realiza con un servicio de evaluación y gestión (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	34,00	0,00
13	90839	Psicoterapia para crisis; primeros 60 minutos	20,00	0,00
14	90840	Psicoterapia para crisis; cada 30 minutos adicionales (enumere por separado además del código para el servicio primario)	11,50	0,00
15	90845	Psicoanálisis	21,60	0,00
16	90846	Psicoterapia familiar (sin presencia del paciente), 50 minutos.	24,00	0,00
17	90847	Psicoterapia familiar (psicoterapia conjunta) (con presencia del paciente), 50 minutos.	24,00	0,00
18	90849	Psicoterapia grupal de familias múltiples	24,00	0,00
19	90853	Psicoterapia grupal (que no sea de un grupo de familias múltiples)	6,20	0,00
20	90863	Manejo farmacológico, incluida la prescripción y revisión de medicamentos, cuando se realiza con servicios de psicoterapia (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0,4	0,00
21	90865	Narcosíntesis con fines de diagnóstico y terapéuticos psiquiátricos (por ejemplo, entrevista con amobarbital sódico (Amytal))	30,00	0,00
22	90867	Tratamiento terapéutico de estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMT); inicial, incluyendo mapeo cortical, determinación del umbral motor, entrega y manejo	31,10	0,00
23	90868	Tratamiento terapéutico de estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMT); posterior entrega y gestión, por sesión	26,40	0,00
24	90869	Tratamiento terapéutico de estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMT); subsecuente redeterminación del umbral motor con entrega y gestión	15,00	0,00
25	90870	Terapia electroconvulsiva (incluye monitoreo necesario)	10,00	0,00
26	90875	Terapia psicofisiológica individual que incorpora entrenamiento de biorretroalimentación por cualquier modalidad (cara a cara con el paciente), con psicoterapia (por ejemplo, orientación orientada, modificación del comportamiento o psicoterapia de apoyo); 30 minutos	8,50	0,00
27	90876	Terapia psicofisiológica individual que incorpora entrenamiento de biorretroalimentación por cualquier	17,00	0,00

		modalidad (cara a cara con el paciente), con psicoterapia (por ejemplo, orientación orientada, modificación del comportamiento o psicoterapia de apoyo); 45 minutos		
28	90880	Sesión de Hipnoterapia	24,00	0,00
29	90882	Intervención ambiental para fines de gestión médica en nombre de un paciente psiquiátrico con agencias, empleadores o instituciones.	24,00	0,00
30	90885	Evaluación psiquiátrica de registros hospitalarios, otros informes psiquiátricos, pruebas psicométricas y / o proyectivas, y otros datos acumulados para fines de diagnóstico médico.	7,00	0,00
31	90887	Interpretación o explicación de los resultados de los exámenes y procedimientos psiquiátricos, otros exámenes médicos u otros datos acumulados a familiares u otras personas responsables, o aconsejarles cómo ayudar al paciente	24,00	0,00
32	90889	Preparación del informe del estado psiquiátrico del paciente, historial, tratamiento o progreso (que no sea para fines legales o consultivos) para otras personas, agencias o compañías de seguros	18,00	0,00
33	90899	Servicio o procedimiento psiquiátrico no listado	CM	0,00
34	90901	Entrenamiento de biorretroalimentación por cualquier modalidad	1,05	0,00
35	90911	Entrenamiento de biorretroalimentación, músculos perineales, esfínter anorrectal o uretral, incluyendo EMG y / o manometría	2,42	0,00
36	90935	Procedimiento de hemodiálisis con evaluación única por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado.	20,00	0,00
37	90937	Procedimiento de hemodiálisis que requiere evaluaciones repetidas con o sin revisión sustancial de la prescripción de diálisis	45,00	0,00
38	90945	Procedimiento de diálisis que no sea hemodiálisis (p. Ej., Diálisis peritoneal, hemofiltración u otras terapias continuas de reemplazo renal), con evaluación única por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado	16,00	0,00
39	90947	Procedimiento de diálisis que no sea hemodiálisis (p. Ej., Diálisis peritoneal, hemofiltración u otras terapias continuas de reemplazo renal) que requieren evaluaciones repetidas por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado, con o sin una revisión sustancial de la prescripción de diálisis.	38,00	0,00
40	90951	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) mensualmente, para pacientes menores de 2 años de edad para incluir monitoreo de la nutrición adecuada, evaluación del crecimiento y desarrollo, y asesoramiento de los padres; con 4 o más visitas personales de un médico u otro profesional de la salud calificado por mes	27,13	0,00
41	90954	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) mensualmente, para pacientes de 2 a 11 años de edad, que incluyen el monitoreo de la nutrición adecuada, la evaluación del crecimiento y el desarrollo y el asesoramiento de los padres; con 4 o más visitas personales de un médico u otro profesional de la salud calificado por mes	23,43	0,00
42	90955	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) mensualmente, para pacientes de 2 a 11 años de edad, que incluyen el monitoreo de la nutrición adecuada, la evaluación del crecimiento y el desarrollo y el asesoramiento de los padres; con 2-3 visitas	13,17	0,00

		personales por mes por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado por mes		
43	90956	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) mensualmente, para pacientes de 2 a 11 años de edad, que incluyen el monitoreo de la nutrición adecuada, la evaluación del crecimiento y el desarrollo y el asesoramiento de los padres; con 1 visita cara a cara de un médico u otro profesional de la salud calificado por mes	9,14	0,00
44	90957	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) mensualmente, para pacientes de 12 a 19 años de edad, que incluyen monitoreo de la nutrición adecuada, evaluación del crecimiento y desarrollo y asesoramiento de los padres; con 4 o más visitas personales de un médico u otro profesional de la salud calificado por mes	18,50	0,00
45	90958	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) mensualmente, para pacientes de 12 a 19 años de edad, que incluyen monitoreo de la nutrición adecuada, evaluación del crecimiento y desarrollo y asesoramiento de los padres; con 2-3 visitas personales por mes por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado por mes	12,51	0,00
46	90959	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) mensualmente, para pacientes de 12 a 19 años de edad, que incluyen monitoreo de la nutrición adecuada, evaluación del crecimiento y desarrollo y asesoramiento de los padres; con 1 visita cara a cara de un médico u otro profesional de la salud calificado por mes	8,497	0,00
47	90960	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) mensualmente, para pacientes de 20 años de edad y mayores; con 4 o más visitas personales de un médico u otro profesional de la salud calificado por mes	8,13	0,00
48	90961	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) mensualmente, para pacientes de 20 años de edad y mayores; con 2-3 visitas personales por mes por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado por mes	6,83	0,00
49	90962	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) mensualmente, para pacientes de 20 años de edad y mayores; con 1 visita cara a cara de un médico u otro profesional de la salud calificado por mes	5,26	0,00
50	90963	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para diálisis en el hogar por mes completo, para pacientes menores de 2 años de edad para incluir monitoreo de la nutrición adecuada, evaluación del crecimiento y desarrollo y asesoramiento de los padres	15,65	0,00
51	90964	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para diálisis en el hogar por mes completo, para pacientes de 2 a 11 años de edad para incluir monitoreo de la nutrición adecuada, evaluación del crecimiento y desarrollo, y asesoramiento de los padres	13,69	0,00
52	90965	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) para diálisis en el hogar por mes completo, para pacientes de 12 a 19 años de edad, que incluyen monitoreo para la adecuación de la nutrición, evaluación del crecimiento y desarrollo y asesoramiento de los padres	13,02	0,00
53	90966	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para diálisis en el hogar por mes completo, para pacientes de 20 años de edad y mayores	6,80	0,00

54	90967	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para diálisis menos de un mes completo de servicio, por día; para pacientes menores de 2 años	0,52	0,00
55	90968	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para diálisis menos de un mes completo de servicio, por día; para pacientes de 2 a 11 años de edad	0,45	0,00
56	90969	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para diálisis menos de un mes completo de servicio, por día; para pacientes de 12 a 19 años de edad	0,44	0,00
57	90970	Servicios relacionados con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para diálisis menos de un mes completo de servicio, por día; para pacientes de 20 años de edad y mayores	0,22	0,00
58	90997	Hemoperfusión (p. Ej., Con carbón activado o resina)	90,00	0,00
59	90999	Procedimiento de diálisis no listado, hospitalizado o ambulatorio	CM	0,00
60	91010	Estudio de motilidad esofágica (estudio manométrico del esófago y / o unión gastroesofágica) con interpretación e informe	16,50	5,00
61	91013	Estudio de motilidad esofágica (estudio manométrico del esófago y / o unión gastroesofágica) con interpretación e informe; con estimulación o perfusión (p. ej., estimulante, perfusión ácida o alcalina) (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,00	5,00
62	91020	Estudios de motilidad gástrica (manométrica)	17,00	5,00
63	91022	Estudio de motilidad duodenal (manométrica)	15,00	5,00
64	91030	Esófago, prueba de perfusión ácida (Bernstein) para esofagitis	8,00	5,00
65	91034	Esófago, prueba de reflujo gastroesofágico; con catéter nasal colocación de electrodo (s) de pH, registro, análisis e interpretación	11,70	0,00
66	91035	Esófago, prueba de reflujo gastroesofágico; con telemetría adjunta a la mucosa, colocación, electrodo, registro, análisis e interpretación	18,90	0,00
67	91037	Prueba de función esofágica, prueba de reflujo gastroesofágico con catéter nasal, colocación, registro, análisis e interpretación de electrodo (s) de impedancia intraluminal	11,70	0,00
68	91038	Prueba de función esofágica, prueba de reflujo gastroesofágico con colocación de electrodo (s) de impedancia intraluminal por catéter nasal, registro, análisis e interpretación; prolongado (mayor de 1 hora, hasta 24 horas)	13,30	0,00
69	91040	Estudio de distensión con balón esofágico, diagnóstico, con provocación cuando se realiza	12,06	0,00
70	91065	Prueba de hidrógeno o metano en el aliento (p. Ej., Para la detección de deficiencia de lactasa, intolerancia a la fructosa, sobrecrecimiento bacteriano o tránsito gastrointestinal orocecal)	11,50	0,00
71	91110	Imagen del tracto gastrointestinal, intraluminal (p. Ej., Endoscopia con cápsula), esófago a través del íleon, con interpretación e informe	26,21	0,00
72	91111	Imagen del tracto gastrointestinal, intraluminal (p. Ej., Endoscopia con cápsula), esófago con interpretación e informe	21,08	0,00
73	91117	Estudio de motilidad del colon (manométrico), registro continuo mínimo de 6 horas (incluidas pruebas de provocación, p. Ej., Comida, distensión con balón intracolónico, agentes farmacológicos, si se realizan), con interpretación e informe	4,06	0,00
74	91120		12,04	0,00

		Sensación rectal, tono y prueba de cumplimiento (es decir, respuesta a distensión con balón graduada)		
75	91122	Manometría anorrectal	9,50	0,00
76	91200	Elastografía hepática, onda de corte inducida mecánicamente (p. Ej., Vibración), sin imágenes, con interpretación e informe.	1,10	0,00
77	91299	Procedimiento de gastroenterología diagnóstica no listado	CM	0,00
78	92002	Servicios oftalmológicos: examen médico y evaluación con inicio del programa de diagnóstico y tratamiento; paciente intermedio nuevo	11,00	0,00
79	92004	Servicios oftalmológicos: examen médico y evaluación con inicio del programa de diagnóstico y tratamiento; paciente nuevo e integral, 1 o más visitas	17,50	0,00
80	92012	Servicios oftalmológicos: examen y evaluación médica, con inicio o continuación del programa de diagnóstico y tratamiento; paciente intermedio establecido	8,00	0,00
81	92014	Servicios oftalmológicos: examen y evaluación médica, con inicio o continuación del programa de diagnóstico y tratamiento; paciente integral, establecido, 1 o más visitas	14,50	0,00
82	92015	Determinación del estado refractivo	4,00	4,00
83	92018	Examen y evaluación oftalmológicos, bajo anestesia general, con o sin manipulación del globo para un rango de movimiento pasivo u otra manipulación para facilitar el examen de diagnóstico; completo	19,00	4,00
84	92019	Examen y evaluación oftalmológicos, bajo anestesia general, con o sin manipulación del globo para un rango de movimiento pasivo u otra manipulación para facilitar el examen de diagnóstico; limitado	15,00	4,00
85	92020	Gonioscopia (procedimiento separado)	10,00	0,00
86	92025	Topografía corneal computarizada, unilateral o bilateral, con interpretación e informe	3,00	4,00
87	92060	Examen sensoriomotor con múltiples mediciones de desviación ocular (p. Ej., Músculo restrictivo o parético con diplopía) con interpretación e informe (procedimiento separado)	6,00	0,00
88	92065	Ejercicios ortópticos y/o pleoópticos con dirección y evaluación médica continua	4,00	0,00
89	92071	Ajuste de lente de contacto por enfermedad de la superficie ocular	1,08	0,00
90	92072	Ajuste de lente de contacto para manejo de queratocono, ajuste inicial	3,82	0,00
91	92081	Examen de cambios visuales, uni o bilateral, incluye la interpretación e informe; examen limitado (tamizaje tangencial, autoploteo, perímetro de arco, o prueba automatizada de estímulo único, tal como Octopus 3 o equivalente 7) / Estudio de Campo Visual - Campimetría y/o perimetría limitada, uni o bilateral. Incluye la interpretación e informe.	5,50	0,00
92	92082	Examen de cambios visuales, uni o bilateral, incluye la interpretación e informe; examen intermedio (ej al menos 2 isopteras en el perímetro de Goldmann, o programa de tamizaje semicuantitativo, automatizado de supraumbrales, prueba de diagnóstico automático de supraumbrales de Humphrey, Octopus programa 33) / Estudio de Campo Visual - Campimetría y/o perimetría de nivel intermedio, uni o bilateral, incluye la interpretación e informe	7,50	0,00
93	92083	Examen de cambios visuales, uni o bilateral, incluye la	10,00	0,00

		interpretación e informe; examen extendido (ej campos visuales de Goldmann con al menos 3 isopteras graficados y determinación estática dentro del 30[DEG] o perimetría umbral automatizada, Octopus programa G1, 32 o 42., analizador de campos visuales Humphrey con programas umbrales completos 30-2, 24-2 ó 30/60-2) / Estudio de Campo Visual - Campimetría y/o perimetría completa, uni o bilateral, incluye la interpretación e informe		
94	92100	Tonometría en serie (procedimiento separado) con múltiples mediciones de presión intraocular durante un período de tiempo prolongado con interpretación e informe, el mismo día (por ejemplo, curva diurna o tratamiento médico de elevación aguda de la presión intraocular)	4,00	0,00
95	92132	Obtención de imágenes computarizadas diagnósticas de ojo, segmento anterior, con interpretación y reporte, unilateral o bilateral TOMOGRAFÍA DEL SEGMENTO ANTERIOR (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	4,20	0,00
96	92133	Obtención de imágenes computarizadas diagnósticas de ojo, segmento posterior, con interpretación y reporte, unilateral o bilateral; nervio óptico TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DEL SEGMENTO POSTERIOR (NERVIO ÓPTICO) (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	5,80	0,00
97	92134	Obtención de imágenes computarizadas diagnósticas de ojo, segmento posterior, con interpretación y reporte, unilateral o bilateral; retina TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DEL SEGMENTO POSTERIOR (MÁCULA) (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	5,80	0,00
98	92136	Biometría oftálmica mediante interferometría de coherencia parcial con cálculo del poder de un lente intraocular	6,90	0,00
99	92145	Determinación de histeresis corneal, por estimulación con impulso de aire, uni o bilateral, con interpretación y reporte	0,52	0,00
100	92225	Oftalmoscopia extendida con dibujo retinal (P. ej., por desprendimiento de la retina, melanoma), incluye interpretación e informe, inicial	8,00	4,00
101	92226	Oftalmoscopia extendida con dibujo retinal (P. ej., por desprendimiento de la retina, melanoma), incluye interpretación e informe, subsiguiente	7,00	5,00
102	92227	Obtención de imágenes remotas para la detección de enfermedad de retina (p.ej. Retinopatía en paciente diabético) con análisis y reporte bajo supervisión médica, unilateral o bilateral	2,30	0,00
103	92228	Imagen remota para el monitoreo y manejo de la enfermedad retiniana activa (p. Ej., Retinopatía diabética) con revisión, interpretación e informe médico, unilateral o bilateral	3,50	0,00
104	92230	Angioscopia con fluoresceína con interpretación e informe	20,00	5,00
105	92235	Angiografía con fluoresceína (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	12,00	5,00
106	92240	Angiografía con verde de indocianina (incluye imágenes múltiples) con interpretación e informe	14,00	5,00
107	92242	La angiografía con fluoresceína y la angiografía con verde de indocianina (incluye imágenes de múltiples cuadros) realizadas en el mismo encuentro con el paciente con interpretación e informe, unilateral o bilateral	6,41	0,00
108	92250	Fotografía de fondo con interpretación y reporte	13,00	4,00
109	92260	Oftalmodinamometría	11,00	5,00
110	92265	Oculoelectromiografía de aguja, uno o varios músculos extraoculares, en uno o ambos ojos, con interpretación e informe	15,00	5,00
111	92270	Electrooculografía con interpretación e informe	15,00	5,00

112	92275	Electrorretinografía con interpretación e informe	15,00	5,00
113	92283	Examen de visión a color, extendido, ej anomaloscopia o equivalente	7,00	5,00
114	92284	Examen de adaptación a la oscuridad con interpretación e informe	6,00	5,00
115	92285	Fotografía ocular externa con interpretación e informe para documentación de progreso médico	2,50	5,00
116	92286	Imagen del segmento anterior con interpretación e informe; con microscopía especular y análisis de células endoteliales	13,00	5,00
117	92287	Imagen del segmento anterior con interpretación e informe; con angiografía con fluoresceína	12,00	5,00
118	92310	Prescripción de características ópticas y físicas, así como prueba de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación; lentes corneales, ambos ojos, se excluye la afaquia.	24,00	0,00
119	92311	Prescripción de características ópticas y físicas, así como prueba de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación; lentes corneales, para afaquia, 1 ojo	26,00	0,00
120	92312	Prescripción de características ópticas y físicas, así como prueba de lentes de contacto, con supervisión médica de la adaptación; lentes corneales, para afaquia, ambos ojos	28,00	0,00
121	92313	Prescripción de características ópticas y físicas, y prueba de lentes corneoesclerales, con supervisión médica de la adaptación.	28,00	0,00
122	92314	Prescripción de características ópticas y físicas, y prueba de lentes corneales con supervisión médica de la adaptación y ajuste realizados por un tecnico independiente; en ambos ojos, excluyendo casos de afaquia.	17,00	0,00
123	92315	Prescripción de características ópticas y físicas de lentes de contacto, con supervisión médica de adaptación y dirección de ajuste por un técnico independiente; lente corneal para afaquia, 1 ojo	19,00	0,00
124	92316	Prescripción de características ópticas y físicas de lentes de contacto, con supervisión médica de adaptación y dirección de ajuste por un técnico independiente; lente corneal para afaquia, ambos ojos	21,00	0,00
125	92317	Prescripción de características ópticas y físicas de lentes de contacto, con supervisión médica de adaptación y dirección de ajuste por un técnico independiente; lente corneoescleral	23,00	0,00
126	92325	Modificación de lentes de contacto (procedimiento separado), con supervisión médica de adaptación	7,00	0,00
127	92326	Reemplazo de lentes de contacto	8,00	0,00
128	92340	Adaptación de anteojos, exceptuando afaquia; monofocal	5,00	0,00
129	92341	Adaptación de anteojos, exceptuando afaquia; bifocal	6,00	0,00
130	92342	Adaptación de anteojos, exceptuando afaquia; multifocal, diferente de bifocal	6,20	0,00
131	92352	Adaptación de anteojos por afaquia; monofocal	6,00	0,00
132	92353	Adaptación de anteojos por afaquia; multifocal	6,20	0,00
133	92354	Adaptación de ayuda para visión baja de un solo elemento	6,00	0,00
134	92355	Adaptación de ayuda para visión baja con sistema telescópico u otro sistema de lentes compuesto	6,50	0,00
135	92358	Provisión de prótesis para afaquia, temporal (descartables o en calidad de préstamo, incluyendo materiales)	14,00	0,00
136	92370	Reparación o adaptación de anteojos, excepto para afaquia	5,00	0,00
137	92371	Reparación o adaptación de anteojos; anteojos protésicos para afaquia	5,20	0,00
138	92499	Servicio o procedimiento oftalmológico no listado	CM	0,00
139	92502	Examen de otorrinolaringología bajo anestesia general	8,00	0,00
140	92504	Microscopía binocular (procedimiento diagnóstico separado)	5,00	0,00

141	92507	Tratamiento de enfermedad del habla, lenguaje, voz, comunicación y/o procesamiento auditivo;	9,00	0,00
142	92508	Tratamiento de enfermedad del habla, lenguaje, voz, comunicación y/o procesamiento auditivo; 2 o mas individuos	4,50	0,00
143	92511	Nasofaringolaringoscopia con endoscopio (procedimiento separado)	12,00	0,00
144	92512	Estudios de función nasal (P. ej., rinomanometría)	6,70	0,00
145	92516	Estudios de función de los nervios faciales (P. ej., electroneuronografía)	7,50	0,00
146	92520	Estudios de función de la laringe (ej prueba aerodinámica, y prueba acústica)	11,00	0,00
147	92521	Evaluación de fluidez del lenguaje (p.ej. Tartamudeo, atropellamiento-taquifemia)	3,17	0,00
148	92522	Evaluación de la producción del sonido del habla (p.ej. Articulación, proceso fonológico, apraxia, disartria);	2,63	0,00
149	92523	Evaluación de la producción del sonido del habla (p.ej. Articulación, proceso fonológico, apraxia,	5,60	0,00
150	92524	Análisis conductual y cualitativo de la voz y resonancia	2,54	0,00
151	92526	Tratamiento de la disfunción de la deglución y/o función oral para la alimentación	2,45	0,00
152	92531	Nistagmo espontáneo, incluyendo la mirada	2,50	0,00
153	92532	Prueba de nistagmo de posición	3,40	0,00
154	92533	Prueba vestibular calórica, cada irrigación (la estimulación binaural, bitérmica constituye cuatro pruebas)	2,00	0,00
155	92534	Prueba de nistagmo optocinético	1,00	0,00
156	92537	Prueba vestibular calórica con registro, bilateral; bitérmico (es decir, un riego tibio y uno frío en cada oído para un total de cuatro riegos)	1,15	0,00
157	92538	Prueba vestibular calórica con registro, bilateral; monotérmica (es decir, un riego en cada oído para un total de dos riegos)	0,59	0,00
158	92540	Evaluación vestibular básica, incluye prueba de nistagmo espontáneo con nistagmo de fijación de la mirada excéntrica, con registro, prueba de nistagmo posicional, mínimo de 4 posiciones, con registro, prueba de nistagmo optocinético, estimulación bidireccional foveal y periférica, con registro y prueba de seguimiento oscilante, con registro	2,92	0,00
159	92541	Prueba de nistagmo espontáneo con registro, incluyendo el nistagmo de mirada y de fijación,	3,50	0,00
160	92542	Prueba de nistagmo de posición con registro, mínimo de 4 posiciones,	4,00	0,00
161	92544	Prueba de nistagmo optocinético, estimulación bidireccional, foveal o periférica, con registro	1,00	0,00
162	92545	Prueba de seguimiento oscilante, con grabación	2,00	0,00
163	92546	Prueba rotacional de eje vertical sinusoidal	5,00	0,00
164	92547	Empleo de electrodos verticales (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	2,20	0,00
165	92548	Posturografía dinámica computarizada	9,00	0,00
166	92550	Timpanometría y medición de umbrales reflejos	0,61	0,00
167	92551	Prueba de tamizaje, evaluación tonos puros, transmitidas por el aire	3,50	0,00
168	92552	Audiometría de tonos puros (umbral); transmitidos por aire solamente	3,50	0,00
169	92553	Audiometría de tonos puros transmitidos por aire y hueso	5,00	0,00
170	92555	Umbral de audiometría para el habla	2,50	0,00
171	92556	Umbral de audiometría con reconocimiento del habla	5,00	0,00
172	92557	Evaluación completa del umbral de audiometría y reconocimiento del habla (combinación de 92553y 92556)	11,00	0,00
173	92558	Emisiones otoacústicas evocadas, tamizaje (medición cualitativa de producto de distorsión o emisiones otoacústicas)	0,28	0,00

		evocadas transitorias), análisis automatizado		
174	92559	Pruebas audiométricas de grupos	3,50	0,00
175	92560	Audiometría de Bekesy de tipo tamizaje	2,00	0,00
176	92561	Audiometría de Bekesy; diagnóstica	4,00	0,00
177	92562	Prueba de balance del volumen, binaural alternada o monoaural	1,50	0,00
178	92563	Prueba de decaimiento del tono	1,50	0,00
179	92564	Índice de sensibilidad a los incrementos breves (SISI)	1,50	0,00
180	92565	Prueba de Stenger, tonos puros	1,50	0,00
181	92567	Timpanometría (prueba de impedancia)	2,50	0,00
182	92568	Prueba de reflejo acústico	2,00	0,00
183	92570	Prueba de inmitancia acústica, incluye timpanometría (prueba de impedancia), prueba de umbral de reflejo acústico, y prueba de disminución de reflejo acústico	4,00	0,00
184	92571	Prueba de habla filtrada	1,50	0,00
185	92572	Prueba de palabras espondeicas alternadas	1,60	0,00
186	92575	Prueba de nivel de agudeza neurosensorial	1,66	0,00
187	92576	Prueba de identificación de oraciones sintéticas	1,60	0,00
188	92577	Prueba de Stenger, habla	1,60	0,00
189	92579	Audiometría de refuerzo visual (VRA)	7,00	0,00
190	92582	Audiometría de condicionamiento por juego	3,00	0,00
191	92583	Audiometría de cuadro seleccionado	3,00	0,00
192	92584	Electrococleografía	13,50	5,00
193	92585	Potenciales evocados auditivos para audiometría de respuesta evocada y / o pruebas del sistema nervioso central; exhaustivo	6,00	0,00
194	92586	Potenciales evocados auditivos limitados para la audiometría de respuestas evocadas y/o pruebas	5,00	0,00
195	92587	Emisiones otoacústicas evocadas por productos distorsionados (DPOAE); evaluación limitada	3,00	0,00
196	92588	Emisiones otoacústicas evocadas por productos distorsionados (DPOAE); evaluación diagnóstica	5,00	0,00
197	92590	Examen y selección de audífono; monoaural	11,00	0,00
198	92591	Examen y selección de audífono; binaural	16,50	0,00
199	92592	Revisión de audífono; monoaural	4,00	0,00
200	92593	Revisión de audífono; binaural	6,00	0,00
201	92594	Evaluación electroacústica para audífono; monoaural	4,00	0,00
202	92595	Evaluación electroacústica para audífono; binaural	6,00	0,00
203	92596	Mediciones de atenuación de protector de oídos	6,00	0,00
204	92597	Evaluación para el uso y/o adecuación del dispositivo protésico de voz para reforzar el habla	21,00	0,00
205	92601	Análisis diagnóstico de implante coclear, paciente menor de 7 años de edad, con programación.	17,70	0,00
206	92602	Análisis diagnóstico de implante coclear, paciente menor de 7 años de edad, reprogramación	12,30	0,00
207	92603	Análisis diagnóstico de implante coclear, paciente de 7 años de edad o más, con programación.	11,70	0,00
208	92604	Análisis diagnóstico de implante coclear, paciente de 7 años de edad o más, reprogramación	7,80	0,00
209	92605	Evaluación para la prescripción de un dispositivo de comunicación alternativa o amplificadora que no produce voz, cara a cara con el paciente; primera hora	7,80	0,00
210	92606	Servicios terapéuticos para el uso de un dispositivo de comunicación que no produce voz, incluyendo programación y modificación	7,80	0,00
211	92607	Evaluación para la prescripción de un dispositivo de comunicación alternativa o amplificadora que genera voz; cara a cara con el paciente; primera hora	16,60	0,00
212	92608	Evaluación para la prescripción de un dispositivo de comunicación aumentativo y alternativo generador de habla,	3,60	0,00

		cara a cara con el paciente; cada 30 minutos adicionales (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)		
213	92609	Servicios terapéuticos para el uso de dispositivos generadores de voz, incluyendo programación y modificación.	8,30	0,00
214	92610	Evaluación de la función de deglución a nivel oral y faríngea	17,50	0,00
215	92611	Evaluación fluoroscópica del movimiento durante la deglución mediante cinematografía o grabación de video	17,50	0,00
216	92612	Evaluación endoscópica flexible de la deglución mediante grabación de cine o video	12,00	0,00
217	92613	Evaluación endoscópica flexible de la deglución mediante grabación de cine o video; interpretación e informe solamente	6,00	0,00
218	92614	Evaluación endoscópica flexible de fibra óptica con prueba sensorial laríngea por cinematografía o grabación de video	12,00	0,00
219	92615	Evaluación endoscópica flexible de fibra óptica con prueba sensorial laríngea por cinematografía o grabación de video, interpretación e informe del médico solamente	6,00	0,00
220	92616	Evaluación endoscópica flexible de deglución y pruebas sensoriales laríngeas mediante grabación de cine o video	16,00	0,00
221	92617	Evaluación endoscópica flexible de fibra óptica de prueba sensorial laríngea y de deglución	8,00	0,00
222	92618	Evaluación para la prescripción de dispositivos de comunicación aumentativos y alternativos no generadores de habla, cara a cara con el paciente; cada 30 minutos adicionales (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0,96	0,00
223	92620	Evaluación de la función auditiva central, con informe; primeros 60 minutos	10,30	0,00
224	92621	Evaluación de la función auditiva central, con informe; cada 15 minutos adicionales (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	2,70	0,00
225	92625	Evaluación de tinnitus (incluye tono, volumen y enmascaramiento)	10,10	0,00
226	92626	Evaluación del nivel de rehabilitación auditiva; primera hora	13,00	0,00
227	92627	Evaluación del estado de rehabilitación auditiva; cada 15 minutos adicionales (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	4,00	0,00
228	92630	Rehabilitación auditiva para pacientes con pérdida de audición prelingual	CM	0,00
229	92633	Rehabilitación auditiva para pacientes con pérdida de audición postlingual	CM	0,00
230	92640	Análisis diagnóstico con programación de implante auditivo en tronco cerebral, por hora	9,00	0,00
231	92700	Servicio o procedimiento otorrinolaringológico no listado	CM	0,00
232	92920	Angioplastia coronaria percutánea transluminal; arteria coronaria mayor o rama, única	16,45	0,00
233	92921	Angioplastia Coronaria Transluminal percutánea; cada rama adicional de una arteria coronaria mayor (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	8,22	0,00
234	92924	Aterectomía coronaria transluminal percutánea, con angioplastia coronaria cuando se realiza; sola arteria coronaria mayor o rama	19,65	0,00
235	92925	Aterectomía coronaria transluminal percutánea, con angioplastia coronaria cuando se realiza; cada rama adicional de una arteria coronaria mayor (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	9,32	0,00
236	92928	Colocación percutánea transcáteter de stent (s) intracoronario, con angioplastia coronaria cuando se realiza; sola arteria coronaria mayor o rama	18,32	0,00

237	92929	Colocación percutánea transcáteter de stent (s) intracoronario, con angioplastia coronaria cuando se realiza; cada rama adicional de una arteria coronaria mayor (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	9,18	0,00
238	92933	Aterectomía coronaria transluminal percutánea, con stent intracoronario, con angioplastia coronaria cuando se realiza; sola arteria coronaria mayor o rama	20,55	0,00
239	92934	Aterectomía coronaria transluminal percutánea, con stent intracoronario, con angioplastia coronaria cuando se realiza; cada rama adicional de una arteria coronaria mayor (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	10,26	0,00
240	92937	Revascularización transluminal percutánea de o mediante injerto de revascularización coronaria (mamaria interna, arterial libre, venosa), cualquier combinación de stent intracoronario, aterectomía y angioplastia, incluida la protección distal cuando se realiza; solo recipiente	18,31	0,00
241	92938	Revascularización transluminal percutánea de o mediante injerto de revascularización coronaria (mamaria interna, arterial libre, venosa), cualquier combinación de stent intracoronario, aterectomía y angioplastia, incluida la protección distal cuando se realiza; cada rama adicional subtendida por el injerto de derivación (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	9,18	0,00
242	92941	Revascularización transluminal percutánea de oclusión aguda total / subtotal durante infarto agudo de miocardio, arteria coronaria o bypass de arteria coronaria, cualquier combinación de stent intracoronario, aterectomía y angioplastia, incluida la trombectomía por aspiración cuando se realiza, vaso único	20,59	0,00
243	92943	Revascularización transluminal percutánea de oclusión total crónica, arteria coronaria, rama de la arteria coronaria o derivación de la arteria coronaria, cualquier combinación de stent intracoronario, aterectomía y angioplastia; solo recipiente (vaso unico)	20,57	0,00
244	92944	Revascularización transluminal percutánea de oclusión total crónica, arteria coronaria, rama de la arteria coronaria o derivación de la arteria coronaria, cualquier combinación de stent intracoronario, aterectomía y angioplastia; cada arteria coronaria adicional, rama de la arteria coronaria o injerto de derivación (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	10,27	0,00
245	92950	Reanimación cardiopulmonar (P. ej., en paro cardiaco)	37,00	0,00
246	92953	Marcapasos transcatétero temporal	55,00	0,00
247	92960	Cardioversión electiva, conversión eléctrica de la arritmia, externa	50,00	4,00
248	92961	Cardioversión electiva, conversión eléctrica de la arritmia, interna (procedimiento separado)	60,00	12,00
249	92970	Método cardioista de asistencia circulatoria; interno	36,50	0,00
250	92971	Método cardioista de asistencia circulatoria; externo	14,00	0,00
251	92973	Trombectomía coronaria transluminal percutanea. Registrar por separado adicionalmente al codigo del procedimiento primario	43,40	0,00
252	92974	Colocacion transcáteter de dispositivo para radiación que se usará en braquiterapia intravascular coronaria. Registrar por separado adicionalmente al codigo del procedimiento primario	49,00	0,00
253	92975	Trombolisis coronaria; por infusión intracoronaria, incluyendo la angiografía coronaria selectiva	93,00	7,00

254	92977	Trombolisis coronaria; por infusión intravenosa	83,00	7,00
255	92978	Ultrasonido intravascular (vaso o injerto coronarios) durante la intervención terapéutica, incluyendo la supervisión, interpretación e informe de las imágenes; vaso inicial (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	60,00	0,00
256	92979	Ultrasonido intravascular (vaso o injerto coronarios) durante la intervención terapéutica, incluyendo la supervisión, interpretación e informe de las imágenes; cada vaso adicional (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	30,00	0,00
257	92986	Valvuloplastia percutánea de balón; válvula aórtica	559,00	10,00
258	92987	Valvuloplastia percutánea de balón; válvula mitral	455,00	10,00
259	92990	Valvuloplastia percutánea de balón; válvula pulmonar	468,00	10,00
260	92992	Septectomía auricular o septostomía; método transvenoso, balón (p. ej., tipo Rashkind) (incluye cateterismo cardíaco)	630,00	7,00
261	92993	Septectomía auricular o septostomía; método de la cuchilla (septostomía de estacionamiento) (incluye cateterismo cardíaco)	669,50	7,00
262	92997	Angioplastia percutánea transluminal con balón de la arteria pulmonar; un solo vaso	209,00	7,00
263	92998	Angioplastia percutánea transluminal con balón de la arteria pulmonar; cada vaso adicional (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	80,00	7,00
264	93000	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; con interpretación e informe	7,80	0,00
265	93005	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; trazado solamente, sin interpretación e informe	4,00	0,00
266	93010	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; interpretación e informe solamente	4,50	0,00
267	93015	Prueba de esfuerzo cardiovascular utilizando cinta de correr máxima o submáxima o ejercicio en bicicleta, monitoreo electrocardiográfico continuo y / o estrés farmacológico; con supervisión, interpretación e informe	37,00	0,00
268	93016	Prueba de esfuerzo ("stress") cardiovascular máximo o submáximo en banda rodante o en bicicleta, control electrocardiográfico continuo, y/o estímulo farmacológico; supervisión médica solamente, sin interpretación e informe	10,00	0,00
269	93017	Prueba de esfuerzo ("stress") cardiovascular máximo o submáximo en banda rodante o en bicicleta, control electrocardiográfico continuo, y/o estímulo farmacológico; trazado solamente,	19,00	0,00
270	93018	Prueba de esfuerzo ("stress") cardiovascular máximo o submáximo en banda rodante o en bicicleta, control electrocardiográfico continuo, y/o estímulo farmacológico; interpretación e informe solamente	8,00	0,00
271	93024	Prueba de provocación con ergonovina	14,00	0,00
272	93025	Prueba alternante de microvoltaje de onda T para evaluación de las arritmias ventriculares	8,00	0,00
273	93040	Ritmo de ECG, uno a tres derivaciones; con interpretación e informe	5,00	0,00
274	93041	Ritmo de ECG, uno a tres derivaciones; trazado solamente sin interpretación e informe	3,00	0,00
275	93042	Ritmo de ECG, uno a tres derivaciones; interpretación e informe solamente	4,00	0,00
276	93050	El análisis de la forma de onda de la presión arterial para la evaluación de las presiones arteriales centrales, incluye la obtención de formas de onda, digitalización y aplicación de transformaciones matemáticas no lineales para determinar las presiones arteriales centrales y el índice de aumento, con	0,51	0,00

		interpretación e informe, arteria de la extremidad superior, no invasiva		
277	93224	Registro electrocardiográfico externo hasta 48 horas mediante registro y almacenamiento continuo; incluye registro, análisis del registro con reporte, revisión e interpretación por médico u otro profesional de la salud calificado / Registro Electrocardiografico externo (monitoreo Holter) de 24 horas	40,00	0,00
278	93225	Registro electrocardiográfico externo hasta 48 horas mediante registro y almacenamiento continuo; registro (incluye la conexión, registro y desconexión) / Registro Electrocardiografico externo (monitoreo Holter) de 48 horas	15,50	0,00
279	93226	Registro electrocardiográfico externo hasta 48 horas mediante registro y almacenamiento continuo; análisis del registro con informe	12,50	0,00
280	93227	Registro electrocardiográfico externo hasta 48 horas mediante registro y almacenamiento continuo; revisión e interpretación por médico u otro profesional de la salud calificado	17,00	0,00
281	93228	Telemetría cardiovascular móvil externa con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados simultáneos en tiempo real y más de 24 horas de almacenamiento de datos de ECG accesible (recuperable con consulta) con eventos activados por ECG y eventos seleccionados por el paciente transmitidos a un centro de vigilancia remota atendido por hasta 30 días; revisión e interpretación con el informe de un médico u otro profesional de la salud calificado	0,75	0,00
282	93229	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos	20,31	0,00
283	93260	Programación de la evaluación del dispositivo (en persona) con ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar la función del dispositivo y seleccionar valores programados permanentes óptimos con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado; sistema de desfibrilador de plomo subcutáneo implantable	1,86	0,00
284	93261	La evaluación del dispositivo de interrogación (en persona) con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado, incluye conexión, registro y desconexión por encuentro con el paciente; sistema de desfibrilador de plomo subcutáneo implantable	1,71	0,00
285	93268	Grabación de eventos derivados del ritmo electrocardiográfico autoactivado con paciente externo y, cuando se realiza, con un bucle de memoria relacionado con síntomas con capacidad de descarga remota hasta 30 días, monitoreo asistido las 24 horas; incluye transmisión, revisión e interpretación por un médico u otro profesional de la salud calificado	5,78	0,00
286	93270	Grabación de eventos derivados del ritmo electrocardiográfico autoactivado con paciente externo y, cuando se realiza, con un bucle de memoria relacionado con síntomas con capacidad de descarga remota hasta 30 días, monitoreo asistido las 24 horas; grabación (incluye conexión, grabación y desconexión)	8,00	0,00
287	93271	Grabación de eventos derivados del ritmo electrocardiográfico autoactivado con paciente externo y, cuando se realiza, con un bucle de memoria relacionado con los síntomas con capacidad de descarga remota hasta 30 días, monitoreo asistido las 24 horas; transmisión y análisis	15,00	0,00
288	93272	Grabación de eventos derivados del ritmo electrocardiográfico autoactivado con paciente externo y, cuando se realiza, con un bucle de memoria relacionado con los síntomas con capacidad de descarga remota hasta 30 días, monitoreo	5,00	0,00

		asistido las 24 horas; revisión e interpretación por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado		
289	93278	Electrocardiografía con señal promediada (SAECG), con o sin ECG	6,10	0,00
290	93279	Programación de la evaluación del dispositivo (en persona) con ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar la función del dispositivo y seleccionar valores programados permanentes óptimos con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado; sistema de marcapasos de un solo cable o sistema de marcapasos sin cable en una cámara cardíaca	5,00	0,00
291	93280	Programación de la evaluación del dispositivo (en persona) con ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar la función del dispositivo y seleccionar valores programados permanentes óptimos con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado; sistema de marcapasos de doble cable	6,50	0,00
292	93281	Programación de la evaluación del dispositivo (en persona) con ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar la función del dispositivo y seleccionar valores programados permanentes óptimos con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado; sistema de marcapasos múltiple	8,50	0,00
293	93282	Programación de la evaluación del dispositivo (en persona) con ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar la función del dispositivo y seleccionar valores programados permanentes óptimos con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado; sistema desfibrilador implantable transvenoso de un solo cable	7,50	0,00
294	93283	Programación de la evaluación del dispositivo (en persona) con ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar la función del dispositivo y seleccionar valores programados permanentes óptimos con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado; sistema desfibrilador implantable transvenoso de doble derivación	9,80	0,00
295	93284	Programación de la evaluación del dispositivo (en persona) con ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar la función del dispositivo y seleccionar valores programados permanentes óptimos con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado; sistema desfibrilador implantable transvenoso de plomo múltiple	9,00	0,00
296	93285	Programación de la evaluación del dispositivo (en persona) con ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar la función del dispositivo y seleccionar valores programados permanentes óptimos con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado; sistema monitor de ritmo cardíaco subcutáneo	5,00	0,00
297	93286	Evaluación del dispositivo durante el procedimiento (en persona) y programación de los parámetros del sistema del dispositivo antes o después de una cirugía, procedimiento o prueba con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado; sistema de marcapasos principal simple, doble o múltiple, o sistema de marcapasos sin cable	2,50	0,00
298	93287	Evaluación del dispositivo durante el procedimiento (en persona) y programación de los parámetros del sistema del dispositivo antes o después de una cirugía, procedimiento o	4,00	0,00

		prueba con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado; sistema desfibrilador implantable de plomo simple, doble o múltiple		
299	93288	La evaluación del dispositivo de interrogación (en persona) con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado, incluye conexión, registro y desconexión por encuentro con el paciente; sistema de marcapasos principal simple, doble o múltiple, o sistema de marcapasos sin cable	4,00	0,00
300	93289	La evaluación del dispositivo de interrogación (en persona) con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado, incluye conexión, registro y desconexión por encuentro con el paciente; sistema desfibrilador implantable transvenoso de plomo simple, doble o múltiple, incluido el análisis de elementos de datos derivados del ritmo cardíaco	7,00	0,00
301	93290	La evaluación del dispositivo de interrogación (en persona) con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado, incluye conexión, registro y desconexión por encuentro con el paciente; sistema de monitor fisiológico cardiovascular implantable, que incluye el análisis de 1 o más elementos de datos cardiovasculares fisiológicos registrados de todos los sensores internos y externos	3,00	0,00
302	93291	La evaluación del dispositivo de interrogación (en persona) con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado, incluye conexión, registro y desconexión por encuentro con el paciente; sistema de monitorización subcutánea del ritmo cardíaco, incluido el análisis de datos derivados del ritmo cardíaco	4,00	0,00
303	93292	La evaluación del dispositivo de interrogación (en persona) con análisis, revisión e informe por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado, incluye conexión, registro y desconexión por encuentro con el paciente; sistema desfibrilador portátil	4,00	0,00
304	93293	Evaluación de marcapasos de banda de ritmo transtelefónico Sistema de marcapasos de uno, dos o múltiples cables, incluye grabación con y sin aplicación de imán con análisis, revisión e informe (s) por un médico u otro profesional de la salud calificado, hasta 90 días	2,00	0,00
305	93294	Evaluación (es) del dispositivo de interrogación (remoto), hasta 90 días; sistema de marcapasos individual, doble o múltiple, o sistema de marcapasos sin cable con análisis provisionales, revisión (es) e informe (s) por un médico u otro profesional de la salud calificado	6,00	0,00
306	93295	Evaluación (es) del dispositivo de interrogación (remoto), hasta 90 días; Sistema desfibrilador implantable de plomo simple, doble o múltiple con análisis provisionales, revisión (es) e informe (s) por un médico u otro profesional de la salud calificado	10,50	0,00
307	93296	Evaluación (es) del dispositivo de interrogación (remoto), hasta 90 días; sistema de marcapasos individual, doble o múltiple, sistema de marcapasos sin cable o sistema desfibrilador implantable, adquisición (es) remota (s) de datos, recepción de transmisiones y revisión técnica, soporte técnico y distribución de resultados	6,00	0,00
308	93297	Examen (remoto) de dispositivo de evaluación(es), hasta 30 días; sistema de monitoreo cardiovascular, incluyendo análisis de elementos de datos cardiovasculares fisiológicos	4,00	0,00
309	93298	Evaluación (es) del dispositivo de interrogación, (remoto)	4,50	0,00

		hasta 30 días; sistema de monitorización subcutánea del ritmo cardíaco, incluido el análisis de los datos registrados del ritmo cardíaco, análisis, revisión (es) e informe (s) por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado		
310	93299	Examen (remoto) de dispositivo de evaluación(es), hasta 30 días; sistema de monitoreo cardiovascular implantable o sistema de registro de asa implantable, adquisición remota de datos,	CM	0,00
311	93303	Ecocardiografía transtorácica para anomalías cardíacas congénitas; completa	20,00	7,00
312	93304	Ecocardiografía transtorácica para anomalías cardíacas congénitas; seguimiento o estudio limitado	13,00	7,00
313	93306	La ecocardiografía, transtorácica, en tiempo real con documentación de imágenes (2D), incluye grabación en modo M, cuando se realiza, completa, con ecocardiografía Doppler espectral y con ecocardiografía Doppler de flujo de color	25,00	0,00
314	93307	La ecocardiografía, transtorácica, en tiempo real con documentación de imágenes (2D), incluye grabación en modo M, cuando se realiza, completa, sin ecocardiografía Doppler espectral o en color	20,00	0,00
315	93308	La ecocardiografía, transtorácica, en tiempo real con documentación de imágenes (2D), incluye grabación en modo M, cuando se realiza, seguimiento o estudio limitado	13,00	7,00
316	93312	Ecocardiografía transesofágica, en tiempo real con documentación de la imagen (2D), (con o sin registro en modo M); incluye la colocación de la sonda, adquisición de imágenes, interpretación e informe	31,00	0,00
317	93313	Ecocardiografía, transesofágica, en tiempo real con documentación de imagen (2D) (con o sin grabación en modo M); colocación de sonda transesofágica solamente	17,00	7,00
318	93314	Ecocardiografía transesofágica, en tiempo real con documentación de la imagen (2D), (con o sin registro en modo M); adquisición de imágenes, interpretación e informe, solamente	17,00	0,00
319	93315	Ecocardiografía transesofágica para anomalías cardíacas congénitas; incluye la colocación de la sonda, adquisición de imágenes, interpretación e informe	36,00	7,00
320	93316	Ecocardiografía transesofágica para anomalías cardíacas congénitas; colocación de sonda transesofágica solamente	15,00	7,00
321	93317	Ecocardiografía transesofágica para anomalías cardíacas congénitas; adquisición de imágenes,	24,00	7,00
322	93318	Ecocardiografía transesofágica (ETE) para fines de monitoreo, incluida la colocación de sondas, adquisición e interpretación de imágenes bidimensionales en tiempo real que conducen a una evaluación continua (continua) de la función de bombeo cardíaco (cambio dinámico) y a medidas terapéuticas de forma inmediata.	28,30	0,00
323	93320	Ecocardiografía Doppler, onda pulsada y / o onda continua con visualización espectral (enumere por separado además de los códigos para imágenes ecocardiográficas); completa	10,50	0,00
324	93321	Ecocardiografía Doppler, onda pulsada y / o onda continua con visualización espectral (enumere por separado además de los códigos para imágenes ecocardiográficas); seguimiento o estudio limitado (enumere por separado, además de los códigos para imágenes ecocardiográficas)	4,00	0,00
325	93325	Mapeo de velocidad de flujo en colores empleando ecocardiografía Doppler (anotar separadamente además de los códigos para ecocardiografía)	16,20	0,00
326	93350	La ecocardiografía, transtorácica, en tiempo real con documentación de imágenes (2D), incluye grabación en modo	37,00	7,00

		M, cuando se realiza, durante el descanso y la prueba de esfuerzo cardiovascular con cinta de correr, ejercicio en bicicleta y / o estrés inducido farmacológicamente, con interpretación e informe		
327	93351	La ecocardiografía, transtorácica, en tiempo real con documentación de imágenes (2D), incluye grabación en modo M, cuando se realiza, durante el descanso y la prueba de esfuerzo cardiovascular con cinta de correr, ejercicio en bicicleta y / o estrés inducido farmacológicamente, con interpretación e informe; incluyendo la realización de monitoreo electrocardiográfico continuo, con supervisión de un médico u otro profesional de la salud calificado	16,00	0,00
328	93352	Uso de agente de contraste ecocardiográfico durante la ecocardiografía de esfuerzo (registrar por separado además del código para el procedimiento principal)	6,00	0,00
329	93355	Ecocardiografía transesofágica para guiar el reemplazo transcáteter de la válvula pulmonar, con interpretación e informe.	6,61	0,00
330	93451	Cateterismo cardíaco derecho que incluye mediciones de saturación de oxígeno y gasto cardíaco, cuando se realiza	29,60	7,00
331	93452	Cateterización cardíaca izquierda incluyendo inyección(es) intraprocedimental(es) para ventriculografía izquierda, supervisión de imágenes e interpretación, cuando se realice	51,90	7,00
332	93453	Cateterización combinada izquierda y derecha, incluyendo inyección(es) intraprocedimental(es) para ventriculografía izquierda, supervisión de imágenes e interpretación, cuando se realice	68,00	7,00
333	93454	Colocación del catéter en la (s) arteria (s) coronaria (s) para la angiografía coronaria, incluidas las inyecciones intraprocedurales para la angiografía coronaria, supervisión e interpretación de imágenes	52,30	7,00
334	93455	Colocación del catéter en la (s) arteria (s) coronaria (s) para la angiografía coronaria, incluidas las inyecciones intraprocedurales para la angiografía coronaria, supervisión e interpretación de imágenes; con colocación de catéter (s) en injerto (s) de derivación (mamaria interna, arteria libre, injertos venosos) incluyendo inyección (s) intraprocedural para angiografía de injerto de derivación	60,30	7,00
335	93456	Colocación del catéter en la (s) arteria (s) coronaria (s) para la angiografía coronaria, incluidas las inyecciones intraprocedurales para la angiografía coronaria, supervisión e interpretación de imágenes; con cateterismo del corazón derecho	67,00	7,00
336	93457	Colocación de catéter en arteria(s) coronaria(s) para angiografía coronaria, incluyendo inyección(es) intraprocedimental(es) para angiografía coronaria, supervisión de imágenes e interpretación; con colocación de catéter(es) en injerto(s) de bypass (mamaria interna, injerto(s))	75,00	7,00
337	93458	Colocación del catéter en la (s) arteria (s) coronaria (s) para la angiografía coronaria, incluidas las inyecciones intraprocedurales para la angiografía coronaria, supervisión e interpretación de imágenes; con cateterismo cardíaco izquierdo que incluye inyecciones intraprocedurales para ventriculografía izquierda, cuando se realiza	63,80	7,00
338	93459	Colocación del catéter en la (s) arteria (s) coronaria (s) para la angiografía coronaria, incluidas las inyecciones intraprocedurales para la angiografía coronaria, supervisión e interpretación de imágenes; con cateterismo cardíaco izquierdo que incluye inyección (s) intraprocedural para ventriculografía izquierda, cuando se realiza, colocación (s) de	71,80	7,00

		catéter en injerto (s) de derivación (mamario interno, arteria libre, injertos venosos) con angiografía de injerto de derivación		
339	93460	Colocación del catéter en la (s) arteria (s) coronaria (s) para la angiografía coronaria, incluidas las inyecciones intraprocedurales para la angiografía coronaria, supervisión e interpretación de imágenes; con cateterismo cardíaco derecho e izquierdo que incluye inyección (s) intraprocedural para ventriculografía izquierda, cuando se realiza	80,00	7,00
340	93461	Colocación del catéter en la (s) arteria (s) coronaria (s) para la angiografía coronaria, incluidas las inyecciones intraprocedurales para la angiografía coronaria, supervisión e interpretación de imágenes; con cateterismo cardíaco derecho e izquierdo que incluye inyección (s) intraprocedural para ventriculografía izquierda, cuando se realiza, colocación (s) de catéter en injerto (s) de derivación (mamario interno, arteria libre, injertos venosos) con angiografía de injerto de derivación	88,30	7,00
341	93462	Cateterismo del corazón izquierdo por punción transeptal a través del tabique intacto o por punción transapical (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	40,70	7,00
342	93463	Administración de agente farmacológico (p.ej. Óxido nítrico inhalado, infusión intravenosa de nitroprusiato, dobutamina, milrinona, u otro agente), incluyendo mediciones hemodinámicas	21,50	7,00
343	93464	Estudio de ejercicio fisiológico (p. Ej., Ergometría en bicicleta o brazo), incluida la evaluación de mediciones hemodinámicas antes y después (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	19,00	7,00
344	93503	Inserción y colocación de catéter de flujo dirigido (P. ej., Swan-Ganz) para fines de control	52,00	4,00
345	93505	Biopsia de endomiocardio	65,00	7,00
346	93530	Cateterización del corazón derecho, para anomalías cardíacas congénitas	64,00	7,00
347	93531	Cateterización del corazón derecho y Cateterización retrógrada del corazón izquierdo combinadas, para anomalías cardíacas congénitas	112,00	0,00
348	93532	Cateterización del corazón derecho y Cateterización transeptal del corazón izquierdo combinadas a través del tabique intacto con o sin Cateterización retrógrada del corazón izquierdo, para anomalías cardíacas congénitas	140,00	0,00
349	93533	Cateterización del corazón derecho y Cateterización transeptal del corazón izquierdo combinadas a través de abertura existente del tabique, con o sin Cateterización retrógrada del corazón	78,00	7,00
350	93561	Los estudios de dilución de indicador tales como la dilución térmica o con colorantes, incluyendo la Cateterización arterial y/o venosa; con medición del gasto cardíaco (procedimiento separado)	23,00	0,00
351	93562	Los estudios de dilución de indicador tales como la dilución térmica o con colorantes, incluyendo la Cateterización arterial y/o venosa; medición subsiguiente del gasto cardíaco	10,00	0,00
352	93563	Procedimiento de inyección durante cateterización cardíaca, incluyendo supervisión e interpretación de imágenes, y reporte; para angiografía coronaria selectiva durante cateterización	11,20	5,00
353	93564	Procedimiento de inyección durante cateterización cardíaca, incluyendo supervisión e interpretación de imágenes, y reporte; para opacificación selectiva de injerto de bypass	11,40	5,00

		venoso		
354	93565	Procedimiento de inyección durante la cateterización cardiaca, incluyendo supervisión, interpretación y reporte de imágenes; para angiografía ventricular izquierda selectiva o auricular	8,70	5,00
355	93566	Procedimiento de inyección durante la cateterización cardiaca, incluyendo supervisión, interpretación y reporte de imágenes; para angiografía ventricular derecha selectiva o auricular derecha (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	8,70	5,00
356	93567	Procedimiento de inyección durante la cateterización cardiaca, incluyendo supervisión, interpretación y reporte de imágenes; para aortografía supravavular (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	9,70	5,00
357	93568	Procedimiento de inyección durante la cateterización cardiaca, incluyendo supervisión, interpretación y reporte de imágenes; para angiografía pulmonar (registrar separadamente en adición al código primario)	8,90	5,00
358	93571	Medición de la reserva de flujo coronario derivada de la presión Doppler intravascular y / o presión (vaso coronario o injerto) durante la angiografía coronaria, incluido el estrés inducido farmacológicamente; recipiente inicial (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	20,00	7,00
359	93572	Medición de la reserva de flujo coronario derivada de la presión Doppler intravascular y / o presión (vaso coronario o injerto) durante la angiografía coronaria, incluido el estrés inducido farmacológicamente; cada recipiente adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	16,00	0,00
360	93580	Cierre percutáneo transcatéter de comunicación interauricular congénita (es decir, fenestración de Fontan, comunicación interauricular) con implante	60,00	5,00
361	93581	Cierre transcatéter percutáneo de un defecto de septum ventricular con implante	90,00	5,00
362	93582	Cierre percutáneo transcatéter de ductus arterioso persistente	90,00	5,00
363	93583	Terapia percutánea transcatéter de reducción septal (p.ej. Ablación septal con alcohol), incluyendo inserción de marcapasos temporal, cuando se realice	22,92	5,00
364	93590	Cierre percutáneo transcatéter de fuga paravalvular; dispositivo de oclusión inicial, válvula mitral	36,87	0,00
365	93591	Cierre percutáneo transcatéter de fuga paravalvular; dispositivo de oclusión inicial, válvula aórtica	30,60	0,00
366	93592	Cierre percutáneo transcatéter de fuga paravalvular; cada dispositivo de oclusión adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	13,49	0,00
367	93600	Registro de haz de His	28,00	0,00
368	93602	Registro intraauricular	28,00	0,00
369	93603	Registro de ventrículo derecho	28,00	0,00
370	93609	Mapeo intraventricular y/o intra-auricular de sitios de taquicardia con manipulación de catéter	43,00	0,00
371	93610	Marcapasos intraauricular	28,00	10,00
372	93612	Marcapasos intraventricular	28,00	10,00
373	93613	Mapeo tridimensional electrofisiológico intracardiaco (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	92,80	5,00
374	93615	Registro esofágico de electrograma auricular con o sin electrogramas ventriculares;	7,00	0,00
375	93616	Registro esofágico de electrograma auricular con o sin electrogramas ventriculares; con marcapasos	13,00	10,00
376	93618	Inducción de arritmia mediante marcapasos eléctrico	50,00	0,00

377	93619	Evaluación electrofisiológica completa con marcapasos y registro de la aurícula	150,00	10,00
378	93620	Evaluación electrofisiológica exhaustiva incluyendo inserción y reposicionamiento de múltiples	200,00	10,00
379	93621	Evaluación electrofisiológica exhaustiva incluyendo inserción y reposicionamiento de múltiples	230,00	0,00
380	93622	Evaluación electrofisiológica completa incluyendo inserción y reposicionamiento de múltiples	230,00	0,00
381	93623	Estimulación y estimulación programadas después de la infusión de drogas intravenosas (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	80,00	0,00
382	93624	Estudio de seguimiento electrofisiológico con estimulación y registro para evaluar la efectividad de la terapia, incluida la inducción o intento de inducción de arritmia	80,00	0,00
383	93631	Estimulación y mapeo intraoperatorio epicárdico y endocárdico para localizar el sitio de taquicardia o zona de conducción lenta para corrección quirúrgica	110,00	10,00
384	93640	Evaluación electrofisiológica de cables de desfibrilador cardioversor de estimulación de cámara única o doble, incluida la evaluación del umbral de desfibrilación (inducción de arritmia, evaluación de la detección y estimulación para la terminación de la arritmia) en el momento de la implantación o reemplazo inicial	70,00	0,00
385	93641	Evaluación electrofisiológica de cables de desfibrilador cardioversor de estimulación de cámara única o doble, incluida la evaluación del umbral de desfibrilación (inducción de arritmia, evaluación de la detección y estimulación para la terminación de la arritmia) en el momento de la implantación o reemplazo inicial; con prueba de generador de impulsos de desfibrilador cardioversor de estimulación de cámara única o doble	125,00	0,00
386	93642	Evaluación electrofisiológica del desfibrilador cardioversor de estimulación transvenosa de una o dos cámaras (incluye evaluación del umbral de desfibrilación, inducción de arritmia, evaluación de la detección y estimulación para la terminación de la arritmia, y programación o reprogramación de la detección o parámetros terapéuticos)	85,00	10,00
387	93644	Evaluación electrofisiológica del desfibrilador implantable subcutáneo (incluye la evaluación del umbral de desfibrilación, la inducción de arritmia, la evaluación de la detección de la terminación de la arritmia y la programación o reprogramación de la detección o parámetros terapéuticos)	6,23	0,00
388	93650	Ablación intracardiaca por catéter de función de nodo auriculoventricular, para creación de un bloqueo cardiaco completo, con o sin colocación temporaria de marcapasos	180,00	10,00
389	93653	Evaluación electrofisiológica exhaustiva, incluyendo inserción y reposicionamiento de catéteres electrodos múltiples con inducción o intento de inducción de arritmia con marcapasos auricular derecho y con registro, estimulación ventricular derecha y registro (cuando sea necesario), y registro de haz de His (cuando sea necesario) con ablación de foco arritmogénico con catéter	25,81	5,00
390	93654	Evaluación electrofisiológica integral que incluye la inserción y el reposicionamiento de catéteres de electrodos múltiples con inducción o intento de inducción de una arritmia con estimulación y registro de la aurícula derecha, estimulación y registro del ventrículo derecho (cuando sea necesario), y registro del haz de His (cuando sea necesario) con ablación por catéter intracardiaco de arritmogénico atención; con tratamiento de taquicardia ventricular o foco de ectopia	34,57	5,00

		ventricular incluyendo mapeo 3D electrofisiológico intracardiaco, cuando se realiza, y estimulación y registro del ventrículo izquierdo, cuando se realiza		
391	93655	Ablación intracardiaca por catéter de mecanismo discreto de arritmia que es diferente de mecanismo primariamente erradicado, incluyendo maniobras diagnósticas repetidas, para tratar arritmia espontánea o inducida (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	13,16	5,00
392	93656	Evaluación electrofisiológica exhaustiva incluyendo cateterizaciones transpectales, inserción y reposicionamiento de catéteres electrodos múltiples con inducción o intento de inducción de arritmia, incluyendo estimulación/registro en aurícula izquierda o derecha cuando sea necesario,	34,68	5,00
393	93657	Ablación mediante catéter intracardiaco de tipo lineal o focal adicional de la aurícula izquierda o derecha para el tratamiento de remanente de fibrilación auricular luego de completar aislamiento de vena pulmonar (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	13,13	10,00
394	93660	Evaluación de la función cardiovascular por evaluación de tabla de oscilación, con control continuo por ECG y control intermitente de la presión arterial, con o sin intervención farmacológica	30,00	0,00
395	93662	Ecocardiografía intracardiaca durante intervencion diagnostica/terapeutica, incluyendo supervisión e interpretacion de imágenes (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	28,00	0,00
396	93668	Rehabilitación de enfermedad arterial periférica, por sesión	3,00	0,00
397	93701	Análisis fisiológico cardiovascular derivado por bioimpedancia	2,70	0,00
398	93702	Espectroscopía de bioimpedancia (BIS), análisis de líquido extracelular para evaluación (es) de linfedema	0,00	0,00
399	93724	Análisis electrónico de sistema de marcapasos antitaquicardia (incluye el registro electrocardiográfico, programación del dispositivo, inducción y terminación de la taquicardia a través del marcapasos implantado y la interpretación de los registros)	70,00	0,00
400	93740	Estudios de gradiente de temperatura	9,00	0,00
401	93745	La configuración inicial y la programación por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado del desfibrilador cardioversor portátil incluye la programación inicial del sistema, el establecimiento de un ECG electrónico de referencia, la transmisión de datos al repositorio de datos, la instrucción del paciente sobre el uso del sistema y el informe del paciente de problemas o eventos.	0,00	0,00
402	93750	Interrogatorio del dispositivo de asistencia ventricular (VAD), en persona, con un médico u otro profesional de la salud calificado, análisis de los parámetros del dispositivo (por ejemplo, líneas de transmisión, alarmas, sobretensiones), revisión de la función del dispositivo (por ejemplo, estado de flujo y volumen, estado del tabique, recuperación), con programación, si se realiza, e informe	1,62	0,00
403	93770	Determinación de la presión venosa	2,50	0,00
404	93784	Monitoreo ambulatorio de la presión arterial, utilizando un sistema como cinta magnética y / o disco de computadora, durante 24 horas o más; incluyendo grabación, análisis de escaneo, interpretación e informe	32,00	0,00
405	93786	Control ambulatorio de la presión arterial, mediante un sistema tal como una cinta magnética o y/o disco de computador, durante 24 horas o más; registro solamente	11,00	0,00

406	93788	Control ambulatorio de la presión arterial, mediante un sistema tal como una cinta magnética o y/o disco de computador, durante 24 horas o más; análisis por barrido, con informe	10,00	0,00
407	93790	Control ambulatorio de la presión arterial, mediante un sistema tal como una cinta magnética o y/o disco de computador, durante 24 horas o más; revisión médica con interpretación e informe	12,00	0,00
408	93792	Capacitación del paciente / cuidador para iniciar el monitoreo del índice internacional normalizado (INR) en el hogar bajo la dirección de un médico u otro profesional de la salud calificado, cara a cara, incluido el uso y cuidado del monitor INR, obtención de muestras de sangre, instrucciones para informar resultados de la prueba INR en el hogar y documentación de la capacidad del paciente / cuidador para realizar pruebas e informar resultados	1,54	0,00
409	93793	El tratamiento anticoagulante para un paciente que toma warfarina debe incluir la revisión e interpretación de un nuevo resultado de la prueba de índice normalizado internacional (INR) en el hogar, la oficina o el laboratorio, las instrucciones para el paciente, el ajuste de la dosis (según sea necesario) y la programación de pruebas adicionales. cuando se realiza	0,34	0,00
410	93797	Servicios médicos o de otro profesional de la salud calificado para la rehabilitación cardíaca de pacientes externos, sin control continuo del ECG (por sesión)	8,00	0,00
411	93798	Servicios médicos o de otro profesional de la salud calificado para la rehabilitación cardíaca de pacientes externos; con control continuo del ECG (por sesión)	8,00	0,00
412	93799	Servicio o procedimiento cardiovasculares que no aparece en la lista	CM	0,00
413	93880	Barrido dúplex de arterias extracraneales; estudio bilateral completo	10,00	0,00
414	93882	Barrido dúplex de arterias extracraneales; estudio unilateral o limitado	9,00	0,00
415	93886	Estudio transcerebral Doppler de las arterias intracraneales; estudio completo	12,00	0,00
416	93888	Estudio transcerebral Doppler de las arterias intracraneales; estudio limitado	8,00	0,00
417	93890	Estudio transcerebral Doppler de las arterias intracraneales, estudio de la vasoreactividad	12,50	0,00
418	93892	Estudio transcerebral Doppler de las arterias intracraneales, detección de émbolos sin inyección intravenosa de microburbujas	14,30	0,00
419	93893	Estudio transcerebral Doppler de las arterias intracraneales, detección de émbolos con inyección intravenosa de microburbujas	14,30	0,00
420	93895	Valoración cuantitativa de la íntima media carotídea y del ateroma carotídeo, bilateral	0,00	0,00
421	93922	Estudios fisiológicos no invasivos bilaterales limitados de las arterias de las extremidades superiores o inferiores (p. Ej., Para la extremidad inferior: índices de tobillo / braquial en las arterias distal tibial posterior y tibial anterior / dorsal del pie más arterias bidireccionales, Doppler y análisis de forma de onda en 1-2 niveles, o tobillo / índices braquiales en las arterias tibial posterior distal y tibial anterior / dorsal pedis más pletismografía de volumen a niveles 1-2, o índices tobillo / braquial en las arterias tibial posterior distal tibial y tibial anterior / dorsal pedis con, medición de tensión de oxígeno transcutáneo a niveles 1-2)	11,50	0,00
422	93923	Estudios fisiológicos no invasivos bilaterales completos de	17,00	0,00

		arterias de miembros superiores o inferiores, 3 o más niveles (ej) para extremidad inferior: índices tobillo/braquial en arterias tibial		
423	93924	Estudios fisiológicos no invasivos de las arterias de las extremidades inferiores, en reposo y después de las pruebas de esfuerzo en la cinta de correr, (es decir, forma de onda Doppler bidireccional o registro y análisis de pletismografía de volumen en reposo con índices de tobillo / braquial inmediatamente después y en intervalos cronometrados después de la realización de un protocolo estandarizado en un motorizado cinta de correr más registro del tiempo de inicio de claudicación u otros síntomas, tiempo máximo de caminata y tiempo de recuperación) estudio bilateral completo	18,00	0,00
424	93925	Barrido dúplex de las arterias de las extremidades inferiores o de injertos de revascularización arterial; estudio bilateral completo	10,00	0,00
425	93926	Barrido dúplex de las arterias de las extremidades inferiores o de injertos de derivación arterial; estudio unilateral o limitado	5,00	0,00
426	93930	Barrido dúplex de las arterias de las extremidades superiores o de injertos de derivación arterial; estudio bilateral completo	8,00	0,00
427	93931	Barrido dúplex de las arterias de las extremidades superiores o de injertos de derivación arterial; estudio unilateral o limitado	4,00	0,00
428	93970	Barrido dúplex de las venas de las extremidades incluyendo respuestas a la compresión y otras maniobras; estudio bilateral completo	10,00	0,00
429	93971	Barrido dúplex de las venas de las extremidades incluyendo respuestas a la compresión y otras maniobras; estudio unilateral o limitado	5,00	0,00
430	93975	Barrido dúplex de la entrada arterial y salida venosa de los órganos abdominales, pélvicos, de escroto y/u órganos retroperitoneales; estudio completo	21,00	0,00
431	93976	Barrido dúplex de la entrada arterial y salida venosa de los órganos abdominales, pélvicos, del escroto y/u órganos retroperitoneales; estudio limitado	10,50	0,00
432	93978	Barrido dúplex de la aorta, vena cava inferior, vasculatura ilíaca o injertos de revascularización; estudio completo	10,00	0,00
433	93979	Barrido dúplex de la aorta, vena cava inferior, vasculatura ilíaca o injertos de revascularización; estudio unilateral o limitado	5,00	0,00
434	93980	Barrido dúplex de entrada arterial y salida venosa de los vasos del pene; estudio completo	22,00	0,00
435	93981	Barrido dúplex de entrada arterial y salida venosa de los vasos del pene; estudio de seguimiento o limitado	11,00	0,00
436	93990	Barrido dúplex del acceso para hemodiálisis (incluyendo la entrada arterial, cuerpo de acceso y salida venosa)	4,55	0,00
437	93998	Estudio diagnóstico vascular no invasivo no mencionado	0,00	0,00
438	94002	Asistencia y manejo de ventilación, inicio de ventiladores de presión o de volumen predefinidos para respiración asistida o controlada; en paciente bajo observación / internamiento, día inicial	15,00	0,00
439	94003	Asistencia y manejo de ventilación, inicio de ventiladores de presión o de volumen predefinidos para respiración asistida o controlada; en paciente bajo observación / internamiento, cada día	11,00	0,00
440	94004	Asistencia y manejo de ventilación, inicio de ventiladores de presión o de volumen predefinidos para respiración asistida o controlada; casa de reposo o de cuidados menores, por día	1,43	0,00
441	94005	Supervisión del plan de atención del manejo del respirador domiciliario de un paciente (paciente no presente) en el hogar, domicilio o hogar de reposo (p. Ej., Vivienda asistida)	0,00	0,00

		que requiere revisión del estado, revisión de laboratorios y otros estudios y revisión de órdenes y plan de atención respiratoria (según corresponda) , dentro de un mes calendario, 30 minutos o más		
442	94010	Espirometría, incluyendo reporte gráfico, capacidad vital total y por tiempo, mediciones de flujo espiratorio, con o sin ventilación voluntaria máxima	6,00	0,00
443	94011	Medición del flujo espiratorio forzado en espirometría en un niño hasta los 2 años de edad	2,66	0,00
444	94012	Medición del flujo espiratorio forzado en espirometría, antes y después de broncodilatador, en un niño hasta los 2 años de edad	4,27	0,00
445	94013	Medición de volúmenes pulmonares (capacidad residual funcional [FRC], capacidad vital forzada [fvc], y volumen de reserva espiratoria [ERV]) en un niño hasta los 2 años de edad	0,58	0,00
446	94014	Registro espirométrico iniciado por el paciente por un período de tiempo de 30 días; incluye educación reforzada, transmisión de rastreo espirométrico, captura de datos, análisis de datos transmitidos, recalibración periódica y revisión e interpretación por parte de un médico u otro profesional de la salud calificado	5,00	0,00
447	94015	Registro espirométrico iniciado por el paciente por un período de tiempo de 30 días; grabación (incluye conexión, educación reforzada, transmisión de datos, captura de datos, análisis de tendencias y recalibración periódica)	0,88	0,00
448	94016	Registro de espirometrías bajo control del paciente durante un periodo de 30 días; revisión e interpretación (únicamente) por el médico u otro profesional de la salud calificado	5,30	0,00
449	94060	Evaluación respuesta broncodilatación, espirometría tal como se describe en 94010, antes y después de la administración de broncodilatador	6,00	10,00
450	94070	Evaluación de provocación de broncoespasmo, determinaciones espirométricas múltiples tal como se describe en 94010, con agentes administrados (ej antígeno, aire frío, metacolina)	4,00	10,00
451	94150	Capacidad vital total (procedimiento separado)	0,90	0,00
452	94200	Capacidad de respiración máxima, ventilación voluntaria máxima	3,00	0,00
453	94250	Recolección de gas expirado, cuantitativa, procedimiento simple (procedimiento separado)	1,20	3,00
454	94375	Medición del bucle de flujo-volumen respiratorio	5,00	8,00
455	94400	Respuesta respiratoria al CO2 (curva de respuesta al CO2)	27,50	8,00
456	94450	Respuesta respiratoria a la hipoxia (curva de respuesta a la hipoxia)	27,50	0,00
457	94452	Prueba de simulación de gran altura con interpretación e informe por médico u otro profesional de la salud calificado	3,60	0,00
458	94453	Prueba de simulación de gran altura con interpretación e informe por médico u otro profesional de la salud calificado; con suplemento progresivo y controlado de oxígeno	4,60	0,00
459	94610	Administración de surfactante intrapulmonar por médico u otro profesional de la salud calificado, a través de tubo endotraqueal	11,00	0,00
460	94617	Prueba de ejercicio para broncoespasmo, que incluye pre y post espirometría, registro (s) electrocardiográfico (s) y oximetría de pulso	2,72	0,00
461	94618	Prueba de esfuerzo pulmonar (p. Ej., Prueba de caminata de 6 minutos), incluida la medición de la frecuencia cardíaca, la oximetría y la titulación de oxígeno, cuando se realiza	0,98	0,00
462	94621	Prueba de esfuerzo pulmonar; compleja (incluye de mediciones de producción de CO2, captación de O2, y	11,00	0,00

		registros electrocardiográficos)		
463	94640	Tratamiento por inhalación con o sin presión para tratamiento de obstrucción aguda de las vías aéreas o para estimulación de esputo con fines diagnósticos (ej con generador de aerosol, nebulizador, inhalador dosificado, o dispositivo de presión intermitente positiva)	1,50	2,00
464	94642	Inhalación de pentamidina en aerosol para el tratamiento o profilaxis de neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	10,00	0,00
465	94644	Tratamiento con inhalación continua de medicamento en aerosol para obstrucción aguda de las vías aéreas; primera hora	6,00	0,00
466	94645	Tratamiento con inhalación continua de medicamento en aerosol para obstrucción aguda de las vías aéreas; cada hora adicional (registrar por separado adicionalmente al código primario de atención)	3,00	0,00
467	94660	Inicio y manejo de ventilación con presión positiva continua en las vías aéreas	8,00	10,00
468	94662	Inicio y manejo de ventilación con presión negativa continua	8,00	5,00
469	94664	Demostración y/o evaluación del paciente en cuanto al uso de nebulizadores, generadores de aerosoles, inhaladores de dosis medidas o dispositivos para respiración con presión positiva intermitente (IPPB)	8,50	3,00
470	94667	Manipulación de la pared torácica, como ventosas, percusiones y vibraciones para facilitar la función pulmonar; demostración inicial y / o evaluación	5,50	4,00
471	94668	Manipulación de la pared torácica, como ventosas, percusiones y vibraciones para facilitar la función pulmonar; subsecuente	4,00	2,00
472	94669	Oscilación mecánica de pared torácica para facilitar la función pulmonar, por sesión	0,94	2,00
473	94680	Captación de oxígeno, análisis de gas espirado; descanso y ejercicio, directo, sencillo	27,50	3,00
474	94681	Captación de oxígeno, análisis de gas espirado; incluyendo salida de CO ₂ , porcentaje de oxígeno extraído	27,50	3,00
475	94690	Captación de oxígeno, análisis de gas espirado; descanso indirecto (procedimiento separado)	4,50	3,00
476	94726	Pletismografía para determinar los volúmenes pulmonares y, cuando se realiza, la resistencia de las vías respiratorias.	1,50	3,00
477	94727	Dilución o lavado de gases para la determinación de los volúmenes pulmonares y, cuando se realiza, la distribución de los volúmenes de ventilación y cierre.	1,20	3,00
478	94728	Resistencia de vías aéreas mediante oscilometría de impulso	1,13	3,00
479	94729	Capacidad de difusión (p.ej. Monóxido de carbono, membrana) (registrar separadamente)	1,55	3,00
480	94750	Estudio de tolerancia pulmonar (ej pletismografía, mediciones de volúmenes y presiones)	6,00	3,00
481	94760	Oído no invasivo u oximetría de pulso para la saturación de oxígeno; determinación única	8,00	0,00
482	94761	Oído no invasivo u oximetría de pulso para la saturación de oxígeno; determinaciones múltiples (p. ej., durante el ejercicio)	12,00	0,00
483	94762	Oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno; mediante monitoreo continuo durante toda la noche (procedimiento separado)	10,00	0,00
484	94770	Colección y análisis de gas espirado para medición de CO ₂ mediante analizador infrarojo	5,00	1,00
485	94772	Registro continuo de patrón circadiano respiratorio durante 12 a 24 horas en un infante (neumograma pediátrico)	0,00	0,00
486	94774	Registro de eventos de apnea en institución de alojamiento	0,00	0,00

		pediátrico, incluye frecuencia respiratoria, patrón, y frecuencia cardíaca por un periodo de 30 días; incluye instalación de monitor, descarga de datos, revisión, interpretación y preparación de reporte por médico u otro		
487	94775	Registro de eventos de apnea en institución de alojamiento pediátrico, incluye frecuencia	0,00	0,00
488	94776	Registro de eventos de monitorización de apnea en el hogar pediátrico que incluye frecuencia respiratoria, patrón y frecuencia cardíaca por período de 30 días; Monitoreo, descarga de información, recepción de transmisiones y análisis solo por computadora	0,00	0,00
489	94777	Registro de eventos de apnea en institución de alojamiento pediátrico, incluye frecuencia	0,00	0,00
490	94780	Pruebas de asiento / cama para automóviles para la integridad de las vías respiratorias, para bebés hasta los 12 meses de edad, con observación continua del personal clínico y registro continuo de oximetría de pulso, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, con interpretación e informe; 60 minutos	1,69	0,00
491	94781	Pruebas de asiento / cama para automóviles para la integridad de las vías respiratorias, para bebés hasta los 12 meses de edad, con observación continua del personal clínico y registro continuo de oximetría de pulso, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, con interpretación e informe; cada 30 minutos adicionales adicionales (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0,65	0,00
492	94799	Servicio o procedimiento pulmonar que no aparece en la lista	CM	0,00
493	95004	Pruebas percutáneas (rasguño, punción, pinchazo) con extractos alérgicos, reacción de tipo inmediato, incluida la interpretación de la prueba y el informe, especifique el número de pruebas	0,70	0,00
494	95012	Determinación de óxido nítrico espirado	3,00	0,00
495	95017	Pruebas de alergia, cualquier combinación de percutánea (rasguño, punción, pinchazo) e intracutánea (intradérmica), secuencial e incremental, con venenos, reacción de tipo inmediato, incluida la interpretación de la prueba y el informe, especifique el número de pruebas	0,22	0,00
500	95018	Pruebas de alergia, cualquier combinación de percutánea (rasguño, punción, pinchazo) e intracutánea (intradérmica), secuencial e incremental, con medicamentos o productos biológicos, reacción de tipo inmediato, incluida la interpretación de la prueba y el informe, especifique el número de pruebas	0,58	0,00
501	95024	Pruebas intracutáneas (intradérmicas) con extractos alérgicos, reacción de tipo inmediata (tipo I), incluyendo interpretación y reporte de la prueba, especificar el número de pruebas	1,00	0,00
502	95027	Pruebas intracutáneas (intradérmicas), secuenciales e incrementales, con extractos alérgicos inhalatorios, reacción de tipo inmediata, incluyendo interpretación y reporte de estudio, especificar el número de pruebas	8,30	0,00
503	95028	Pruebas intracutáneas (intradérmicas) con extractos alérgicos, reacción de tipo tardía -tipo IV-, incluye la lectura, especificar el número de pruebas	2,00	0,00
504	95044	Prueba de parche o de aplicación(es), especificar el número de pruebas	1,50	0,00
505	95052	Prueba de fotosensibilidad con parche, especificar el número de pruebas	0,70	0,00
506	95056	Prueba de fotosensibilidad	1,25	0,00
507	95060	Prueba de sensibilidad de mucosa conjuntival	1,50	0,00

508	95065	Prueba de sensibilidad de mucosa nasal	1,50	0,00
509	95070	Prueba de reto bronquial por inhalación (no incluye necesariamente las pruebas de función pulmonar); histamina, meticolina o compuestos similares	22,00	0,00
510	95071	Prueba de reto bronquial por inhalación (no incluye necesariamente las pruebas de función pulmonar); con antígenos o gases, especificar	25,00	0,00
511	95076	Prueba de reto por ingestión (ingestión secuencial e incremental de items de prueba, p.ej. Comida, medicamentos u otra sustancia); 120 minutos iniciales de prueba	3,31	0,00
512	95079	Prueba de reto por ingestión (ingestión secuencial e incremental de items de prueba, p.ej. Comida, medicamentos u otra sustancia); cada 60 minutos adicionales de prueba (registrar separadamente además del código para el procedimiento principal)	2,36	0,00
513	95115	Servicios profesionales para inmunoterapia alérgica que no incluye la provisión de extractos alérgicos; una sola inyección	2,50	0,00
514	95117	Servicios profesionales para inmunoterapia alérgica que no incluye la provisión de extractos alérgicos; dos o más inyecciones	3,50	0,00
515	95120	Servicios profesionales para inmunoterapia alérgica en el consultorio o institución del médico tratante u otro profesional de la salud calificado, que incluye la provisión de extractos alérgicos; una sola inyección	3,00	0,00
516	95125	Servicios profesionales para inmunoterapia alérgica en el consultorio o institución del médico tratante u otro profesional de la salud calificado, que incluye la provisión de extractos alérgicos; dos o más inyecciones	4,50	0,00
517	95130	Servicios profesionales para inmunoterapia alérgica en el consultorio o institución del médico tratante u otro profesional de la salud calificado, que incluye la provisión de extractos alérgicos; inyección de veneno de un insecto venenoso	5,00	0,00
518	95131	Servicios profesionales para inmunoterapia alérgica en el consultorio o institución del médico tratante u otro profesional de la salud calificado, que incluye la provisión de extractos alérgicos; inyección de veneno de 2 insectos venenosos	7,00	0,00
519	95132	Servicios profesionales para inmunoterapia alérgica en el consultorio o institución del médico tratante u otro profesional de la salud calificado, que incluye la provisión de extractos alérgicos; inyección de veneno de 3 insectos venenosos	8,00	0,00
520	95133	Servicios profesionales para inmunoterapia alérgica en el consultorio o institución del médico tratante u otro profesional de la salud calificado, que incluye la provisión de extractos alérgicos; inyección de veneno de 4 insectos venenosos	9,00	0,00
521	95134	Servicios profesionales para inmunoterapia alérgica en el consultorio o institución del médico tratante u otro profesional de la salud calificado, que incluye la provisión de extractos alérgicos; inyección de veneno de 5 insectos venenosos	10,00	0,00
522	95144	Servicios profesionales para supervisión de la preparación y provisión de antígenos para inmunoterapia por alérgenos; una sola dosis (especificar el número de dosis)	1,40	0,00
523	95145	Servicios profesionales para supervisión de la preparación y provisión de antígenos para inmunoterapia por alérgenos (especificar número de dosis); veneno de un insecto venenoso	4,00	0,00

524	95146	Servicios profesionales para supervisión de la preparación y provisión de antígenos para inmunoterapia por alérgenos (especificar número de dosis); veneno de 2 insectos venenosos	4,50	0,00
525	95147	Servicios profesionales para supervisión de la preparación y provisión de antígenos para inmunoterapia por alérgenos (especificar número de dosis); veneno de 3 insectos venenosos	5,60	0,00
526	95148	Servicios profesionales para supervisión de la preparación y provisión de antígenos para inmunoterapia por alérgenos (especificar número de dosis); veneno de 4 insectos venenosos	6,70	0,00
527	95149	Servicios profesionales para supervisión de la preparación y provisión de antígenos para inmunoterapia por alérgenos (especificar número de dosis); veneno de 5 insectos venenosos	7,80	0,00
528	95165	Servicios profesionales para supervisión de la preparación y provisión de antígenos para inmunoterapia por alérgenos; antígeno único o múltiples (especificar número de dosis)	1,80	0,00
529	95170	Servicios profesionales para supervisión de la preparación y provisión de antígenos para inmunoterapia por alérgenos; extracto del cuerpo entero de un insecto mordedor u otro artrópodo (especificar el número de dosis)	0,27	0,00
530	95180	Procedimiento de desensibilización rápida, cada hora (P. ej. insulina, penicilina, suero equino)	30,00	0,00
531	95199	Servicio o procedimiento de alergias/inmunología clínica que no aparece en la lista	CM	0,00
532	95249	Monitoreo ambulatorio continuo de glucosa del líquido tisular intersticial a través de un sensor subcutáneo durante un mínimo de 72 horas; equipo provisto por el paciente, colocación del sensor, conexión, calibración del monitor, capacitación del paciente e impresión de registro	1,57	0,00
533	95250	Monitoreo ambulatorio continuo de glucosa en el líquido de tejido intersticial vía un sensor subcutáneo por un mínimo de 72 horas; colocación del sensor, conexión, calibración del monitor, entrenamiento del paciente, retiro del sensor e impresión del registro	29,70	0,00
534	95251	Monitoreo ambulatorio continuo de glucosa en el líquido de tejido intersticial vía un sensor subcutáneo por un mínimo de 72 horas; interpretación y reporte	6,40	0,00
535	95782	Polisomnografía; menor de 6 años, estadiaje del sueño con 4 o parámetros adicionales de sueño, asistido por un tecnólogo	28,97	0,00
536	95783	Polisomnografía; menor de 6 años, estadiaje del sueño con 4 o parámetros adicionales de sueño, con inicio de terapia de presión positiva continua en vías aéreas o con ventilación de dos niveles, asistido por un tecnólogo	32,91	0,00
537	95800	Estudio de sueño, no asistido, registro simultáneo de frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, análisis respiratorio (ej por flujo de aire o tono arterial periférico) y tiempo de sueño	11,60	0,00
538	95801	Estudio de sueño, no asistido, registro simultáneo; mínimo de frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, y análisis respiratorio (ej por flujo de aire o tono arterial periférico)	10,20	0,00
539	95803	Prueba de actigrafía, registro, análisis, interpretación y reporte (mínimo de 72 horas hasta 14 días consecutivos de registro)	9,30	0,00
540	95805	Múltiple latencia del sueño o mantenimiento de las pruebas de vigilia, registro, análisis e interpretación de mediciones fisiológicas del sueño durante múltiples ensayos para evaluar la somnolencia.	12,14	0,00
541	95806	Estudio de sueño, no asistido, registro simultáneo de	30,00	0,00

		frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, flujo respiratorio y esfuerzo respiratorio (ej movimiento toracoabdominal)		
542	95807	Estudio de sueño, registro simultáneo de ventilación, esfuerzo respiratorio, ECG o frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno, con atención por tecnólogo	13,20	0,00
543	95808	Polisomnografía; cualquier edad, estadiaje de sueño con uso de 1-3 parámetros adicionales de sueño, atención por tecnólogo	32,00	0,00
544	95810	Polisomnografía; 6 años o más, estadiaje de sueño con uso de 4 o más parámetros adicionales de sueño, atención por tecnólogo	46,00	0,00
545	95811	Polisomnografía; 6 años o más, estadiaje de sueño con uso de 4 o más parámetros adicionales de sueño, con inicio de ventilación continua a presión positiva o ventilación binivel, con atención por tecnólogo	50,00	0,00
546	95812	Monitoreo extendido de electroencefalograma (EEG); 41-60 minutos	17,00	0,00
547	95813	Monitoreo extendido de electroencefalograma (EEG); mayor de 1 hora	19,00	0,00
548	95816	Electroencefalograma (EEG), incluyendo registro en estado de vigilia y en estado de somnolencia	10,25	0,00
549	95819	Electroencefalograma (EEG), incluyendo registro en estado de vigilia y en estado de sueño	11,78	0,00
550	95822	Electroencefalograma (EEG), incluyendo registro en estado de coma o en estado de sueño	10,64	0,00
551	95824	Electroencefalograma (EEG); evaluación de muerte cerebral únicamente	7,00	0,00
552	95827	Electroencefalograma (EEG) con grabación durante toda la noche	18,84	0,00
553	95829	Electrocorticograma durante la cirugía (procedimiento separado)	55,00	0,00
554	95830	Inserción por médico u otro profesional de la salud calificado de electrodos esfenoideales para el registro electroencefalográfico (EEG)	20,00	0,00
555	95831	Pruebas musculares, manual (procedimiento separado) con reporte; extremidad (excepto mano) o tronco	4,50	0,00
556	95832	Pruebas musculares, manual (procedimiento separado) con reporte; mano, con o sin comparación con el lado normal	7,00	0,00
557	95833	Pruebas musculares, manual (procedimiento separado) con reporte; evaluación de todo el cuerpo, excepto manos	15,00	0,00
558	95834	Pruebas musculares, manual (procedimiento separado) con reporte; evaluación de todo el cuerpo, incluyendo manos	18,00	0,00
559	95851	Mediciones del arco de movimiento e informe (procedimiento separado); cada extremidad	4,20	0,00
560	95852	Mediciones del arco de movimiento e informe (procedimiento separado); mano, con o sin comparación con el lado normal	6,30	0,00
561	95857	Prueba de reto con inhibidor de colinesterasa para miastenia grave	7,50	0,00
562	95860	Electromiografía con aguja de una extremidad con o sin la evaluación de los músculos paravertebrales relacionados	13,00	0,00
563	95861	Electromiografía con aguja de 2 extremidades con o sin la evaluación de los músculos paravertebrales relacionados	18,00	0,00
564	95863	Electromiografía con aguja de 3 extremidades con o sin la evaluación de los músculos paravertebrales relacionados	23,00	0,00
565	95864	Electromiografía con aguja de 4 extremidades con o sin la evaluación de los músculos paravertebrales relacionados	28,00	0,00
566	95865	Electromiografía con aguja; laringe	14,00	0,00
567	95866	Electromiografía con aguja; hemidiafragma	12,00	0,00
568	95867	Electromiografía con aguja; músculos inervados por un nervio	2,76	0,00

		craneal de un solo lado del cuerpo		
569	95868	Electromiografía con aguja; músculos inervados por un nervio craneal de ambos lados	17,00	0,00
570	95869	Electromiografía con aguja; músculos paravertebrales (excluyendo T1 o T2)	7,00	0,00
571	95870	Electromiografía de aguja; estudio limitado de los músculos de una sola extremidad o músculos que no son de extremidad (axial) (unilateral o bilateral), con excepción de los músculos paravertebrales torácicos, músculos inervados por los nervios craneales o esfínteres	5,50	0,00
572	95872	Electromiografía de aguja con electrodo de fibra única, con determinación cuantitativa de temblores, bloqueo y/o densidad de fibras, cualquier sitio o todos los sitios de cada músculo estudiado.	22,00	0,00
573	95873	Estimulación eléctrica para orientación en conjunción con denervación química (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	6,00	0,00
574	95874	Electromiografía de aguja para orientación en conjunción con denervación química (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	6,00	0,00
575	95875	Prueba de ejercicio en extremidad isquémica con muestra(s) seriada(s) para determinar metabolito(s) muscular(es)	3,35	0,00
576	95885	Electromiografía de aguja, cada extremidad, con áreas paraespinales relacionadas, cuando se realice, ejecutado con conducción, amplitud y estudio de latencia/velocidad nerviosa; limitada (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	1,67	0,00
577	95886	Electromiografía de aguja, cada extremidad, con áreas paraespinales relacionadas, cuando se realice, ejecutado con conducción, amplitud y estudio de latencia/velocidad nerviosa; completo, cinco o más músculos estudiados, inervados por 3 o más nervios o 4 o más niveles espinales (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	2,60	0,00
578	95887	Electromiografía de aguja, músculo(s) que no es de extremidad (inervado por nervio craneal o axial), hecho con conducción nerviosa, amplitud y estudio de velocidad/latencia (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	2,30	0,00
579	95905	Estudio de conducción nerviosa motora y/o sensorial, empleando circuitos de electrodos preconfigurados, estudio de amplitud y latencia/velocidad, cada miembro, incluye estudio de onda F, cuando se realice, con interpretación y reporte	2,03	0,00
580	95907	Estudios de conducción nerviosa; 1-2 estudios	2,79	0,00
581	95908	Estudios de conducción nerviosa; 3-4 estudios	3,58	0,00
582	95909	Estudios de conducción nerviosa; 5-6 estudios	4,26	0,00
583	95910	Estudios de conducción nerviosa; 7-8 estudios	5,64	0,00
584	95911	Estudios de conducción nerviosa; 9-10 estudios	6,72	0,00
585	95912	Estudios de conducción nerviosa; 11-12 estudios	7,42	0,00
586	95913	Estudios de conducción nerviosa; 13 o más estudios	8,52	0,00
587	95921	Prueba de la función del sistema nervioso autónomo; inervación cardiovagal (función parasimpática), que incluye 2 o más de los siguientes: respuesta de la frecuencia cardíaca a la respiración profunda con intervalo RR registrado, relación de Valsalva y relación de 30:15	7,50	0,00
588	95922	Pruebas de función del sistema nervioso autónomo; inervación adrenérgica vasomotora (función adrenérgica simpática), incluyendo presión sanguínea latido a latido y cambios de intervalo R-R durante la maniobra de Valsalva y al	8,00	0,00

		menos 5 minutos of basculación pasiva		
589	95923	Pruebas de función del sistema nervioso autónomo; sudomotora incluyendo una o más de las siguientes: prueba cuantitativa de reflejo axon sudomotor, impresión de sudoración silástica, prueba de sudoración termoregulatoria y cambios en el potencial simpático de piel	7,50	0,00
590	95924	Examen funcional de sistema nervioso autónomo; examen funcional combinado parasimpático y simpático con al menos 5 minutos de inclinación pasiva	4,37	0,00
591	95925	Potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera/todos los nervios periféricos o ubicaciones cutáneas, registro del sistema nervioso central; en extremidades superiores	9,00	0,00
592	95926	Estudio de potencial evocado somatosensorial de latencia corta, estimulación de cualquiera / todos los nervios periféricos o sitios de la piel, registro del sistema nervioso central; en miembros inferiores	9,00	0,00
593	95927	Estudio de potencial evocado somatosensorial de latencia corta, estimulación de cualquiera / todos los nervios periféricos o sitios de la piel, registro del sistema nervioso central; en el tronco o la cabeza	9,00	0,00
594	95928	Potenciales evocados motores centrales (estimulación transcraneal motora); miembros superiores	18,90	0,00
595	95929	Potenciales evocados motores centrales (estimulación transcraneal motora); miembros inferiores	18,90	0,00
596	95930	Pruebas del sistema nervioso central mediante potenciales evocados visuales (VEP), tablero cuadriculado o destello	6,00	0,00
597	95933	Reflejo orbicularis oculi (parpadeo), por prueba electrodiagnóstica	6,50	0,00
598	95937	Pruebas de unión neuromuscular (estimulación repetitiva, estímulos pareados) con cualquier método en un nervio	6,50	0,00
599	95938	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de algun/todos los nervios periféricos o lugares cutáneos, grabación desde el sistema nervioso central; en extremidades superiores e inferiores	9,72	0,00
600	95939	Estudio de potenciales evocados a nivel motor central (estimulación motora transcraneal); en extremidades superiores e inferiores	14,35	0,00
601	95940	Monitoreo neurofisiológico intraoperatorio continuo en sala de operaciones, que requiere asistencia y monitoreo personal uno a uno, cada 15 minutos (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	0,95	0,00
602	95941	Monitoreo neurofisiológico intraoperatorio continuo desde fuera de sala de operaciones (vía remota o cercana) o para monitoreo de más de un caso, mientras se encuentra en sala de operaciones, por hora (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	0,00	0,00
603	95943	Mediciones simultáneas, independientes, cuantitativas de la función simpática y parasimpática, basada en el análisis de tiempo-frecuencia de la variabilidad de la frecuencia cardíaca concurrente con el análisis de tiempo-frecuencia de la actividad respiratoria continua, con mediciones de frecuencia cardíaca media y presión arterial media, durante el reposo, respiración profunda, maniobras de Valsalva, y cambio postural de cabeza hacia arriba	0,00	0,00
604	95950	Monitoreo para la identificación y lateralización de foco cerebral de convulsiones, con registro electroencefalográfico (P. ej. EEG de 8 canales), registrar e interpretación, cada 24 horas	15,00	0,00
605	95951	Monitoreo para la ubicación de foco cerebral de convulsiones,	50,00	0,00

		por cable o radio, telemetría de 16 o más canales, con registro electroencefalográfico (EEG) y vídeo combinados, e interpretación (P. ej. para la ubicación prequirúrgica), cada 24 horas		
606	95953	Monitoreo para la ubicación de foco cerebral de convulsiones, por EEG computarizado portátil de 16 omás canales, con registro electroencefalográfico (EEG) e interpretación, cada 24 horas, no asistido	30,00	0,00
607	95954	Activación farmacológica o física que requiera la asistencia de médico u otro profesional de la salud calificado durante el registro EEG de la fase de activación (P. ej. prueba de activación con tiopental)	30,00	0,00
608	95955	Electroencefalograma (EEG) durante cirugía no intracraneal (P. ej. cirugía de las carótidas)	15,00	0,00
609	95956	Monitoreo para la ubicación de foco cerebral de convulsiones, por cable o radio, telemetría de 16 o más canales, registro electroencefalográfico (EEG) e interpretación, cada 24 horas, asistido por tecnólogo o enfermera	46,24	0,00
610	95957	Análisis digital del electroencefalograma (EEG) (P. ej. durante el análisis de pico epiléptico)	14,00	0,00
611	95958	Prueba de activación Wada para la función hemisférica, incluyendo el control electroencefalográfico (EEG)	65,00	0,00
612	95961	Mapeo funcional cortical y subcortical mediante estimulación y/o registro de electrodos sobre superficie cerebral, o proveniente de electrodos en profundidad, para provocar convulsiones o identificar estructuras cerebrales vitales; hora inicial de asistencia por médico u otro profesional de la salud calificado	30,00	0,00
613	95962	Mapeo funcional cortical y subcortical mediante estimulación y/o registro de electrodos sobre superficie cerebral, o proveniente de electrodos en profundidad, para provocar convulsiones o identificar estructuras cerebrales vitales; cada hora adicional de asistencia por médico u otro profesional de la salud calificado (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	30,00	0,00
614	95965	Magnetoencefalografía (MEG), con registro y análisis; para actividad magnética espontánea del cerebro (P. ej. localización de corteza cerebral epiléptica)	59,00	0,00
615	95966	Magnetoencefalografía (MEG), con registro y análisis, de los campos magnéticos evocados en modalidad única (P. ej. sensorial, motor, lenguaje o localización de corteza visual)	30,00	0,00
616	95967	Magnetoencefalografía (MEG), con registro y análisis; de los campos magnéticos evocados, cada modalidades adicional (P. ej. sensorial, motor, lenguaje o localización de corteza visual) (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	25,00	0,00
617	95970	Análisis electrónico de sistema generador de pulsos para neuroestimulación implantado (P. ej. mediciones de velocidad, amplitud y duración de pulsos, configuración de ondas, estado de la batería, selección de electrodos, modulación de la salida, ciclos, impedancia); generador/transmisor de pulsos neuroestimuladores simple o complejo, cerebro, médula espinal, o sistema periférico (ej nervio craneal, nervio periférico, nervio sacro, neuromuscular), sin reprogramación	5,00	0,00
618	95971	Análisis electrónico de sistema generador de pulsos para neuroestimulación implantado (P. ej. mediciones de velocidad, amplitud y duración de pulsos, configuración de ondas, estado de la batería, selección de electrodos, modulación de la salida, ciclos, impedancia); generador/transmisor de pulsos neuroestimuladores, simple, médula espinal, o sistema	7,50	3,00

		periférico (ej nervio periférico, nervio sacro, neuromuscular), con programación intraoperatoria o subsiguiente		
619	95972	Análisis electrónico de sistema generador de pulsos para neuroestimulación implantado (P. ej. mediciones de velocidad, amplitud y duración de pulsos, configuración de ondas, estado de la batería, selección de electrodos, modulación de la salida, ciclos, impedancia); generador / transmisor de pulsos neuroestimuladores, complejo, médula espinal, o sistema periférico (ej nervio periférico, nervio sacro, neuromuscular) (excepto nervio craneal), con programación intraoperatoria o subsiguiente, primera hora	14,00	0,00
620	95974	Análisis electrónico de sistema generador de pulsos para neuroestimulación implantado (P. ej. mediciones de velocidad, amplitud y duración de pulsos, configuración de ondas, estado de la batería, selección de electrodos, modulación de la salida, ciclos, impedancia); generador / transmisor de pulsos neuroestimuladores, complejo, nervio craneal, con programación intraoperatoria o subsiguiente, con o sin prueba de interfase nerviosa, primera hora	27,50	0,00
621	95975	Análisis electrónico de sistema generador de pulsos para neuroestimulación implantado (P. ej. mediciones de velocidad, amplitud y duración de pulsos, configuración de ondas, estado de la batería, selección de electrodos, modulación de la salida, ciclos, impedancia); generador / transmisor de pulsos neuroestimuladores, complejo, nervio craneal, con programación intraoperatoria o subsiguiente, cada 30 minutos adicionales luego de la primera hora (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	16,50	0,00
622	95978	Análisis electrónico de sistema generador de impulsos neuroestimuladores implantado (P. ej. tasa, amplitud de pulso y duración, el estado de la batería, selectividad y polaridad de electrodo, la impedancia y mediciones de la tolerancia del paciente), generador/transmisor complejo de pulsos neuroestimuladores en profundidad cerebral, con programación inicial o subsiguiente; primera hora	42,70	0,00
623	95979	Análisis electrónico de sistema generador de impulsos neuroestimuladores implantado (P. ej. tasa, amplitud de pulso y duración, el estado de la batería, selectividad y polaridad de electrodo, la impedancia y mediciones de la tolerancia del paciente), generador/transmisor complejo de pulsos neuroestimuladores en profundidad cerebral, con programación inicial o subsiguiente; cada 30 minutos adicionales después de la primera hora (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	20,70	0,00
624	95980	Análisis electrónico de sistema generador de impulsos neuroestimuladores implantado (P. ej. tasa, amplitud de pulso y duración, configuración de la forma de onda, estado de la batería, selectividad de electrodo, modulación de la salida, mediciones de los ciclos, impedancia y del paciente), generador / transmisor de pulsos neuroestimuladores a nivel gástrico; intraoperatorio, con programación	11,00	0,00
625	95981	Análisis electrónico de sistema generador de impulsos neuroestimuladores implantado (P. ej. frecuencia, amplitud de pulso y duración, configuración de la forma de onda, estado de la batería, selectividad del electrodo, modulación de la salida, mediciones de los ciclos, impedancia y del paciente), generador / transmisor de pulsos neuroestimuladores a nivel gástrico; subsiguiente, sin reprogramación	4,40	0,00
626	95982	Análisis electrónico de sistema generador de impulsos	9,00	0,00

		neuroestimuladores implantado (P. ej. frecuencia, amplitud de pulso y duración, configuración de la forma de onda, estado de la batería, selectividad del electrodo, modulación de la salida, mediciones de los ciclos, impedancia y del paciente), generador / transmisor de pulsos neuroestimuladores a nivel gástrico; subsiguiente, con reprogramación		
627	95990	Recarga o mantenimiento de bomba o reservorio implantado para administración de fármacos a médula espinal (intratecal, epidural) o cerebro (intraventricular), incluye análisis electrónico de la bomba, cuando se realiza	8,00	0,00
628	95991	La recarga y el mantenimiento de la bomba o depósito implantable para el suministro de medicamentos, espinal (intratecal, epidural) o cerebral (intraventricular), incluye análisis electrónico de la bomba, cuando se realiza; que requiere la habilidad de un médico u otro profesional calificado	5,50	0,00
629	95992	Procedimiento(s) de reposicionamiento de canalículo (por ejemplo, maniobra de Epley, maniobra de Sermont), por día	1,24	0,00
630	95999	Procedimiento diagnóstico neurológico o neuromuscular que no aparece en la lista	CM	0,00
631	96000	Análisis completo de movimiento asistido por computadora mediante grabación de video y cinemática tridimensional	22,00	0,00
632	96001	Análisis completo de movimiento asistido por computadora mediante grabación de video y cinemática tridimensional, con mediciones dinámicas de la presión plantar durante la caminata	27,30	0,00
633	96002	Electromiografía dinámica de superficie en 1-12 músculos durante la caminata u otras actividades funcionales	5,30	0,00
634	96003	Electromiografía dinámica con alambre fino en 1 músculo durante la caminata u otras actividades funcionales	5,00	0,00
635	96004	Revisión e interpretación por médico u otro profesional de la salud calificado de un análisis completo de movimiento asistido por computadora con mediciones dinámicas de la presión plantar durante la caminata u otra actividad funcional y electromiografía dinámica con alambre fino, con reporte escrito	23,40	0,00
636	96020	Selección y administración de pruebas funcionales durante el mapeo cerebral funcional no invasivo, con prueba administrada completamente por un médico u otro profesional de la salud calificado (ej psicólogo), con revisión de los resultados de las pruebas e informe	28,00	0,00
637	96040	Genética médica y los servicios de asesoramiento genético, cada 30 minutos cara a cara con el paciente / familia	6,00	0,00
638	96101	Evaluación psicológica (incluye evaluación psicodiagnóstica de emocionalidad, habilidades intelectuales, personalidad, y psicopatología, ej MMPI, WAIS, Rorschach), por hora del psicólogo o médico, tanto en el tiempo de administración de la prueba cara a cara, como el tiempo de interpretación de los resultados de las pruebas y de preparación del reporte	15,00	0,00
639	96102	Evaluación psicológica (incluye evaluación psicodiagnóstica de emocionalidad, habilidades intelectuales, personalidad, y psicopatología, ej MMPI, WAIS), por profesional de la salud calificado, interpretación y reporte, administrado por técnico, por hora de técnico, cara a cara	4,00	0,00
640	96103	Evaluación psicológica (incluye evaluación psicodiagnóstica de emocionalidad, habilidades intelectuales, personalidad y psicopatología, ej MMPI) administradas por un computador con interpretación e informe de un profesional de la salud calificado	4,00	0,00
641	96105	Evaluación de afasia (incluye evaluación del habla y lenguaje	29,20	0,00

		expresivos y receptivos, comprensión del lenguaje, habilidad foniátrica, lectura, ortografía, caligrafía, ej examen diagnóstico de afasia de Boston) con interpretación y reporte, por hora		
642	96110	Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado	23,50	0,00
643	96111	Pruebas de Desarrollo (incluye evaluaciones del funcionamiento motor, del lenguaje, social, adaptativo, y/o cognitivo mediante instrumentos de desarrollo estandarizados) con interpretación y reporte	26,30	0,00
644	96116	Examen de estado neuroconductual (evaluación clínica del pensamiento, razonamiento, criterio, ej conocimiento adquirido, atención, lenguaje, planteamiento y resolución de problemas, y habilidades visuales espaciales), por hora del psicólogo o del médico, tanto en contacto cara a cara con el paciente, como por el tiempo interpretación de los resultados de la prueba y de preparación de reporte	16,50	0,00
645	96118	Pruebas neuropsicológicas (P. ej. Batería neuropsicológica Halstead-Reitan, escalas de memoria de Weschler y prueba de ordenamiento de cartas de Wisconsin); por hora del psicólogo o del médico, tanto en contacto cara a cara con el paciente para la administración de las pruebas al paciente, como por el tiempo interpretación de los resultados de la prueba y de preparación de reporte	16,00	0,00
646	96119	Pruebas neuropsicológicas (P. ej. Batería neuropsicológica Halstead-Reitan, escalas de memoria de Weschler y prueba de ordenamiento de cartas de Wisconsin); con interpretación e informe de un profesional de la salud calificado, administrado por técnico, por hora del técnico, cara a cara	5,50	0,00
647	96120	Pruebas neuropsicológicas (ej prueba de ordenamiento de cartas de Wisconsin) administradas por computadora, con interpretación e informe de un profesional de la salud calificado.	4,00	0,00
648	96125	Prueba estandarizada de rendimiento cognitivo (ej evaluación de procesamiento de información de Ross), por hora de profesional de salud calificado, tanto en el tiempo de administración de las pruebas al paciente como en el tiempo para interpretar los resultados de la prueba y preparar el reporte	26,20	0,00
649	96127	Breve evaluación emocional / conductual (p. Ej., Inventario de depresión, escala de déficit de atención / hiperactividad [TDAH]), con puntaje y documentación, por instrumento estandarizado	0,16	0,00
650	96150	Evaluación de salud y comportamiento (ej entrevista clínica enfocada en la salud, observación de la conducta, monitoreo psicofisiológico, cuestionarios orientados a la salud), por cada 15 minutos de contacto cara a cara con el paciente, evaluación inicial	6,40	0,00
651	96151	Evaluación de salud y comportamiento (ej entrevista clínica enfocada en la salud, observación de la conducta, monitoreo psicofisiológico, cuestionarios orientados a la salud), por cada 15 minutos de contacto cara a cara con el paciente, re-evaluación	6,20	0,00
652	96152	Intervención en salud y comportamiento, por cada 15 minutos, de contacto cara a cara; individual	5,90	0,00
653	96153	Intervención en salud y comportamiento, por cada 15 minutos, de contacto cara a cara; grupo (dos o más pacientes)	1,40	0,00
654	96154	Intervención en salud y comportamiento, por cada 15 minutos, de contacto cara a cara; familia (con el paciente presente)	5,90	0,00
655	96155	Intervención en salud y comportamiento, por cada 15	5,80	0,00

		minutos, de contacto cara a cara; familia (sin el paciente presente)		
656	96160	Administración de instrumentos de evaluación de riesgos para la salud centrados en el paciente (por ejemplo, evaluación de riesgos para la salud) con puntuación y documentación, por instrumento estandarizado	0,13	0,00
657	96161	Administración del instrumento de evaluación de riesgos para la salud centrado en el cuidador (p. Ej., Inventario de depresión) para beneficio del paciente, con puntaje y documentación, por instrumento estandarizado	0,13	0,00
658	96360	Infusión intravenosa, hidratación; inicial, 31 minutos a 1 hora	1,64	0,00
659	96361	Infusión intravenosa, hidratación; inicial, cada hora adicional (registrar por separado además del código para el procedimiento principal)	0,43	0,00
660	96365	Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar la sustancia o medicamento); inicial, hasta 1 hora	1,97	0,00
661	96366	Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar sustancia o fármaco); cada hora adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento principal)	0,53	0,00
662	96367	Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar sustancia o medicamento); infusión secuencial adicional, hasta 1 hora (registrar por separado además del código del procedimiento principal)	0,88	0,00
663	96368	Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar sustancia o medicamento); infusión concurrente (registrar por separado además del código del procedimiento principal)	0,58	0,00
664	96369	Infusión subcutánea para terapia o profilaxis (especificar sustancia o medicamento); inicial, hasta 1 hora, incluyendo ajuste de la bomba y establecimiento de lugar de infusión subcutánea(s)	5,04	0,00
665	96370	Infusión subcutánea para terapia o profilaxis (especificar sustancia o medicamento); cada hora adicional (registrar separadamente además del código del procedimiento principal)	0,43	0,00
666	96371	Infusión subcutánea para terapia o profilaxis (especificar sustancia o medicamento); configuración de bomba adicional con establecimiento de nuevo(s) lugar(es) de infusión subcutánea(s) (registrar por separado además del código para el procedimiento principal)	1,93	0,00
667	96372	Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especificar sustancia o medicamento); subcutánea o intramuscular	0,72	0,00
668	96373	Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especificar sustancia o medicamento); intra- arterial	0,54	0,00
669	96374	Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especificar sustancia o medicamento); bolo intravenoso, inicial, de sustancia o medicamento	1,64	0,00
670	96375	Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especificar sustancia o medicamento); cada bolo secuencial adicional de un nuevo medicamento/sustancia (registrar por separado además del código para el procedimiento principal)	0,63	0,00
671	96376	Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especificar sustancia o medicamento); cada bolo secuencial adicional del mismo medicamento/sustancia en un establecimiento de salud (registrar por separado además del código para el procedimiento principal)	0,00	0,00
672	96377	Aplicación de inyector corporal (incluye inserción de cánula) para inyección subcutánea temporizada	0,00	0,00
673	96379	Inyección o infusión intra-arterial o intravenosa terapéutica,	0,00	0,00

		profiláctica o diagnóstica no mencionada		
674	96401	Administración de fármaco antineoplásico no hormonal por vía subcutánea o intramuscular	8,50	0,00
675	96402	Administración de fármaco antineoplásico hormonal por vía subcutánea o intramuscular	6,00	0,00
676	96405	Administración de quimioterapia intralesional, hasta 7 lesiones	8,00	0,00
677	96406	Administración de quimioterapia intralesional, mayor de 7 lesiones	12,00	0,00
678	96409	Administración de quimioterapia intravenosa en bolo de un solo fármaco o de un fármaco inicial	18,00	0,00
679	96411	Administración de quimioterapia; intravenosa, técnica de inserción, cada sustancia / fármaco adicional (enumerar por separado además del código para el procedimiento primario)	9,00	0,00
680	96413	Administración de quimioterapia intravenosa con técnica de infusión de un solo fármaco o de un fármaco inicial que dura hasta 1 hora	25,00	0,00
681	96415	Administración de quimioterapia, técnica de infusión intravenosa; cada hora adicional (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	12,50	0,00
682	96416	Administración de quimioterapia, técnica de infusión intravenosa; inicio de infusión prolongada de quimioterapia (más de 8 horas) que requiere el uso de una bomba portátil o implantable	28,00	0,00
683	96417	Administración de quimioterapia, técnica de infusión intravenosa; cada infusión secuencial adicional (sustancia / medicamento diferente), hasta 1 hora (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	14,00	0,00
684	96420	Administración de quimioterapia intra arterial; técnica de bolo	7,30	0,00
685	96422	Administración de quimioterapia, intra arterial; técnica de infusión, hasta 1 hora	15,00	0,00
686	96423	Administración de quimioterapia, intraarterial; técnica de infusión, cada hora adicional (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	7,50	0,00
687	96425	Administración de quimioterapia, intraarterial; técnica de infusión, inicio de infusión prolongada (más de 8 horas) que requiere el uso de una bomba portátil o implantable	5,70	0,00
688	96440	Administración de quimioterapia a la cavidad pleural, requiriendo e incluyendo la toracocentesis	22,22	0,00
689	96446	Administración de quimioterapia hacia la cavidad peritoneal por medio de puerto o catéter implantado	5,85	0,00
690	96450	Administración de quimioterapia al SNC (ej intratecal), requiriendo e incluyendo la punción raquídea	9,80	3,00
691	96521	Rellenado y mantenimiento de bomba portátil	9,00	0,00
692	96522	Rellenado y mantenimiento de bomba implantable o reservorio para la administración de fármacos por vía sistémica (P. ej. intravenoso, intraarterial)	10,00	0,00
693	96523	Irrigación del dispositivo de acceso venoso implantado para los sistemas de administración de fármacos	4,50	0,00
694	96542	Inyección de quimioterapia, subaranoidea o intraventricular vía reservorio subcutáneo, agente único o múltiples	19,50	0,00
695	96549	Procedimiento de quimioterapia que no aparece en la lista	CM	0,00
696	96567	Terapia fotodinámica de aplicación externa de luz para destruir lesiones premalignas y / o lesiones malignas de la piel y la mucosa adyacente (por ejemplo, labio) mediante la activación del fármaco fotosensible (s), cada sesión de exposición a fototerapia	14,90	0,00
697	96570	Terapia fotodinámica mediante aplicación endoscópica de luz para retirar tejido anormal mediante la activación del fármaco	13,70	0,00

		fotosensible(s), primeros 30 minutos (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento endoscópico o broncoscópico de pulmón y tracto gastrointestinal)		
698	96571	Terapia fotodinámica mediante aplicación endoscópica de luz para extirpar tejido anormal mediante la activación de fármacos fotosensibles; cada 15 minutos adicionales (enumere por separado además del código para procedimientos de endoscopia o broncoscopia del pulmón y el tracto gastrointestinal)	6,90	0,00
699	96573	Terapia fotodinámica mediante aplicación externa de luz para destruir las lesiones premalignas de la piel y la mucosa adyacente con aplicación e iluminación / activación de medicamentos fotosensibilizadores proporcionados por un médico u otro profesional de la salud calificado, por día	5,38	0,00
700	96574	Desbridamiento de lesiones hiperqueratósicas premalignas (es decir, curetaje dirigido, abrasión) seguido de terapia fotodinámica mediante aplicación externa de luz para destruir lesiones premalignas de la piel y mucosa adyacente con aplicación e iluminación / activación de fármacos fotosensibilizadores proporcionados por un médico u otro profesional de la salud calificado, por día	6,94	0,00
701	96900	Actinoterapia (luz ultravioleta)	3,00	0,00
702	96902	Examen directo de los cabellos cortados o jalados por el examinador (excluyendo cabellos recolectados por el paciente) para determinar recuento telogénico y anagénico, o anomalía estructural del tallo del cabello	5,00	0,00
703	96904	Fotografía de la piel en cuerpo entero, para el seguimiento de los pacientes de alto riesgo con el síndrome de nevo displásico o con historia de nevos displásicos, o pacientes con una historia personal o familiar de melanoma	12,00	0,00
704	96910	Fotoquimioterapia; alquitrán y luz ultravioleta B (tratamiento de Goeckerman) o petrolato y luz ultravioleta B	3,00	0,00
705	96912	Fotoquimioterapia; psoralenos y luz ultravioleta A (PUVA)	4,30	0,00
706	96913	Fotoquimioterapia (Goeckerman y/o PUVA) para las dermatosis severas fototratables que exigen por lo menos 4-8 horas de atención bajo la supervisión directa del médico (incluye la aplicación de medicación y apósitos)	21,10	0,00
707	96920	Tratamiento laser para enfermedades de piel inflamatorias (psoriasis), area total menor de 250 cm cuadrados	10,00	0,00
708	96921	Tratamiento laser para enfermedades de piel inflamatorias (psoriasis), area total de 250 a 500 cm cuadrados	10,00	0,00
709	96922	Tratamiento laser para enfermedades de piel inflamatorias (psoriasis), area total mayor de 500 cm cuadrados	10,00	0,00
710	96931	Microscopía confocal de reflectancia (RCM) para imágenes celulares y subcelulares de la piel; adquisición e interpretación de imágenes e informe, primera lesión	0,00	0,00
711	96932	Microscopía confocal de reflectancia (RCM) para imágenes celulares y subcelulares de la piel; adquisición de imagen solamente, primera lesión	0,00	0,00
712	96933	Microscopía confocal de reflectancia (RCM) para imágenes celulares y subcelulares de la piel; interpretación e informe solamente, primera lesión	0,00	0,00
713	96934	Microscopía confocal de reflectancia (RCM) para imágenes celulares y subcelulares de la piel; adquisición e interpretación de imágenes e informe, cada lesión adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0,00	0,00
714	96935	Microscopía confocal de reflectancia (RCM) para imágenes celulares y subcelulares de la piel; adquisición de imágenes solamente, cada lesión adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0,00	0,00

715	96936	Microscopía confocal de reflectancia (RCM) para imágenes celulares y subcelulares de la piel; interpretación e informe solamente, cada lesión adicional (enumere por separado además del código para el procedimiento primario)	0,00	0,00
716	96999	Servicio o procedimiento dermatológico especial que no aparece en la lista	CM	0,00
717	97001	Evaluación de terapia física	16,00	0,00
718	97002	Reevaluación de terapia física	10,80	0,00
719	97003	Evaluación de terapia ocupacional	16,00	0,00
720	97004	Reevaluación de terapia ocupacional	10,80	0,00
721	97005	Evaluación de entrenamiento atlético	16,00	0,00
722	97006	Reevaluación de entrenamiento atlético	10,80	0,00
723	97010	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; compresas calientes o frías	2,00	0,00
724	97012	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; tracción mecánica	4,50	0,00
725	97014	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; estimulación eléctrica (no asistida)	3,50	0,00
726	97016	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; dispositivos vasoneumáticos	4,50	0,00
727	97018	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; baño de parafina	3,00	0,00
728	97022	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; hidroterapia de remolino	4,50	0,00
729	97024	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; diatermia (ej microondas)	3,00	0,00
730	97026	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; rayos infrarrojos	2,00	0,00
731	97028	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; luz ultravioleta	4,00	0,00
732	97032	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; estimulación eléctrica (manual), cada 15 minutos	4,50	0,00
733	97033	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; iontoforesis, cada 15 minutos	5,00	0,00
734	97034	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; baños alternantes (frío y caliente), cada 15 minutos	4,00	0,00
735	97035	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; ultrasonido, cada 15 minutos	4,00	0,00
736	97036	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; tanque de Hubbard, cada 15 minutos	5,50	0,00
737	97039	Modalidad que no aparece en la lista (especifique el tipo y la duración si el paciente es atendido en forma constante)	CM	0,00
738	97110	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; ejercicios terapéuticos para desarrollar fuerza, resistencia, gama de movimiento or flexibilidad	5,00	0,00
739	97112	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; reeducación neuromuscular del movimiento, equilibrio, coordinación, sentido quinestésico, postura y propiocepción para actividades en posición de pie y/o sentado	5,00	0,00
740	97113	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; terapia acuática con ejercicios terapéuticos	4,00	0,00
741	97116	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; entrenamiento de la marcha (incluyendo subir escaleras)	7,00	0,00
742	97124	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; masaje, incluyendo frotamiento (effelurage), compresión (petrissage), percusión	5,50	0,00
743	97139	Procedimiento terapéutico que no aparece en la lista (especifique)	CM	0,00
744	97140	Técnicas manuales de la terapia (P. ej. manipulación de la	6,00	0,00

		movilización, drenaje linfático manual, tracción manual), uno o más regiones, cada 15 minutos		
745	97150	Procedimiento(s) terapéutico(s), grupal (2 o más personas)	5,00	0,00
746	97161	Evaluación de fisioterapia: baja complejidad, que requiere estos componentes: un historial sin factores personales y / o comorbilidades que afecten el plan de atención; Un examen de los sistemas del cuerpo utilizando pruebas y medidas estandarizadas que abordan 1-2 elementos de cualquiera de los siguientes: estructuras y funciones del cuerpo, limitaciones de actividad y / o restricciones de participación; Una presentación clínica con características estables y / o sin complicaciones; y Toma de decisiones clínicas de baja complejidad utilizando un instrumento estandarizado de evaluación del paciente y / o una evaluación medible del resultado funcional. Por lo general, se pasan 20 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	2,32	0,00
747	97162	Evaluación de fisioterapia: complejidad moderada, que requiere estos componentes: antecedentes de problemas actuales con 1-2 factores personales y / o comorbilidades que afectan el plan de atención; Un examen de los sistemas del cuerpo utilizando pruebas y medidas estandarizadas para abordar un total de 3 o más elementos de cualquiera de los siguientes: estructuras y funciones del cuerpo, limitaciones de actividad y / o restricciones de participación; Una presentación clínica en evolución con características cambiantes; y Toma de decisiones clínicas de complejidad moderada utilizando un instrumento estandarizado de evaluación del paciente y / o una evaluación medible del resultado funcional. Por lo general, se pasan 30 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	2,32	0,00
748	97163	Evaluación de fisioterapia: complejidad moderada, que requiere estos componentes: antecedentes de problemas actuales con 1-2 factores personales y / o comorbilidades que afectan el plan de atención; Un examen de los sistemas del cuerpo utilizando pruebas y medidas estandarizadas para abordar un total de 3 o más elementos de cualquiera de los siguientes: estructuras y funciones del cuerpo, limitaciones de actividad y / o restricciones de participación; Una presentación clínica en evolución con características cambiantes; y Toma de decisiones clínicas de complejidad moderada utilizando un instrumento estandarizado de evaluación del paciente y / o una evaluación medible del resultado funcional. Por lo general, se pasan 45 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	2,32	0,00
749	97164	Reevaluación del plan de atención establecido de fisioterapia, que requiere estos componentes: se requiere un examen que incluya una revisión del historial y el uso de pruebas y medidas estandarizadas; y Plan de atención revisado utilizando un instrumento estandarizado de evaluación del paciente y / o una evaluación medible del resultado funcional. Típicamente, se pasan 20 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	1,58	0,00
750	97165	Evaluación de terapia ocupacional, de baja complejidad, que requiere estos componentes: un perfil ocupacional e historial médico y de terapia, que incluye un breve historial que incluye la revisión de los registros médicos y / o de terapia relacionados con el problema actual; Una (s) evaluación (es) que identifica 1-3 deficiencias de rendimiento (es decir, relacionadas con habilidades físicas, cognitivas o psicosociales) que resultan en limitaciones de actividad y / o restricciones de	2,25	0,00

		participación; y Toma de decisiones clínicas de baja complejidad, que incluye un análisis del perfil ocupacional, análisis de datos de evaluaciones centradas en problemas y consideración de un número limitado de opciones de tratamiento. El paciente se presenta sin comorbilidades que afecten el desempeño ocupacional. Modificación de tareas o asistencia (por ejemplo, físico o verbal) con evaluación (es) no es necesario para completar el componente de evaluación. Por lo general, se pasan 30 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.		
751	97166	Evaluación de terapia ocupacional, complejidad moderada, que requiere estos componentes: un perfil ocupacional e historial médico y de terapia, que incluye una revisión ampliada de los registros médicos y / o de terapia y una revisión adicional de los antecedentes físicos, cognitivos o psicosociales relacionados con el desempeño funcional actual; Una (s) evaluación (es) que identifica de 3 a 5 déficits de rendimiento (es decir, relacionados con habilidades físicas, cognitivas o psicosociales) que resultan en limitaciones de actividad y / o restricciones de participación; y Toma de decisiones clínicas de complejidad analítica moderada, que incluye un análisis del perfil ocupacional, análisis de datos de evaluaciones detalladas y consideración de varias opciones de tratamiento. El paciente puede presentar comorbilidades que afectan el desempeño ocupacional. Modificación mínima a moderada de tareas o asistencia (por ejemplo, física o verbal) con evaluación (es) para que el paciente pueda completar el componente de evaluación. Por lo general, se pasan 45 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	2,25	0,00
752	97167	Evaluación de terapia ocupacional, alta complejidad, que requiere estos componentes: un perfil ocupacional e historial médico y terapéutico, que incluye la revisión de registros médicos y / o de terapia y una revisión adicional extensa de los antecedentes físicos, cognitivos o psicosociales relacionados con el desempeño funcional actual; Una (s) evaluación (es) que identifica 5 o más déficits de rendimiento (es decir, relacionados con habilidades físicas, cognitivas o psicosociales) que resultan en limitaciones de actividad y / o restricciones de participación; y Toma de decisiones clínicas de alta complejidad analítica, que incluye un análisis del perfil del paciente, análisis de datos de evaluaciones integrales y consideración de múltiples opciones de tratamiento. El paciente presenta comorbilidades que afectan el desempeño ocupacional. Modificación significativa de tareas o asistencia (por ejemplo, física o verbal) con evaluación (es) para que el paciente pueda completar el componente de evaluación. Por lo general, se pasan 60 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	2,25	0,00
753	97168	Reevaluación del plan de atención establecido de terapia ocupacional, que requiere estos componentes: una evaluación de los cambios en el estado funcional o médico del paciente con un plan de atención revisado; Una actualización del perfil ocupacional inicial para reflejar los cambios en la condición o el ambiente que afectan las futuras intervenciones y / o metas; y Un plan de atención revisado. Se realiza una reevaluación formal cuando hay un cambio documentado en el estado funcional o se requiere un cambio significativo en el plan de atención. Por lo general, se pasan 30 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	1,49	0,00
754	97169	Evaluación del entrenamiento deportivo, de baja complejidad,	0,00	0,00

		que requiere estos componentes: un historial y perfil de actividad física sin comorbilidades que afecten la actividad física; Un examen del área del cuerpo afectada y otros sistemas sintomáticos o relacionados que aborden 1-2 elementos de cualquiera de los siguientes: estructuras corporales, actividad física y / o deficiencias de participación; y Toma de decisiones clínicas de baja complejidad utilizando un instrumento estandarizado de evaluación del paciente y / o una evaluación medible del resultado funcional. Por lo general, se pasan 15 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.		
755	97170	Evaluación del entrenamiento deportivo, complejidad moderada, que requiere estos componentes: historial médico y perfil de actividad física con 1-2 comorbilidades que afectan la actividad física; Un examen del área corporal afectada y otros sistemas sintomáticos o relacionados que aborden un total de 3 o más elementos de cualquiera de los siguientes: estructuras corporales, actividad física y / o deficiencias de participación; y Toma de decisiones clínicas de complejidad moderada utilizando un instrumento estandarizado de evaluación del paciente y / o una evaluación medible del resultado funcional. Por lo general, se pasan 30 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	0,00	0,00
756	97171	Evaluación del entrenamiento deportivo, de alta complejidad, que requiere estos componentes: un historial médico y un perfil de actividad física, con 3 o más comorbilidades que afectan la actividad física; Un examen exhaustivo de los sistemas del cuerpo utilizando pruebas y medidas estandarizadas que abordan un total de 4 o más elementos de cualquiera de los siguientes: estructuras del cuerpo, actividad física y / o deficiencias de participación; Presentación clínica con características inestables e impredecibles; y Toma de decisiones clínicas de alta complejidad utilizando un instrumento estandarizado de evaluación del paciente y / o una evaluación medible del resultado funcional. Por lo general, se pasan 45 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	0,00	0,00
757	97172	La reevaluación del plan de cuidado establecido para el entrenamiento deportivo requiere estos componentes: una evaluación del estado funcional actual del paciente cuando hay un cambio documentado; y Un plan de atención revisado utilizando un instrumento estandarizado de evaluación del paciente y / o una evaluación medible del resultado funcional con una actualización en las opciones de manejo, objetivos e intervenciones. Por lo general, se pasan 20 minutos cara a cara con el paciente y / o la familia.	0,00	0,00
758	97530	Actividades terapéuticas, contacto directo (uno a uno) entre el paciente y la persona encargada (uso de actividades dinámicas para mejorar el rendimiento funcional), cada 15 minutos	5,00	0,00
759	97533	Técnicas de integración sensorial para mejorar el procesamiento sensorial y promover la respuesta adaptativa a las demandas del ambiente, contacto directo con el paciente (cara a cara), cada 15 minutos.	0,97	0,00
760	97535	Entrenamiento para auto-cuidado y manejo en el hogar (ej actividades cotidianas (ADL)) y entrenamiento compensatorio, preparación de comidas, procedimientos de seguridad, e instrucciones para usar dispositivos /equipos de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos	7,50	0,00
761	97537	Entrenamiento para la reintegración a la comunidad y al	7,50	0,00

		trabajo (ej compras, transporte, manejo de dinero, actividades y/o trabajo no vocacionales, análisis del entorno y su modificación, análisis de las tareas del trabajo, uso de dispositivos tecnológicos /equipo de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos		
762	97542	Manejo de la silla de ruedas (ej evaluación, ajuste, entrenamiento), cada 15 minutos.	7,50	0,00
763	97545	Intensificación / acondicionamiento al esfuerzo; 2 primeras horas	24,00	0,00
764	97546	Intensificación / acondicionamiento al esfuerzo; cada hora adicional (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario).	12,00	0,00
765	97597	Debridamiento (ej hidrojet de alta presión con o sin succión, debridamiento selectivo con tijeras, escalpelo y fórceps), herida abierta (ej fibrina, epidermis y/o dermis desvitalizada, exudado, restos, bioplaca), incluyendo aplicacion(es) tópica(s), evaluación de la herida, uso de baño, cuando se realice e instrucciones para el cuidado subsiguiente, por sesión, área total de herida;	11,10	0,00
766	97598	Debridamiento (ej hidrojet de alta presión con o sin succión, debridamiento selectivo con tijeras, escalpelo y fórceps), herida abierta (ej fibrina, epidermis y/o dermis desvitalizada, exudado, restos, bioplaca), incluyendo aplicacion(es) tópica(s), evaluación de la herida, uso de baño, cuando se realice e instrucciones para el cuidado subsiguiente, por sesión, área total de herida;	14,10	0,00
767	97602	Eliminación de tejido desvitalizado de herida(s), desbridamiento no selectivo, sin anestesia (P. ej. apósitos húmedos, enzimáticos, abrasión), incluida la aplicación tópica (s), evaluación de la herida, e instrucción(es) para el cuidado posterior, por sesión	10,00	0,00
768	97605	Terapia de presión negativa sobre herida (P. ej. drenaje de colección asistida por vacío), incluyendo aplicaciones tópica(s), evaluación de la herida, e instrucción(es) para cuidados posteriores, por sesión; total de la superficie de la herida(s) inferior o igual a 50 centímetros cuadrados	5,00	0,00
769	97606	Terapia de presión negativa sobre herida (P. ej. drenaje de colección asistida por vacío), incluyendo aplicaciones tópica(s), evaluación de la herida, e instrucción(es) para cuidados posteriores, por sesión; total de la superficie de la herida(s) mayor de 50 centímetros cuadrados	5,50	0,00
770	97607	Terapia de heridas por presión negativa (p. Ej., Recolección de drenaje asistida por vacío), utilizando equipo médico desechable y no duradero que incluye la provisión de un sistema de recolección de manejo de exudado, aplicaciones tópicas, evaluación de heridas e instrucciones para atención continua, por sesión; área total de la herida (s) menor o igual a 50 centímetros cuadrados	0,00	0,00
771	97608	Terapia de heridas por presión negativa (p. Ej., Recolección de drenaje asistida por vacío), utilizando equipo médico desechable y no duradero que incluye la provisión de un sistema de recolección de manejo de exudado, aplicaciones tópicas, evaluación de heridas e instrucciones para atención continua, por sesión; área total de la herida (s) mayor de 50 centímetros cuadrados	0,00	0,00
772	97610	Ultrasonido de baja frecuencia, sin contacto, no térmico, que incluye aplicación(es) tópica(s), cuando se realice, evaluación de herida, e instrucción(es) para atención continuada, por día	3,39	0,00
773	97750	Prueba o medición del rendimiento físico (P. ej.,	9,50	0,00

		musculosquelético, capacidad funcional), con reporte escrito, cada 15 minutos		
774	97755	Evaluación de la tecnología de asistencia (ej para restaurar, aumentar o compensar las actuales funciones, optimizar las tareas funcionales y/o maximizar la accesibilidad al entorno), contacto directo uno-a-uno con el proveedor, con el informe escrito, cada 15 minutos	5,00	0,00
775	97760	Manejo y entrenamiento ortético (incluyendo evaluación y adecuación cuando no se haga mención en otra parte) de extremidad(es) superior(es), inferior(es), y/o tronco, cada 15 minutos.	2,50	0,00
776	97761	Entrenamiento protético, extremidad(es) superior(es) e inferior(es), cada 15 minutos	4,80	0,00
777	97763	Manejo y / o entrenamiento de ortesis (s) / prótesis (s), extremidades superiores, extremidades inferiores y / o tronco, ortesis posteriores / prótesis, cada 15 minutos	1,38	0,00
778	97799	Servicio o procedimiento de medicina física / rehabilitación no listado	CM	0,00
779	97802	Terapia de nutrición médica (podrán ser realizados por médico u otro profesional de la salud calificado); evaluación e intervención inicial, individual, con el paciente cara a cara, cada 15 minutos	14,00	0,00
780	97803	Terapia de nutrición médica (podrán ser realizados por médico u otro profesional de la salud calificado); reevaluación e intervención, individual, con el paciente cara a cara, cada 15 minutos	9,00	0,00
781	97804	Terapia de nutrición médica (podrán ser realizados por médico u otro profesional de la salud calificado); grupo (2 o más personas), cada 30 minutos	8,00	0,00
782	97810	Acupuntura, una o más agujas; sin estimulación eléctrica, 15 minutos iniciales de contacto personal uno a uno con el paciente.	5,40	0,00
783	97811	Acupuntura, una o más agujas; sin estimulación eléctrica, por cada 15 minutos adicionales de contacto personal uno a uno con el paciente, con re inserción de aguja(s) (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	4,50	0,00
784	97813	Acupuntura con una o más agujas; con estimulación eléctrica, 15 minutos iniciales de contacto personal uno a uno con el paciente	5,80	0,00
785	97814	Acupuntura con una o más agujas; con estimulación eléctrica, por cada 15 minutos adicionales de contacto personal con el paciente, con re inserción de aguja(s) (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	5,00	0,00
786	98925	Tratamiento de manipulación osteopática; involucra 1-2 regiones corporales	7,50	0,00
787	98926	Tratamiento de manipulación osteopática; involucra 3-4 regiones corporales	10,00	0,00
788	98927	Tratamiento de manipulación osteopática; involucra 5-6 regiones corporales	12,00	0,00
789	98928	Tratamiento de manipulación osteopática; involucra 7-8 regiones corporales	14,00	0,00
790	98929	Tratamiento de manipulación osteopática; involucra 9-10 regiones corporales	15,00	0,00
791	98940	Tratamiento de manipulación quiropráctica, involucra 1-2 regiones de columna	8,00	0,00
792	98941	Tratamiento de manipulación quiropráctica, involucra 3-4 regiones de columna	9,20	0,00
793	98942	Tratamiento de manipulación quiropráctica, involucra 5 regiones de columna	10,40	0,00

794	98943	Tratamiento de manipulación quiropráctica, que no sea de columna, 1 o más regiones	7,50	0,00
795	98960	Educación y entrenamiento para la autosuficiencia del paciente realizado por un profesional de la salud no médico calificado, usando un plan de trabajo, cara a cara con el paciente (podría incluir cuidador / familiar), cada 30 minutos; paciente individual	0,00	0,00
796	98961	Educación y entrenamiento para la autosuficiencia del paciente realizado por un profesional de la salud no médico calificado, usando un plan de trabajo, cara a cara con el paciente (podría incluir cuidador / familiar), cada 30 minutos; 2-4 pacientes	0,00	0,00
797	98962	Educación y entrenamiento para la autosuficiencia del paciente realizado por un profesional de la salud no médico calificado, usando un plan de trabajo, cara a cara con el paciente (podría incluir cuidador / familiar), cada 30 minutos; 5-8 pacientes	0,00	0,00
798	98966	Evaluación telefónica y gestión de los servicios prestados por personal profesional de salud no médico calificado a un paciente conocido, padre, o tutor, pero que no se origina en un servicio de evaluación y manejo proporcionado en los 7 días previos, ni que conduce a un servicio de evaluación y manejo dentro de las 24 horas siguientes o en la cita mas prontamente disponible; 5- 10 minutos de discusión médica	0,00	0,00
799	98967	Evaluación telefónica y gestión de los servicios prestados por personal profesional de salud no médico calificado a un paciente conocido, padre, o tutor, pero que no se origina en un servicio de evaluación y manejo proporcionado en los 7 días previos, ni que conduce a un servicio de evaluación y manejo dentro de las 24 horas siguientes o en la cita mas prontamente disponible; 11-20 minutos de discusión médica	0,00	0,00
800	98968	Evaluación telefónica y gestión de los servicios prestados por personal profesional de salud no médico calificado a un paciente conocido, padre, o tutor, pero que no se origina en un servicio de evaluación y manejo proporcionado en los 7 días previos, ni que conduce a un servicio de evaluación y manejo dentro de las 24 horas siguientes o en la cita mas prontamente disponible; 21-30 minutos de discusión médica	0,00	0,00
801	98969	Evaluación en línea y gestión de los servicios prestados por personal de salud no médico calificado a un paciente continuador, o tutor, no originado de servicio de evaluación y manejo relacionado proporcionado en los 7 días previos, empleando internet o una red de comunicación electrónica similar	0,00	0,00
802	99000	Manejo y/o transporte de una muestra trasladada desde el consultorio médico a un laboratorio	0,00	0,00
803	99001	Manejo y/o transporte de una muestra trasladada desde un lugar que no es el consultorio médico, a un laboratorio (se puede indicar la distancia)	0,00	0,00
804	99002	Manejo, transporte y/o cualquier otro servicio relacionado al cumplimiento de una orden que involucre dispositivos (P. ej., diseño, colocación, embalaje, manejo, entrega o envío por correo) cuando los dispositivos de tipo ortóticos, protectores o protésicos son fabricados por un laboratorio o establecimiento externo, en circunstancias que los items han sido diseñados, y van a ser modelados y ajustados por el médico tratante u otro profesional de la salud calificado	0,00	0,00
805	99024	Visita de seguimiento posquirúrgico, normalmente incluido en el paquete quirúrgico, para indicar que un servicio de evaluación y manejo ha sido realizado durante el periodo	0,00	0,00

		postoperatorio por una razón (es) vinculada al procedimiento original		
806	99026	Servicio hospitalario de atención por retén; en hospital, por cada hora	0,00	0,00
807	99027	Servicio hospitalario de atención por retén; fuera de hospital, por cada hora	0,00	0,00
808	99050	Servicios proporcionados en el consultorio fuera de horario de oficina, o en fechas en que el consultorio está normalmente cerrado (ej feriados, sábados o domingo), además del servicio básico	0,00	0,00
809	99051	Servicio(s) provistos en consultorio durante horario regular sea de tarde, fin de semana o feriado en horas de oficina, además del proporcionado en el servicio convencional	0,00	0,00
810	99053	Servicio(s) provisto entre las 10 pm y las 8 am en un establecimiento de 24 horas, además del proporcionado en servicio convencional	0,00	0,00
811	99056	Servicio(s) provisto típicamente en el consultorio, pero proporcionado a pedido del paciente fuera del consultorio, además del servicio convencional	0,00	0,00
812	99058	Servicio(s) de emergencia provisto en el consultorio, interrumpiendo otros servicios de consultorio programados, además del proporcionado como servicio convencional	0,00	0,00
813	99060	Servicio(s) de emergencia provisto fuera del consultorio, interrumpiendo otros servicios de consultorio programados, además del proporcionado como servicio convencional	0,00	0,00
814	99070	Artículos y materiales (excepto anteojos) proporcionados por el médico u otro profesional de la salud calificado y que exceden los que habitualmente se incluyen con la visita al consultorio u otros servicios proporcionados (deben anotarse las drogas, bandejas, artículos o materiales)	0,00	0,00
815	99071	Artículos educacionales, tales como libros, cintas y folletos, proporcionados por el médico para educar al paciente, costeados por médico u otro profesional de la salud calificado	0,00	0,00
816	99075	Testificación médica	0,00	0,00
817	99078	Servicios de educación médica proporcionados a pacientes en grupo (ej atención prenatal, obesidad, instrucciones para diabéticos) por médico u otro profesional de la salud calificado mediante educación, entrenamiento, licenciatura/regulación (cuando sea aplicable)	0,00	0,00
818	99080	Informes especiales tales como formularios de seguros, más allá de la información proporcionada en las comunicaciones médicas rutinarias o en formularios de informe estándar	0,00	0,00
819	99082	Viajes fuera de lo habitual (P. ej., para transportar y acompañar al paciente)	0,00	0,00
820	99090	Análisis de información clínica guardada en computadoras (P. ej., ECG, presión arterial, datos de hematología)	0,00	0,00
821	99091	Recopilación e interpretación de datos fisiológicos ((P. ej. ECG, presión arterial, control de glucosa) almacenados digitalmente y / o transmitida por el paciente y / o cuidador para el médico u otro profesional de la salud calificado mediante educación, entrenamiento, licenciatura / regulación (cuando sea aplicable), requiriendo un mínimo de 30 minutos de tiempo)	0,00	0,00
822	99151	Servicios de sedación moderados proporcionados por el mismo médico u otro profesional de la salud calificado que realiza el servicio de diagnóstico o terapéutico que admite la sedación, lo que requiere la presencia de un observador capacitado independiente para ayudar en el monitoreo del nivel de conciencia y el estado fisiológico del paciente; 15 minutos iniciales de tiempo dentro del servicio, pacientes menores de 5 años	2,20	2,20

823	99152	Servicios de sedación moderados proporcionados por el mismo médico u otro profesional de la salud calificado que realiza el servicio de diagnóstico o terapéutico que admite la sedación, lo que requiere la presencia de un observador capacitado independiente para ayudar en el monitoreo del nivel de conciencia y el estado fisiológico del paciente; 15 minutos iniciales de tiempo en el servicio, paciente de 5 años o más	1,46	1,46
824	99153	Servicios de sedación moderados proporcionados por el mismo médico u otro profesional de la salud calificado que realiza el servicio de diagnóstico o terapéutico que admite la sedación, lo que requiere la presencia de un observador capacitado independiente para ayudar en el monitoreo del nivel de conciencia y el estado fisiológico del paciente; cada 15 minutos adicionales en el tiempo de servicio (Lista aparte, además del código para el servicio primario)	0,31	0,31
825	99155	Servicios de sedación moderados proporcionados por un médico u otro profesional de la salud calificado que no sea el médico u otro profesional de la salud calificado que realice el servicio de diagnóstico o terapéutico que respalda la sedación; 15 minutos iniciales de tiempo dentro del servicio, pacientes menores de 5 años	2,70	2,70
826	99156	Servicios de sedación moderados proporcionados por un médico u otro profesional de la salud calificado que no sea el médico u otro profesional de la salud calificado que realice el servicio de diagnóstico o terapéutico que respalda la sedación; 15 minutos iniciales de tiempo en el servicio, paciente de 5 años o más	2,21	2,21
827	99157	Servicios de sedación moderados proporcionados por un médico u otro profesional de la salud calificado que no sea el médico u otro profesional de la salud calificado que realice el servicio de diagnóstico o terapéutico que respalda la sedación; cada 15 minutos adicionales en el tiempo de servicio (Lista aparte, además del código para el servicio primario)	1,68	1,68
828	99170	Examen anogenital, con magnificación, en la infancia por sospecha de trauma, incluyendo registro de imágenes cuando se realice	4,72	0,00
829	99172	Tamizaje de función visual, determinación cuantitativa de la agudeza visual automatizada o semiautomatizada bilateral, alineamiento ocular, visión de color con placas pseudocromáticas, y campo de visión (puede incluir todas o algún tamizaje de determinación(es) de sensibilidad al contraste, visión bajo luz intensa)	0,00	0,00
830	99173	Prueba de agudeza visual, cuantitativa, bilateral	0,09	0,00
831	99174	Tamizaje ocular con instrumento (ej fototamizaje, refracción automatizada), bilateral	0,00	0,00
832	99175	Administración de jarabe de ipecacuana o semejante para la emesis individual y la observación continuada hasta que el estómago haya expulsado el veneno adecuadamente	7,00	0,00
833	99177	Cribado ocular basado en instrumentos (p. Ej., Cribado fotográfico, refracción automatizada), bilateral; con análisis in situ	0,00	0,00
834	99183	Asistencia y supervisión de terapia con oxígeno hiperbárico por médico u otro profesional de la salud calificado, por sesión	14,00	0,00
835	99184	El inicio de la hipotermia selectiva de la cabeza o del cuerpo total en el neonato críticamente enfermo, incluye la selección apropiada del paciente mediante la revisión de datos clínicos, de imágenes y de laboratorio, confirmación de la ubicación de la sonda de temperatura esofágica, evaluación del EEG de amplitud, supervisión de la hipotermia controlada y	6,19	0,00

		evaluación de la tolerancia del paciente. de enfriamiento		
836	99188	Colocación de sonda naso yeyunal para soporte nutricional enteral	0,35	0,00
837	99190	Ensamblaje y operación de la bomba con oxigenador o intercambiador de calor (con o sin ECG y/o control de la presión); cada hora	86,00	0,00
838	99191	Ensamblaje y operación de la bomba con oxigenador o intercambiador de calor (con o sin ECG y/o control de la presión); 45 minutos	64,00	0,00
839	99192	Ensamblaje y operación de la bomba con oxigenador o intercambiador de calor (con o sin ECG y/o control de la presión); 30 minutos	42,50	0,00
840	99195	Flebotomía terapéutica (procedimiento separado)	5,00	0,00
841	99199	Servicio o informe especial, que no aparece en la lista	CM	0,00
842	99500	Visita domiciliaria para que el monitoreo y evaluación prenatal que incluyen ritmo cardíaco fetal,	0,00	0,00
843	99501	Visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento	0,00	0,00
844	99502	Visita domiciliaria para cuidado y evaluación neonatal	0,00	0,00
845	99503	Visita domiciliaria para terapia respiratoria ej. Broncodilatador, terapia de oxígeno, evaluación	0,00	0,00
846	99504	Visita domiciliaria para cuidado de la ventilación mecánica	0,00	0,00
847	99505	Visita domiciliaria para cuidado y mantenimiento de ostomía, incluyendo colostomía y cistostomía	0,00	0,00
848	99506	Visita domiciliaria para inyecciones intramusculares	0,00	0,00
849	99507	Visita domiciliaria para cuidado y mantenimiento de catéteres (ej. Urinario, drenaje y enterales)	0,00	0,00
850	99509	Visita domiciliaria para la ayuda con actividades de la vida diaria y del cuidado personal	0,00	0,00
851	99510	Visita domiciliaria para el individuo, la familia ó consejo matrimonial	0,00	0,00
852	99511	Visita domiciliaria para el manejo de la impactación fecal y la administración de enema	0,00	0,00
853	99512	Visita domiciliaria para hemodiálisis	0,00	0,00
854	99600	Servicios o procedimientos en visita domiciliaria	0,00	0,00
855	99601	Administración domiciliaria de fármacos en infusión, con una duración de hasta 2 horas	0,00	0,00
856	99602	Cada hora adicional de administración domiciliaria de fármacos en infusión, después de las primeras dos horas	0,00	0,00
857	99605	Servicios de Seguimiento Farmacotérapéutico es proporcionado por el Químico Farmacéutico, en entrevistas directas con el paciente o cuidador, para evaluar e intervenir en relación a la farmacoterapia del paciente, si se proporciona los primeros 15 minutos a paciente seleccionado inicialmente.	0,00	0,00
858	99606	Servicios de Seguimiento Farmacotérapéutico es proporcionado por el Químico Farmacéutico, en entrevistas directas con el paciente o cuidador, para evaluar e intervenir en relación a la farmacoterapia del paciente, si se proporciona los primeros 15 minutos a paciente establecido.	0,00	0,00
859	99607	Servicios de Seguimiento Farmacotérapéutico es proporcionado por el Químico Farmacéutico, en entrevistas directas con el paciente o cuidador, para evaluar e intervenir en relación a la farmacoterapia del paciente, si se proporciona los primeros 15 minutos (códigos complementarios a los servicios básicos)	0,00	0,00

A. Psiquiatría

- **Procedimientos Psiquiátricos de Entrevista Para Evaluación o Diagnóstico General Clínico**

Los servicios psiquiátricos incluyen servicios de diagnóstico, psicoterapia, tratamiento farmacológico y otros servicios tanto a los individuos, familias.

Algunas atenciones de psiquiatría pueden ser reportados como prestaciones de evaluación y manejo ambulatorio de pacientes con los códigos: 99201 hasta 99255, 99281, 99285, 99304, 99339, 99340.

La atención hospitalaria en el tratamiento de una hospitalización psiquiátrica se podrá registrar con los códigos 99221 hasta 99233.

La interconsulta para evaluación psiquiátrica hospitalaria incluye el examen de un usuario/paciente y el intercambio de información con el médico tratante inicial de atención ambulatoria y otros informantes, la atención de especialidad y el reporte de la interconsulta. Estos servicios pueden ser facturados utilizando los códigos de consulta interconsulta hospitalaria.

- **Complejidad Interactiva**

La complejidad interactiva se refiere a factores comunicacionales específicos que complican prestación psiquiátrica.

El Código 90785 es para facturar la complejidad interactiva.

Se deberá notificar en conjunto con los códigos para la evaluación diagnóstica y/o re- evaluaciones psiquiátricas (90791,90792), o la psicoterapia individual (códigos: 90832, 90834, 90837).

También puede combinarse con la psicoterapia grupal familiar cuando se realiza como un servicio de consulta psiquiátrica, códigos: 90833, 90836, 90838, 99201-99255, 99304 a 99337, 99341-99350), y la psicoterapia grupal no familiar (códigos: 90853).

Estos factores están presentes típicamente en usuarios/pacientes:

- Menores de edad o adultos tutores encargados legalmente de su cuidado.
- Que requieren participar con otro acompañante durante la visita, como adultos acompañados por uno o más miembros de la familia, que participan o intérpretes o traductores de idiomas.
- Que requieren la participación de otros terceros, tales como agencias de bienestar infantil, oficiales de libertad condicional o directivos de escuelas.

Procedimientos psiquiátricos pueden reportarse con **“complejidad interactiva”** cuando al menos uno de los siguientes criterios:

- La necesidad de gestionar la comunicación por problemas de adaptación debido a altos niveles de ansiedad, alta reactividad, respuestas repetidas, o desacuerdo entre los participantes de la consulta que complica la entrega de la atención psiquiátrica.

- Emociones del cuidador o su comportamiento, que interfieren con la comprensión y la capacidad de contribuir a la aplicación del plan de tratamiento del médico.
- Evidencia o divulgación de un evento psiquiátrico. Por ejemplo: el abuso o la negligencia con el informe de la agencia estatal.
- Necesidad de uso de equipos de juego, otros dispositivos físicos, intérprete o traductor para comunicarse con el usuario/paciente y poder superar las barreras a la interacción terapéutica o diagnóstica entre el médico u otro profesional sanitario cualificado y un usuario/paciente.
- El paciente psiquiátrico no está desarrollando o no tiene habilidades comunicacionales expresivas para explicar los síntomas y la respuesta al tratamiento, o tiene dificultad en las habilidades de comunicación receptiva para entender al médico u otro profesional de la salud calificado.
- Los códigos de psicoterapia pueden ser aplicados por el personal médico u otro personal de la salud calificado.

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 de psicoterapia combinado con un servicio de evaluación y gestión (90833, 90836, 90838).

• Procedimientos Diagnósticos Psiquiátricos

La evaluación diagnóstica está integrada a la evaluación biopsicosocial, incluyendo la historia clínica psiquiátrica, el status mental y recomendaciones. La evaluación incluye la comunicación con la familia u otra fuente de datos y revisión de los estudios diagnósticos.

HONORARIOS PROFESIONALES POR SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO IMAGEN

En esta sección agréguese la letra “H” al final de cada código (ejemplo: 70010H)

Nº	CÓDIGO CPT	DESCRIPCIÓN	UVR Médico	UVR ANESTESIA
1	70010	Mielografía de fosa posterior, supervisión e interpretación radiológica	1,97	0,00
2	70015	Cisternografía, contraste positivo, supervisión e interpretación radiológica	4,46	0,00
3	70170	Dacriocistografía de conducto nasolagrimal, supervisión e interpretación radiológica	0,43	0,00
4	70332	Artrografía de articulación temporomandibular, supervisión e interpretación radiológica	2,28	0,00
5	70390	Sialografía; supervisión e interpretación radiológica	2,65	0,00
6	70496	Angiografía por tomografía computarizada de cabeza y/o cuello, con contraste(s), incluyendo imágenes no contrastadas, si se toman, y post procesamiento de	8,33	0,00

		imágenes		
7	70498	Angiografía por tomografía computarizada de cuello, con material de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen	8,31	0,00
8	70544	Angiografía por resonancia magnética de cabeza sin contraste	11,11	0,00
9	70545	Angiografía por resonancia magnética de cabeza con contraste	11,00	0,00
10	70546	Angiografía por resonancia magnética de cabeza; sin material de contraste, seguido de materiales de contraste y más cortes adicionales	16,94	0,00
11	70547	Angiografía por resonancia magnética de cuello sin contraste	11,16	0,00
12	70548	Angiografía por resonancia magnética de cuello con contraste	11,70	0,00
13	70549	Angiografía por resonancia magnética de cuello; sin material de contraste, seguido de material(es) de contraste mas cortes adicionales	17,04	0,00
14	70555	Resonancia magnética de cerebro, funcional; incluyendo test de selección y administración de movimientos repetitivos de partes del cuerpo y/o estimulación visual, requiere supervisión de un médico o psicólogo en toda la prueba neurofuncional	6,52	0,00
15	71275	Angiotac de tórax (no coronario) con material(es) de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen (para angiografía por tomografía computarizada de arteria coronaria incluyendo calificación por puntuación y/o morfología cardíaca, usar el código 75574)	8,53	0,00
16	71555	Angiografía por resonancia magnética en tórax (excluyendo miocardio), con o sin uso de contraste	11,29	0,00
17	72159	Angiografía de resonancia magnética, canal espinal y su contenido, con o sin materiales de contraste	11,00	0,00
18	72191	Angiografía por tomografía computarizada, pelvis, con material de contraste (s), incluyendo imágenes no contrastadas, si se realiza, y postprocesado de imágenes	8,70	0,00
19	72198	Angiografía de resonancia magnética, pelvis, con o sin materiales de contraste	11,38	0,00

20	72240	Mielografía cervical, supervisión e interpretación radiológicas	2,81	0,00
21	72255	Mielografía torácica, supervisión e interpretación radiológicas	2,82	0,00
22	72265	Mielografía lumbosacral, supervisión e interpretación radiológicas	2,64	0,00
23	72270	Mielografía, 2 o más regiones (p.ej. Lumbar/torácica, cervical/torácica, lumbar/cervical, lumbar/torácica/cervical), supervisión e interpretación radiológicas	3,64	0,00
24	72275	Epidurografía, supervisión radiológica e interpretación	3,28	3,00
25	72285	Discografía cervical o torácica, supervisión e interpretación radiológicas	3,22	0,00
26	72295	Discografía lumbar, supervisión e interpretación radiológicas	2,79	0,00
27	73040	Examen radiológico, hombro, artrografía, supervisión e interpretación radiológica	2,84	0,00
28	73085	Examen radiológico, codo, artrografía, supervisión quirúrgica e interpretación	2,72	0,00
29	73115	Examen radiológico, muñeca, artrografía, supervisión e interpretación radiológicas	3,02	0,00
30	73206	Angiotac de miembro superior, con material(es) de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen	9,32	0,00
31	73225	Angiografía por resonancia magnética, extremidad superior, con o sin material(es) de contraste	11,00	0,00
32	73525	Examen radiológico, artrografía de cadera, supervisión radiológica e interpretación	2,89	0,00
33	73580	Examen radiológico, rodilla, artrografía, supervisión e interpretación radiológicas	3,23	0,00
34	73615	Examen radiológico, tobillo, artrografía, supervisión e interpretación radiológicas	2,99	0,00
35	73706	Angiografía por tomografía computarizada de extremidad inferior, con material de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de imágenes	10,10	0,00
36	73725	Angiografía por resonancia magnética, extremidad inferior con o sin contraste	11,38	0,00

37	74174	Angiotac de abdomen y pelvis, con material(es) de contraste, incluye imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen	11,04	0,00
38	74175	Angiotac de abdomen, con material(es) de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen	8,72	0,00
39	74185	Angiografía por resonancia magnética, abdomen, con o sin material(es) de contraste	11,43	0,00
40	74190	Peritoneograma (por ejemplo: luego de inyección de aire o contraste), con supervisión radiológica e interpretación.	5,80	0,00
41	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 visualización	3,60	0,00
42	74247	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, con visualización de riñones, uréteres y vejiga	4,01	0,00
43	74249	Examen radiológico, tracto gastrointestinal superior contraste de aire, con bario específico de alta densidad, agente efervescente, con o sin glucagón; con seguimiento de tránsito en intestino	5,21	0,00
44	74250	Examen radiológico, intestino delgado, incluye múltiples placas seriadas;	2,95	0,00
45	74251	Examen radiológico, intestino delgado, incluye múltiples placas seriadas; vía tubo de enteroclis.;	11,85	0,00
46	74260	Duodenografía hipotónica	9,68	0,00
47	74261	Colonoscopia virtual (tomografía computarizada) que incluye imagen post proceso, sin material de contraste	13,80	0,00
48	74262	Colonografía diagnóstica por tomografía computarizada (TC), incluyendo postprocesamiento de imágenes; con material(es) de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan	15,46	0,00
49	74263	Colonografía por tomografía computarizada de Screening, incluyendo el post procesamiento de la imagen	21,57	0,00
50	74270	Examen radiológico, colon; enema de bario, con o sin visualización de riñones, uréteres y vejiga	4,25	0,00

51	74280	Examen radiológico de colon, con aire contrastado con bario específico de alta densidad, sin glucagón	6,05	0,00
52	74283	Enema terapéutico, con contraste de gas, para la reducción de intususcepción u otra obstrucción intraluminal (por ejemplo: íleo meconial)	5,96	0,00
53	74300	Colangiografía y/o pancreatografía; intraquirúrgica, supervisión e interpretación radiológica	2,40	0,00
54	74301	Colangiografía y/o pancreatografía; set intraoperatirio adicional, supervisión e interpretación	1,10	0,00
55	74340	Introducción de tubo gastrointestinal largo (p.ej. Miller-Abbott), incluyendo fluoroscopías y placas	3,30	0,00
56	74355	Colocación percutánea de tubo de enteroclistis, supervisión e interpretación radiológica	0,00	0,00
57	74360	Dilatación intraluminal de estenosis y/o obstrucciones (por ejemplo: esófago), con supervisión radiológica e interpretación	3,10	0,00
58	74363	Dilatación trans hepática percutánea de la estenosis del conducto biliar con o sin colocación de stent, supervisión e interpretación radiológicas	0,00	0,00
59	74425	Urografía anterógrada (pielostograma, nefrostograma, estudio de asas), supervisión e interpretación	2,00	0,00
60	74430	Cistografía, mínimo tres incidencias, supervisión e interpretación radiológica	1,08	0,00
61	74440	Vasografía, vesiculografía o epididimografía, supervisión e interpretación radiológicas	2,30	0,00
62	74445	Cavernosografía de cuerpos cavernosos, supervisión e interpretación radiológicas	6,50	0,00
63	74450	Uretrocistografía retrógrada, supervisión e interpretación radiológica	2,00	0,00
64	74455	Uretrocistografía evacuatoria, supervisión e interpretación radiológica	2,32	0,00
65	74470	Examen radiológico, estudio de quiste renal, translumbar, visualización con contraste, supervisión e interpretación radiológicas.	3,20	0,00
66	74485	Dilatación de nefrostomía, uréteres o uretra, supervisión e interpretación radiológica	2,60	0,00
67	74710	Pelvimetría, con o sin ubicación placentaria	1,05	0,00

68	74740	Histerosalpingografía, supervisión e interpretación radiológica	2,12	0,00
69	74775	Perineograma (P. ej., vaginograma, para determinación del sexo o de la extensión de anomalías)	3,50	0,00
70	75574	Angiotac coronaria, arterias coronarias y bypass, (Cuando se presenta) con material de contraste, incluyendo el post procesamiento de la imagen 3D (incluye la evaluación de la estructura y morfología cardíaca y evaluación de estructuras venosas, si se realizan)	11,95	3,00
71	75600	Aortografía torácica, sin estudio seriado, supervisión e interpretación radiológica	5,61	3,00
72	75605	Aortografía torácica con estudio seriado, con estudio seriado, supervisión e interpretación	3,95	3,00
73	75625	Aortografía abdominal por estudio seriado, supervisión e interpretación radiológica	3,94	3,00
74	75630	Aortografía abdominal más arterias iliofemorales bilaterales, catéter, por serialografía, con supervisión radiológica e interpretación	4,89	3,00
75	75635	Angiotac de aorta abdominal y arterias iliofemorales bilaterales, con valoración de flujo del miembro inferior, con material de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de la imagen	10,85	3,00
76	75658	Angiografía braquial retrograda, supervisión e interpretación radiológica	5,00	3,00
77	75705	Angiografía espinal selectiva, supervisión e interpretación radiológica	7,13	3,00
78	75710	Angiografía de extremidad, unilateral, supervisión e interpretación radiológica	4,64	3,00
79	75716	Angiografía bilateral de extremidades, supervisión e interpretación radiológica	5,34	3,00
80	75726	Angiografía visceral selectiva o supraselectiva (con o sin aortograma de vaciado), supervisión e interpretación radiológica	4,26	3,00
81	75731	Angiografía adrenal unilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológica	4,89	3,00
82	75733	Angiografía adrenal bilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológica	5,29	3,00
83	75736	Angiografía pélvica, selectiva o supraselectiva,	4,57	3,00

		supervisión e interpretación radiológica		
84	75741	Angiografía pulmonar unilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológica	4,30	3,00
85	75743	Angiografía pulmonar bilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológica	4,82	3,00
86	75746	Angiografía pulmonar mediante catéter no selectivo o inyección venosa, supervisión e interpretación radiológica	4,36	3,00
87	75756	Angiografía mamaria interna, supervisión e interpretación radiológica	4,87	3,00
88	75774	Angiografía selectiva, cada vaso adicional estudiado posterior al examen básico, supervisión e interpretación radiológica (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	2,46	3,00
89	75801	Linfografía unilateral de extremidad, supervisión e interpretación radiológica	5,00	0,00
90	75803	Linfografía bilateral de extremidad, supervisión e interpretación radiológica	5,00	0,00
91	75805	Linfografía unilateral pélvica/ abdominal, supervisión e interpretación radiológica	5,00	0,00
92	75807	Linfografía bilateral pélvica/ abdominal, supervisión e interpretación radiológica	5,00	0,00
93	75810	Esplenoportografía, supervisión e interpretación radiológica	3,20	0,00
94	75820	Flebografía unilateral de extremidad, supervisión e interpretación radiológica	3,29	3,00
95	75822	Flebografía bilateral de extremidad, supervisión e interpretación radiológica	3,91	3,00
96	75825	Veonografía, cava, superior, con estudio seriado, supervisión e interpretación radiológica	3,89	3,00
97	75827	Veonografía, cava, inferior, con estudio seriado, supervisión e interpretación radiológica	3,97	3,00
98	75831	Venografía, renal, unilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológica	4,01	3,00
99	75833	Venografía renal bilateral selectiva, supervisión e interpretación radiológica	4,75	3,00
100	75840	Venografía adrenal unilateral, selectiva, supervisión e	4,25	3,00

		interpretación radiológicas		
101	75842	Venografía adrenal bilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	5,12	3,00
102	75860	Venografía, seno venoso (p.ej. Petroso o sagital inferior) o yugular, catéter, supervisión e interpretación	4,10	3,00
103	75870	Venografía, seno sagital superior, supervisión e interpretación radiológica	4,25	3,00
104	75872	Venografía epidural, supervisión e interpretación radiológicas	4,43	3,00
105	75880	Venografía orbital, supervisión e interpretación radiológica	4,16	3,00
106	75885	Esplenoportografía trans hepática percutánea con evaluación hemodinámica, supervisión e interpretación radiológica	4,46	3,00
107	75887	Esplenoportografía trans hepática percutánea sin evaluación hemodinámica, supervisión e interpretación radiológica	4,51	3,00
108	75889	Venografía hepática, cuneiforme o libre con evaluación hemodinámica, supervisión e interpretación radiológica	4,09	3,00
109	75891	Venografía hepática, cuneiforme o libre sin evaluación hemodinámica, supervisión e interpretación radiológico	4,14	3,00
110	75894	Embolización terapéutica transcáteter, por cualquier método, supervisión e interpretación radiológica	5,00	0,00
111	75898	Angiografía a través del catéter existente para el estudio de seguimiento para la terapia transcáteter, embolización o infusión, que no sea para trombólisis	5,00	0,00
112	75984	Cambio de tubo percutáneo o catéter de drenaje con control de contraste (P. ej., sistemagastrointestinal, sistema genitourinario, absceso), supervisión e interpretación	3,01	3,00
113	75989	Orientación radiológica (fluoroscopia, ultrasonido o tomografía computarizada) para el drenaje percutáneo (por ejemplo: absceso, recolección de muestras), con colocación de catéter, con supervisión radiológica e interpretación	3,45	3,00
114	76120	Cinerradiografía/videorradiografía, excepto cuando esté específicamente incluida	2,40	0,00
115	76125	Cinerradiografía/videorradiografía para complementar un examen de rutina (anotar separadamente además del	0,40	0,00

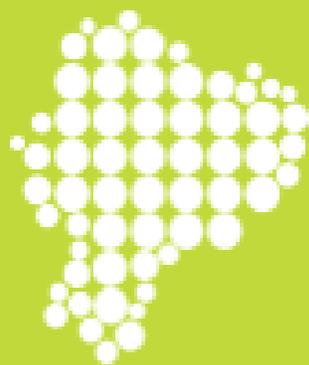
		código para el procedimiento primario)		
116	76140	Interconsulta profesional sobre examen de rayos X efectuado en otro lugar, informe escrito.	0,00	0,00
117	76376	Reconstrucción 3D con interpretación y reporte de tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonido u otra modalidad tomográfica con posprocesamiento de imagen bajo supervisión concurrente; no requiere procesamiento posterior de imágenes en una estación de trabajo independiente	0,67	0,00
118	76377	Reconstrucción 3D con servicios de interpretación y presentación de informes de tomografía	2,05	0,00
119	76380	Tomografía computarizada, estudio de seguimiento limitado o localizado	4,15	0,00
120	76390	Espectroscopía por resonancia magnética	1,99	0,00
121	76496	Procedimiento fluoroscópico no incluido en la lista (P. ej. diagnóstico, intervencionista)	CM	0,00
122	76497	Procedimiento de tomografía computarizada no incluido en la lista (P. ej. diagnóstico, intervencionista)	CM	0,00
123	76498	Procedimiento de resonancia magnética no incluido en la lista (P. ej. diagnóstico, intervencionista)	CM	0,00
124	76499	Procedimiento radiológico de diagnóstico, que no aparece en la lista	CM	0,00
125	76506	Ecoencefalografía, tiempo real con documentación de imágenes (escala de grises) (para determinación de tamaño ventricular, delineamiento de contenido cerebral y detección de masas	3,39	0,00
126	76510	Ecografía oftálmica, diagnóstica; modo B o modo A cuantitativa cuantitativa realizada durante la misma cita (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	4,81	0,00
127	76511	Ecografía oftálmica, diagnóstica; modo-A cuantitativo únicamente (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	2,89	0,00
128	76512	Ecografía oftálmica, diagnóstica; modo-B (con o sin ecografía modo A no cuantitativa agregada) (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	2,63	0,00
129	76513	Ecografía oftálmica, diagnóstica; segmento anterior con ecografía bidimensional modo B de inmersión (baño de agua) o biomicroscopía de alta resolución (incluye	2,70	0,00

		imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte		
130	76514	Ecografía oftálmica, diagnóstica; paquimetría unilateral o bilateral de córnea (determinación del grosor corneal) (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	0,44	0,00
131	76516	Biometría oftálmica por ecografía modo A (baño de agua)	2,23	0,00
132	76519	Biometría oftálmica por ecografía modo A; cálculo de poder de lente intraocular por inmersión (baño de agua) cálculo de poder de lente intraocular	2,40	0,00
133	76529	Ubicación ultrasónica de cuerpo extraño oftálmico	2,24	0,00
134	76776	Ecografía renal y doppler en el riñón transplantado, con documentación de imagen	4,48	0,00
135	76825	Ecocardiografía, fetal, sistema cardiovascular, tiempo real con documentación de imágenes (2D), con o sin registro en modo M;	7,98	0,00
136	76826	Ecocardiografía fetal, sistema cardiovascular, en tiempo real con documentación de la imagen (2D), con o sin registro en modo M; estudio de seguimiento o repetido	4,68	0,00
137	76827	Ecocardiografía Doppler, fetal, con ondas de pulso y/o ondas continuas con registro de espectro; completo	2,18	0,00
138	76828	Ecocardiografía Doppler, fetal, con onda pulsada y/o onda continua con visualización espectral; seguimiento o repetición de estudio	1,56	0,00
139	76831	Sono histerografía de infusión salina incluido Doppler de flujo de color, Cuando se realiza.	3,44	0,00
140	76885	Ecografía, caderas de lactante, imágenes en tiempo real con documentación de imágenes;	4,19	0,00
141	76930	Orientación ecográfica para pericardiocentesis, supervisión e interpretación de imágenes	0,94	0,00
142	76932	Orientación ecográfica para biopsia endomiocárdica, supervisión e interpretación de imágenes	0,93	0,00
143	76936	Reparación de pseudoaneurisma arterial o fístula arteriovenosa con guía ultrasonográfica (incluye evaluación diagnóstica por ultrasonido, compresión de la lesión y obtención de las imágenes)	7,85	0,00
144	76937	Orientación ecográfica para acceso vascular que requiere evaluación ultrasonográfica de potenciales lugares de	0,90	0,00

		acceso, documentación de viabilidad de canalización del vaso seleccionado, visualización ultrasonográfica concurrente (en tiempo real) de entrada de aguja vascular, con registro y reporte permanente (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)		
145	76940	Guía ultrasonográfica para ejecución y monitoreo de ablación visceral	2,94	0,00
146	76941	Guía ultrasonográfica para transfusión fetal intrauterina o cordocentesis, supervisión e interpretación radiológica	1,84	0,00
147	76942	Guía ultrasonográfica para colocación de aguja (ej biopsia, aspiración, inyección, dispositivo de localización), supervisión e interpretación de imágenes	1,73	0,00
148	76945	Guía ultrasonográfica para muestreo de vello coriónica, supervisión e interpretación de imágenes	0,97	0,00
149	76946	Guía ultrasonográfica para amniocentesis, supervisión e interpretación de imágenes	0,95	0,00
150	76948	Guía ultrasonográfica para aspiración de óvulos, supervisión e interpretación de imágenes	2,05	0,00
151	76965	Guía ultrasónica para la aplicación de radioelementos intersticiales	2,61	0,00
152	76975	Ultrasonido endoscópico gastrointestinal, supervisión e interpretación radiológicas	1,20	0,00
153	76999	Procedimiento ultrasónico que no aparece en la lista (ej diagnóstico, intervencionista)	CM	0,00
154	77053	Ductograma o galactograma, único conducto, supervisión e interpretación radiológica	1,67	0,00
155	77054	Ductograma o galactograma, múltiples conductos, supervisión e interpretación radiológica	2,21	0,00
156	77293	Manejo de dispositivo de estimulación de movilización respiratoria (registrar separadamente además del código para el procedimiento principal)	13,28	0,00
157	77316	Plan de braquiterapia isodosis; simple (cálculo [s] realizado de 1 a 4 fuentes, o braquiterapia de poscarga remota, 1 canal), incluye cálculo (s) de dosimetría básica	5,39	0,00
158	77317	Plan de braquiterapia isodosis; intermedio (cálculo [s] realizado de 5 a 10 fuentes, o braquiterapia de poscarga remota, 2-12 canales), incluye cálculo (s) de dosimetría básica	7,02	0,00

159	77318	Plan de braquiterapia isodosis; complejo (cálculo [s] realizado a partir de más de 10 fuentes, o braquiterapia de postcarga remota, más de 12 canales), incluye cálculo (s) de dosimetría básica	10,15	0,00
160	77372	Terapia de radiación, radiocirugía estereotáxica (SRS), un ciclo completo de tratamiento de la lesión(es) craneal(es) que consta de 1 sesión; basada en acelerador lineal	30,52	0,00
161	77373	Terapia de radiación estereotáctica corporal, por fracción a 1 o más lesiones, incluyendo guía por imágenes, curso completo que no excede 5 fracciones	38,74	0,00
162	77417	Placas para aperturas de radiología terapéutica	0,31	0,00
163	77424	Tratamiento con terapia de radiación intraoperatoria, rayos X, sesión única de tratamiento	0,00	0,00
164	77425	Tratamiento con terapia de radiación intraoperatoria, electrones. sesión única de tratamiento	0,00	0,00
165	77427	Manejo de tratamiento de radioterapia, 5 tratamientos	5,37	0,00
166	77431	Manejo de terapia de radiación con un curso de terapia completo, que comprende una o dos fracciones solamente	2,96	0,00
167	77432	Manejo de terapia de radiación estereotáctica de lesiones cerebrales (curso de tratamiento completo que comprende una sesión)	12,12	0,00
168	77435	Terapia de radiación corporal estereotáctica, manejo del tratamiento, por curso de tratamiento, a una o más lesiones, incluida la guía con imágenes, todo el curso no debe exceder de 5 fracciones	18,26	0,00
169	77469	Manejo del tratamiento de radiación intraoperatoria	9,29	0,00
170	77470	Procedimiento de tratamiento especial (P. ej., irradiación del cuerpo completo, irradiación del hemicuerpo, por vía oral, irradiación endocavitaria)	4,13	0,00
171	77600	Hipertermia, generación externa; superficial (es decir, calor hasta una profundidad de 4 cm o menos)	11,80	0,00
172	77605	Hipertermia, generación externa; profunda (es decir, calor hasta profundidades de más de 4 cm)	22,24	0,00
173	77610	Hipertermia generada por sondas intersticiales; 5 o menos aplicadores intersticiales	24,47	0,00
174	77615	Hipertermia generada por sondas intersticiales; más de 5 aplicadores intersticiales	29,12	0,00

175	77620	Hipertermia generada por sondas intracavitarias	13,26	0,00
176	77750	Infusión o instilación de solución del radioelemento (incluye atención de seguimiento de 3 meses)	10,67	0,00
177	77761	Aplicación intracavitaria del radioelemento; sencilla	11,20	0,00
178	77762	Aplicación intracavitaria del radioelemento; intermedia	14,97	0,00
179	77763	Aplicación intracavitaria del radioelemento; compleja	21,07	0,00
180	77767	La poscarga remota de la dosis alta de radionúclidos en la braquiterapia de superficie de la piel, incluye dosimetría básica, cuando se realiza diámetro de la lesión asta 2.0 cm o 1 canal	6,41	0,00
181	77768	La poscarga remota de la dosis alta de radionúclidos en la braquiterapia de superficie de la piel, incluye dosimetría básica, cuando se realiza diámetro de la lesión de más de 2.0 cm y 2 o más canales, o lesiones múltiples	10,06	0,00
182	77770	La poscarga remota de la dosis alta de radionucleidos intersticiales o braquiterapia intracavitaria, incluye dosimetría básica, cuando se realiza; 1 canal	9,15	0,00
183	77771	La poscarga remota de la dosis alta de radionucleidos intersticiales o braquiterapia intracavitaria, incluye dosimetría básica, cuando se realiza; 2-12 canales	17,05	0,00
184	77772	La poscarga remota de la dosis alta de radionucleidos intersticiales o braquiterapia intracavitaria, incluye dosimetría básica, cuando se realiza; más de 12 canales	26,05	0,00
185	77778	Aplicación intersticial del radioelemento; compleja	23,52	0,00
186	77789	Aplicación superficial del radioelemento	3,40	0,00
187	77790	Supervisión, manejo, carga del radioelemento	0,42	0,00
188	77799	Procedimiento que no aparece en la lista, braquiterapia clínica	CM	0,00
189	78808	Procedimiento de inyección para localización radiofarmacéutica por estudio que hace uso de sondaje y que no es de imágenes, intravenosa, (por ejemplo, adenoma de paratiroides)	1,29	0,00



RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD

SECCIÓN QUINTA

PRESTACIONES INTEGRALES DE TARIFA ÚNICA

SECCIÓN QUINTA

1. PRESTACIONES INTEGRALES DE TARIFA ÚNICA

Los paquetes de prestaciones por tarifa integral, son un conjunto de prestaciones integrales para la atención de problemas de salud específicos, la tarifa integral (paquete) está compuesta por el valor monetario de servicios profesionales, servicios institucionales, de laboratorio e imagen; incluye, medicamentos, exámenes preoperatorios, postoperatorios y hasta tres consultas al primer mes post egreso. En los casos quirúrgicos, incluye las visitas post- quirúrgicas del médico cirujano principal, hasta el alta del usuario/paciente. Es decir que, en las tarifas establecidas en el Tarifario para cada paquete está incluido en una sola tarifa todo el costo de la atención médica no complicada y sin comorbilidades.

Los paquetes 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 Pública Integral de Salud tengan otros paquetes propios o negocien paquetes fuera de los indicados en este instrumento.

En esta sección se incluyen prestaciones integrales con UVRs a los que se debe aplicar el factor de conversión monetaria de procedimientos especiales vigente.

Incluye paquetes en tres tipos de atención:

1.1 Procedimientos integrales de especialidad

Se refieren a todos los procedimientos relacionados con la atención ambulatoria. Se aplican las Unidades de Valor Relativo (UVR), Servicios Institucionales, (Procedimientos especiales) a las que se incluyen las acciones de promoción de la salud, acciones extramurales y manejo del dolor.

1.1.1 Acciones de promoción de la salud a la familia

ACCIONES DE PROMOCIÓN A GRUPOS DE FAMILIAS					
N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III
1	99401	Información, capacitación, educación en salud y/ o intervenciones de reducción de factores de riesgo provistas a un individuo con características similares (procedimiento separado); tiempo de duración 15 minutos	1,5	1,5	1,5
2	99403	Información, capacitación, educación en salud y/ o intervenciones de reducción de factores de riesgo provistas a un individuo con características similares (procedimiento separado); tiempo de duración 45 minutos	2,24	2,24	2,24
3	99404	Asesoramiento en medicina preventiva y/o intervenciones de reducción de factores de riesgo proporcionadas a un individuo (procedimiento separado; aproximadamente 60 minutos).	2,99	2,99	2,99
4	99411	Información, capacitación, educación en salud y/ o intervenciones de reducción de factores de riesgo provistas a grupos de individuos con características similares (procedimiento separado); tiempo de duración 30 minutos	1,68	1,68	1,68
5	99412	Información, capacitación, educación en salud y/ o intervenciones de			

		reducción de factores de riesgo provistas a grupos de individuos con características similares (procedimiento separado); tiempo de duración 60 minutos	3,37	3,37	3,37
--	--	--	------	------	------

1.1.2 Atención extramural a la familia - Visita domiciliaria

La visita domiciliaria es parte importante de la implementación del Modelo Atención Integral en Salud (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 médica, movilización, equipos y dispositivos médicos fungibles para la elaboración de Historia clínica familiar.

N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR		
			UVR I	UVR II	UVR III
1	398101	Visita inicial a la familia: promoción y prevención- detección de riesgo, ficha familiar, según norma 45-60 minutos	4,10	4,10	4,10
2	398152	Visita subsecuente: evaluación de cambios, a familias de riesgo 30 minutos	3,08	3,08	3,08
3	398203	Visita inicial: intervención de mediana complejidad, a personas de riesgo detectado en la familia, o, usuario/paciente en seguimiento, incluye valoración, toma de muestras. 25 minutos	3,59	3,59	3,59
4	398254	Visita subsecuente de mediana complejidad, incluye insumos fungibles 15 minutos	2,98	2,98	2,98
5	398305	Visita inicial de alta complejidad: enfoque de intervención clínica y quirúrgica a usuarios/pacientes que requieren valoración de capacidades funcionales, ajustes a plan de tratamiento y Procedimientos como controles personalizados, entre otros incluye insumos fungibles- 45-60 minutos	3,90	3,90	3,90
6	398356	Visita subsecuente alta complejidad, incluye insumos Fungibles, 30-45 minutos	3,03	3,03	3,03
7	99339	Supervisión médica individual de un usuarios/paciente en Casa, domicilio, casa de reposo que requiere modalidades de Atención compleja, multidisciplinaria que implica la necesidad de médico de cabecera y / o revisión de su plan de atención, la revisión de los informes subsecuentes del estado del usuario/paciente, revisión de laboratorio y otros estudios relacionados, que incluye la comunicación (incluyendo llamadas telefónicas) con sobre el cuidado con otros profesionales de la salud, miembro(s) de la familia, Representantes que toman decisiones(s) por el usuario/paciente, (por ejemplo, representante legal o tutor) y / o cuidador clave(s) Involucrados en el cuidado del usuario/paciente; además, la integración de nueva información dentro del plan de tratamiento médico y / o ajustes a la terapia, tratamiento, cada mes calendario; tiempo: 15-29 minutos	19,50	19,50	19,50
8	99340	Supervisión médica individual de un usuario/paciente en Casa, domicilio, casa de reposo, que requiere modalidades de Atención complejas, multidisciplinaria que implica la necesidad de médico de cabecera y / o revisión de su plan de atención, la revisión de los informes subsecuentes del estado del usuario/paciente, revisión de laboratorio y otros estudios relacionados, que incluye la comunicación (incluyendo llamadas telefónicas) con sobre el cuidado con otros profesionales de la salud, miembro(s) de la familia, Representantes que toman decisiones(s) por el usuario/paciente, (por ejemplo, representante legal o tutor) y / o cuidador clave(s) Involucrados en el cuidado del usuario/paciente; además, la integración de nueva información dentro del plan de tratamiento médico y / o ajustes a la terapia, tratamiento, cada mes calendario; tiempo: 30 minutos o más, se	5,00	5,00	5,00

	adiciona al anterior estas UVRs. No reportar 99339, 99340 cuando el usuario/paciente está dentro de residencia de cuidados, sea de tipo larga estancia o de cuidados de enfermería, no se pueden reportar dos veces en el mes			
--	--	--	--	--

1.1.3 Atención ambulatoria y/o hospitalaria que comprende manejo del dolor

Son paquetes de atención integral de acuerdo a la complejidad de los procedimientos ambulatorios y hospitalarios que son los referidos al manejo del dolor; se aplica el factor de conversión monetaria (FCM) de servicios institucionales para Procedimientos especiales.

MANEJO DEL DOLOR *				
N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR II	UVR III
1	121059	Acupuntura con Estimulación	2,53	2,53
2	121058	Acupuntura sin Estimulación	2,96	2,96
3	121123	Apoyo Terapéutico Individual 4 Sesiones	9,02	9,02
4	121035	Bloqueo Articulación o Nervio Articulación de Faceta: Nivel Único (Lumbar o Sacro) 4 Sesiones	9,74	9,74
5	121051	Bloqueo ganglio estrellado (subsecuente hasta 4 sesiones)	9,74	9,74
6	121029	Bloqueo nervio iliohipogástrico o ilioinguinal 4 sesiones	9,74	9,74
7	121033	Bloqueo articulaciones de faceta cervical y torácico 4 sesiones	9,74	9,74
8	121053	Bloqueo simpático lumbar (diagnóstico o primario) subsecuente hasta 4 sesiones	9,74	9,74
9	121052	Bloqueo simpático lumbar (diagnóstico o primario) 4 sesiones	12,99	12,99
10	121050	Bloqueo ganglio estrellado (diagnóstico o primario) 4 sesiones	16,24	16,24
11	121031	Bloqueo nervio ciático 4 sesiones	12,99	12,99
12	121023	Bloqueo nervio espinal accesorio 4 sesiones	9,74	9,74
13	121020	Bloqueo nervio facial 4 sesiones	9,74	9,74
14	121022	Bloqueo nervio frénico 4 sesiones	12,99	12,99
15	121027	Bloqueo nervio intercostal 4 sesiones	6,50	6,50
16	121021	Bloqueo nervio occipital mayor o menor 4 sesiones	9,74	9,74
17	121032	Bloqueo nervio periférico 4 sesiones	6,50	6,50
18	121030	Bloqueo nervio pudendo 4 sesiones	12,99	12,99
19	121026	Bloqueo nervio supra escapular 4 sesiones	9,74	9,74
20	121019	Bloqueo nervioso trigémino 4 sesiones	9,74	9,74
21	121025	Bloqueo plexo braquial 4 sesiones	12,99	12,99
22	121024	Bloqueo plexo cervical 4 sesiones	12,99	12,99
23	121044	Cada nivel extra inyección neurolit. intercostal 4 sesiones	9,74	9,74
24	121034	Cada nivel extra mismo procedimiento hasta 4 por vez y por nivel	4,87	4,87
25	121046	Cada nivel extra neurolisis articulación faceta lumbar 4 sesiones	10,82	10,82
26	121122	Consulta apoyo terapéutico familiar con presencia de usuario/paciente, (cada 15 minutos) 4 sesiones	4,81	4,81
27	121121	Consulta apoyo terapéutico individual, (cada 15 minutos) 4 sesiones	4,21	4,21
28	121018	Epidural continúa anestésico esteroides lumbar o sacra 4 sesiones	10,1	10,1
29	121054	Epidurolysis 4 sesiones	22,73	22,73
30	121049	Epidurografía 4 sesiones	12,63	12,63
31	121041	Inyección anestésica y/o esteroides plexo celiaco x lado con o sin monitoreo radiológico 4 sesiones	12,63	12,63
32	121015	Inyección epidural de esteroides cervical o torácico 4 sesiones	10,1	10,1
33	121016	Inyección epidural de esteroides lumbar o sacra 4 sesiones	7,58	7,58
34	121038	Inyección epidural transforaminal lumbar o sacra primer nivel 4 sesiones	10,1	10,1
35	121037	Inyección epidural transforaminal cervical o torácica 4 sesiones	10,1	10,1
36	121040	Inyección neurolítica ganglio estrellado 4 sesiones	20,21	20,21
37	121042	Inyección neurolítica nervio trigémino 4 sesiones	17,68	17,68
38	121056	Inyección neurolítica subaracnoidea cada nivel adicional 4 sesiones	10,1	10,1

39	121055	Inyección neurolítica subaracnoidea 4 sesiones	15,16	15,16
40	121013	Inyección articulación sacro ilíaca 4 sesiones	7,58	7,58
41	121043	Inyección neurolítica intercostal 4 sesiones	12,63	12,63
42	121047	Inyección neurolítica nervio pudendo 4 sesiones	20,21	20,21
43	121048	Inyección neurolítica otro nervio periférico 4 sesiones	12,63	12,63
44	121061	Inyección neurolítica lumbar o torácica, y articulaciones interfetarias 4 sesiones	12,63	12,63
45	121036	Inyección neurolítica lumbar o torácica, y articulaciones cada nivel extra hasta 4 sesiones por vez nivel	3,79	3,79
46	121039	Inyección neurolítica lumbar o torácica, y articulaciones nivel extra hasta 4 sesiones	5,05	5,05
47	121045	Neurolisis articulación de faceta lumbar o sacra o nervio articulación de faceta 4 sesiones	12,63	12,63
48	121011	Puntos de gatillo - primero tratamiento integrado inyección banda tendinosa, ligamento	2,53	2,53
49	121012	Puntos de gatillo - (subsecuentes) cada uno	1,26	1,26
50	121017	Seguimiento diario de inyección epidural	2,68	2,68
51	121014	Segunda articulación mismo procedimiento	5,05	5,05
52	121028	Subsecuentes mismo procedimiento, bloqueo nervio intercostal	2,53	2,53
* Incluye servicios institucionales y honorarios médicos, excluye medicamentos y dispositivos médicos				

INTERVENCIONISMO EN DOLOR *				
53	121060	Intervencionismo en dolor con radiofrecuencia 1 a 2 por año.	175,4	175,4
54	121062	Intervencionismo en dolor neurolocalización 1 a 2 por año.	82,5	82,5
55	121063	Intervencionismo en dolor con medicamentos hasta dos niveles hasta 2 por año.	82,5	82,5
56	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 de uso de estos rubros				

NOTA: Cuando exista la realización de dos o más procedimientos, se aplicará la Política de procedimientos múltiples.

1.1.4 Medicina física y rehabilitación

Se incluye todos los procedimientos de aplicación individual y grupal. En su valor se incluye: uso del equipo, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril de ser necesaria, dispositivos médicos fungibles de uso colectivo. Entiéndase por sesión el tiempo por sesión dedicado al usuario/paciente para su rehabilitación.

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

En caso de tratarse de rehabilitación postquirúrgica, el número de sesiones deberán ser registradas en el plan de tratamiento de la epicrisis, hasta 10 sesiones, y si la condición, diagnóstico o pronóstico del usuario/paciente amerita sesiones adicionales, se emitirá el requerimiento posterior hasta el alta; siendo facturadas en grupos de 10 sesiones.

Para otras condiciones de salud se admiten 10 sesiones; si la condición, diagnóstico o pronóstico del usuario/paciente requiere sesiones adicionales, estas serán solicitadas de acuerdo a la pertinencia de los profesionales; siendo facturadas en grupos de 10 sesiones.

En el caso de patologías crónicas, las sesiones de fisioterapia y rehabilitación serán de hasta 20 sesiones al mes y serán solicitadas consecutivamente de acuerdo a la pertinencia médica debidamente

justificada; siendo facturadas en grupos de 10 sesiones. En caso de necesidad de terapia integral, se podrá utilizar 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 específica y prescrita por separado.

El Factor de conversión a utilizarse será el de servicios institucionales

N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UVR NIVEL DE ATENCIÓN		
			UVR I	UVR II	UVR III
EXÁMENES DE ELECTRODIAGNÓSTICO (VALOR POR CADA SESIÓN)					
1	291021	Neuroconducción (1 a 2 miembros) , estudio de conducción nerviosa, amplitud y latencia/velocidad*	1,38	1,45	1,75
2	291032	Neuroconducción bilateral (3 a 4 miembros)*	2,57	2,70	3,25
3	291043	Test de Lambert	2,02	2,12	2,56
4	291054	Reflejo trigémino facial	2,02	2,12	2,56
5	291065	Reflejo radicales: Onda F, Reflejo H palpebral	2,02	2,12	2,56
6	291086	Test de fibra única	3,16	3,32	4,00
7	291097	Biorretroalimentación (Biofeedback)	0,65	0,68	0,82
8	291198	Test contención	2,18	2,29	2,76
9	291229	Uso tabla basculante Tilt-test	1,65	1,73	2,09
10	291100	Estimulación eléctrica transcutánea	0,42	0,44	0,53
11	291111	Fenolicaciones o Neurólisis de punto motor o nervio periférico	2,51	2,64	3,18
TERAPIA INTEGRAL (FÍSICA, HIDROTERAPIA Y ELECTROTERAPIA)					
12	291122	Terapia física y/o hidroterapia y/o electroterapia, sesión de 60 minutos con soporte de Fisioterapeuta o auxiliar de fisioterapia (varios procedimientos terapéuticos en la misma sesión)	1,66	1,74	2,10
13	291293	Terapias sin vigilancia sesión de 50 minutos (varios procedimientos terapéuticos en la misma sesión)	0,75	0,79	0,95
14	291304	Terapia guiada sesión de 50 minutos(varios procedimientos terapéuticos en la misma sesión)	1,30	1,37	1,65
15	291135	Terapia ocupacional, sesión de 50 minutos (varios procedimientos terapéuticos)	1,27	1,33	1,60
16	291146	Terapia del lenguaje, sesión de 50 minutos(varios procedimientos terapéuticos)	1,27	1,33	1,60
17	291248	Terapia neurológica	2,01	2,11	2,54
18	291259	Terapia vestibular	2,01	2,11	2,54
19	291260	Terapia pediátrica (P.C.I.)	2,01	2,11	2,54
20	291271	Terapia geriátrica	2,01	2,11	2,54
21	291282	Terapia respiratoria(cobrar por separado uso de oxígeno)	0,75	0,79	0,95
22	291213	Terapia grupal de medicina física y rehabilitación, sesión de 50 minutos (varios procedimientos terapéuticos)	1,74	1,83	2,20
23	291314	Psicoprofilaxis del embarazo, sesión de 50 minutos (varios procedimientos terapéuticos)	1,27	1,33	1,60
24	291165	Estimulación temprana, sesión de 50 minutos (Varios procedimientos terapéuticos)	1,19	1,25	1,50
25	291236	Magnetoterapia, sesión de 50 minutos	1,30	1,37	1,65
ELECTROTERAPIA (POR SESIÓN DE HASTA 20 MINUTOS)					
26	291327	Láser terapia	1,27	1,33	1,60
27	291338	Onda corta	0,87	0,91	1,10
28	291349	Electro estimulación	0,87	0,91	1,10
29	291350	Corrientes diadinámicas	0,87	0,91	1,10
30	291361	Ultrasonido	0,87	0,91	1,10
31	291372	Iontoforesis	0,87	0,91	1,10

HIDROTERAPIA (POR SESIÓN DE HASTA 20 MINUTOS)					
32	291393	Baños De Vapor	0,63	0,66	0,80
33	291404	Compresas Químicas	0,63	0,66	0,80
34	291415	Natación	0,63	0,66	0,80
35	291426	Parafina	0,63	0,66	0,80
36	291437	Hidromasaje	0,63	0,66	0,80
TERAPIA FÍSICA (POR SESIÓN DE HASTA 20 MINUTOS)					
37	291458	Reeducación Postural	0,90	0,95	1,15
38	291469	Bicicleta Ergométrica	0,63	0,66	0,80
39	291470	Manipulaciones Especiales	0,90	0,95	1,15
40	291481	Ejercicios Activos	0,90	0,95	1,15
41	291492	Ejercicios Asistidos	0,90	0,95	1,15
42	291503	Ejercicios De Educación En Marcha	0,90	0,95	1,15
43	291514	Masajes	0,90	0,95	1,15
44	291525	Ejercicios Especiales	0,90	0,95	1,15
45	291536	Ejercicios Resistidos	0,90	0,95	1,15
46	291547	Movilidad En Agua	0,90	0,95	1,15
47	291558	Banda Sin Fin	0,90	0,95	1,15
48	291569	Presoterapia	1,27	1,33	1,60
49	291570	Gimnasia Terapéutica	1,27	1,33	1,60
PSICO-REHABILITACIÓN (POR SESIÓN DE HASTA 20MINUTOS)					
50	291591	Estimulación Temprana	0,68	0,71	0,85
51	291602	Psicoterapia De Apoyo	0,48	0,50	0,60
52	291613	Psicoterapia Recreativa	0,48	0,50	0,60
53	291624	Psicodiagnóstico	0,71	0,75	0,90
REHABILITACION CARDIACA (POR SESION HASTA 20 MINUTOS)					
54	291157	Terapia para rehabilitación cardíaca (varios procedimientos terapéuticos: bicicleta, caminadora, ejercicios calisténicos, ejercicios de rehabilitación de 60 min).	11,53	12,11	13,54
55	291645	Ergometría De Esfuerzo (Por sesión)	0,99	1,04	1,25
56	291656	Ejercicios Terapéuticos (Por Sesión)	0,75	0,79	0,95
TERAPIA DEL LENGUAJE (POR SESIÓN DE HASTA 20 MINUTOS)					
57	291677	Ejercicios de Lenguaje expresivo	0,68	0,71	0,85
58	291688	Ejercicios de Integración (expresivo y comprensivo)	0,68	0,71	0,85
59	291699	Ejercicios de Percepción	0,68	0,71	0,85
TERAPIA OCUPACIONAL(POR SESIÓN DEHASTA 20MINUTOS)					
60	291780	Actividades de la vida diaria (AVD)	0,68	0,71	0,85
61	291791	Adiestramiento Laboral	0,68	0,71	0,85
62	291802	Entrenamiento Prótesis	0,68	0,71	0,85
63	291813	Estimulación Desarrollo Psicomotriz	0,68	0,71	0,85
64	291824	Mejoramiento Movimiento Rotatorio	0,68	0,71	0,85
65	291835	Mejoramiento Coordinación Motriz	0,68	0,71	0,85
66	291846	Mejoramiento Fuerza Muscular	0,68	0,71	0,85
* Los Procedimientos del tipo de terapia individual se realizan individualmente de los casos y su costo es el mismo, estos códigos individuales serán aplicados solamente en situaciones especiales. (Por sesión el tiempo dedicado al usuario/paciente).					
Incluye en el inicio de la Fisioterapia y Rehabilitación, consulta externa de profesionales de 15, 25, 45, y 60 minutos					
En caso de pertinencia médica, a los procedimientos de terapia ocupacional podrán adicionarse hasta 3 procedimientos de otras áreas de rehabilitación.					

1.1.5 Atención preventiva por ciclo de vida a tarifa integral

La atención preventiva se expresa por ciclo de vida de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCM), en la siguiente tabla se encuentra descritas las Atenciones Preventivas Integrales por Ciclos de Vida, las que se deben realizar en el primer nivel de atención, incorporan el número de atenciones establecidas. El prestador tiene la obligación de mantener el registro de atención preventiva en el carné de salud.

Atención preventiva Integral ciclo de vida	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN SIMPLIFICADA	UVR I NIVEL
Recién Nacido 8 a 28 días	99381	Consulta preventiva inicial, consejería, detección de riesgos, entrega de órdenes 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 Recién Nacido. En este período deberá realizarse el Tamizaje neonatal para lo cual deberá facturarse por separado	18,94
1 mes a 1 año	99391	Control de crecimiento y desarrollo subsecuente, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, entrega de órdenes de exámenes si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios si requiere 30 - 45 minutos. Se deberá realizar cinco veces en el primer año de vida	15,95
1 año a 4 años	99392	Control de crecimiento y desarrollo, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, entrega de órdenes de exámenes si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios 30- 45 minutos. Se deberá realizar tres veces en el primer año de vida	16,94
5 año a 10 años	99384	Control de crecimiento y desarrollo, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, tamizaje de violencia, entrega de órdenes de exámenes si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios 30- 45 minutos	17,94
11 años y 19 años	99394	Control preventivo y manejo del adolescente, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, tamizaje de violencia, entrega de órdenes de exámenes si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios 30 - 45 minutos	18,94
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 órdenes de exámenes de laboratorio, según norma, si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios 30 - 45 minutos	19,94
50 años y 64 años	99396	Control preventivo y manejo del adulto, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, tamizaje de violencia/depresión, entrega de órdenes de exámenes de laboratorio, según norma, si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios 30 -45 minutos	20,94
Mayor 65 años	99397	Control preventivo y manejo del adulto mayor, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, entrega de órdenes 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 - 45 minutos	21,93
NOTA: Incluye en la consulta de control respectivo, los 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 atención de la Red territorial asignada. Los dispositivos médicos identificables, se facturarán por separado de acuerdo a las normas establecidas.			

1.1.6 Control prenatal

La atención de control prenatal descrita en esta sección hace referencia al embarazo **sin riesgo o en curso normal**, que se brindará principalmente en establecimientos del primer nivel de atención.

- **Control Prenatal sin riesgo- Normal**

Atención integral a embarazo de 4 a 6 visitas					
CÓDIGO DE PAQUETE	Código TNS 2020	Descripción		Cantidad	Valor Total
70300011	59425	Atención prenatal de 4 a 6 consultas.	241,9326	1	241,9326
	76802	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, 1er trimestre (<14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; cada gestación adicional	25,1505	1	25,1505
	76805	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, después del 1er trimestre (> o = a 14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; gestación única o primera	25,1505	1	25,1505
	76811	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna más examen anatómico fetal detallado, abordaje transabdominal; gestación única o primera	25,1505	1	25,1505
	85025001	Biometría emática completa automatizada (b, cto, RBC, WBC, conteo de plaquetas y diferencial de leucocitos	4,5954	2	9,1908
	81000000	Análisis de orina con tirilla reactiva, para bilirrubina, glucosa, emoglobina, cetonas, leucocitos, nitritos, p , proteínas, gravedad específica, urobilinógeno; con microscopia del sedimento	3,2292	5	16,146
	87086000	Cultivo bacteriano, orina; cuantitativo, recuento de colonias	11,3022	2	22,6044
	82565000	Creatinina; en sangre	3,4776	1	3,4776
	84520000	Nitrógeno ureico; cuantitativo (UREA)	2,4219	1	2,4219
	82947000	Glucosa; cuantitativa; en sangre (excepto tirilla reactiva)	1,9551	2	3,9102
	82952001	Test tolerancia a la glucosa con sobrecarga (0, 60, 120,180 min), (método de 2 pasos); incluye carga de glucosa. (también se puede utilizar en embarazo)	12,1716	1	12,1716
	86592000	V.D.R.L0 Sífilis test; prueba no treponémicas	2,8566	2	5,7132
	86703000	Virus de inmunodeficiencia humana (IV) 1 y 2; anticuerpos	8,3835	2	16,767

86905000	Tipificación de sangre; antígenos de eritrocitos, ABO, R (D), y otros tipos y subtipos; por cada uno	3,4155	1	3,4155
86885000	Prueba de globulina anti humana (prueba de Coombs); indirecta, cualitativa	3,4155	1	3,4155
87340000	Antígeno de superficie de la hepatitis B (BsAg); cualitativo o semicuantitativo	8,6319	1	8,6319
84443000	hormona estimulante de la tiroides (TS)	7,5762	1	7,5762
84481000	Triyodotironina T3; libre	4,968	1	4,968
84439000	Tiroxina; libre (fT4)	4,968	1	4,968
88161000	Citopatología, extendidos cualquier origen incluido cervical o vaginal; toma de Muestra (placas)	1,7388	1	1,7388
85610000	Tiempo de protrombina (TP)	3,6018	2	7,2036
85730000	Tiempo de tromboplastina parcial (TTP); en plasma o sangre entera	3,6018	2	7,2036
86777001	Toxoplasma, anticuerpos IgG	11,6748	1	11,6748
86778000	Toxoplasma, anticuerpos IgM	11,6748	1	11,6748
86765000	Rubéola, anticuerpos (IgG); cuantitativa	12,2958	1	12,2958
86765001	Rubéola, anticuerpos (IgM)	12,2958	1	12,2958
86644000	Citomegalovirus (CMV), IgG anticuerpos	11,6127	1	11,6127
86645000	Citomegalovirus (CMV), IgM anticuerpos	12,1095	1	12,1095
86696000	herpes simple tipo 2 (IgG); anticuerpos cuantitativo	11,8611	1	11,8611
86696001	herpes simple tipo 2 (IgM); anticuerpos cuantitativo	10,8675	1	10,8675
87102006	Cultivo de líquidos u otra secreción (ANAL)	14,9661	1	14,9661
200001	Atención odontológica general	11,658	1	11,658
TOTAL PARA TERCER NIVEL				\$579,92
10% DEL VALOR				\$57,99
TOTAL PARA SEGUNDO NIVEL				\$521,93
10% DEL VALOR				\$52,19
TOTAL PARA PRIMER NIVEL				\$469,74
** Incluye: Atención prenatal, Ecografía Obstétrica antes de las 14 semanas, Ecografía Obstétrica después de las 14 semanas, Ecografía Obstétrica morfológica y exámenes de laboratorio.				

NO INCLUYE
Vacunación TT
Ácido fólico 150 – 300 ug. / día Tabletas
Sulfato ferroso 200 – 300 mg

- Control Prenatal con Riesgo

Atención integral a embarazo con 7 o mas visitas					
CÓDIGO DE PAQUETE	Código TPSNS 2020	Descripción		Cantidad	Valor Total
70300012	59426	Atención prenatal más de 7 consultas.D8:D17C43D8:D16D8:D22D8:D27C43D8:D16D8:D34C43D8:D16D8:D31D8:D30	432,3564	1	432,3564
	76802	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, 1er trimestre (<14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; cada gestación adicional	25,1505	1	25,1505
	76805	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, después del 1er trimestre (> o = a 14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; gestación única o primera	25,1505	1	25,1505
	76811	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna más examen anatómico fetal detallado, abordaje transabdominal; gestación única o primera	25,1505	1	25,1505
	85025001	Biometría hemática completa automatizada (b, cto, RBC, WBC, conteo de plaquetas y diferencial de leucocitos	4,5954	2	9,1908
	81000000	Análisis de orina con tirilla reactiva, para bilirrubina, glucosa, emoglobina, cetonas, leucocitos, nitritos, p, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno; con microscopia del sedimento	3,2292	5	16,146
	87086000	Cultivo bacteriano, orina; cuantitativo, recuento de colonias	11,3022	2	22,6044
	82565000	Creatinina; en sangre	3,4776	1	3,4776
	84520000	Nitrógeno ureico; cuantitativo (UREA)	2,4219	1	2,4219
	82947000	Glucosa; cuantitativa; en sangre (excepto tirilla reactiva)	1,9551	2	3,9102
	82952001	Test tolerancia a la glucosa con sobrecarga (0, 60, 120,180 min), (método de 2 pasos); incluye carga de glucosa. (también se puede utilizar en embarazo)	12,1716	1	12,1716
	86592000	V.D.R.L0 Sífilis test; prueba no treponémicas	2,8566	2	5,7132

86703000	Virus de inmunodeficiencia humana (IV) 1 y 2; anticuerpos	8,3835	2	16,767
86905000	Tipificación de sangre; antígenos de eritrocitos, ABO, R (D), y otros tipos y subtipos; por cada uno	3,4155	1	3,4155
86885000	Prueba de globulina anti humana (prueba de Coombs); indirecta, cualitativa	3,4155	1	3,4155
87340000	Antígeno de superficie de la hepatitis B (BsAg); cualitativo o semicuantitativo	8,6319	1	8,6319
84443000	hormona estimulante de la tiroides (TS)	7,5762	1	7,5762
84481000	Triyodotironina T3; libre	4,968	1	4,968
84439000	Tiroxina; libre (ft4)	4,968	1	4,968
88161000	Citopatología, extendidos cualquier origen incluido cervical o vaginal; toma de Muestra (placas)	1,7388	1	1,7388
85610000	Tiempo de protrombina (TP)	3,6018	2	7,2036
85730000	Tiempo de tromboplastina parcial (TTP); en plasma o sangre entera	3,6018	2	7,2036
86777001	Toxoplasma, anticuerpos IgG	11,6748	1	11,6748
86778000	Toxoplasma, anticuerpos IgM	11,6748	1	11,6748
86765000	Rubéola, anticuerpos (IgG); cuantitativa	12,2958	1	12,2958
86765001	Rubéola, anticuerpos (IgM)	12,2958	1	12,2958
86644000	Citomegalovirus (CMV), IgG anticuerpos	11,6127	1	11,6127
86645000	Citomegalovirus (CMV), IgM anticuerpos	12,1095	1	12,1095
86696000	herpes simple tipo 2 (IgG); anticuerpos cuantitativo	11,8611	1	11,8611
86696001	herpes simple tipo 2 (IgM); anticuerpos cuantitativo	10,8675	1	10,8675
87102006	Cultivo de líquidos u otra secreción	14,9661	1	14,9661
200001	Atención odontológica general	11,658	1	11,658
TOTAL PARA TERCER NIVEL				\$770,35
10% DEL VALOR				\$77,03
TOTAL PARA SEGUNDO NIVEL				\$693,31
10% DEL VALOR				\$69,33
TOTAL PARA PRIMER NIVEL				\$623,98
** Incluye: Atención prenatal, Ecografía Obstétrica antes de las 14 semanas, Ecografía Obstétrica después de las 14 semanas, Ecografía Obstétrica morfológica y exámenes de laboratorio.				

NO INCLUYE
Vacunación TT
Ácido fólico 150 – 300 ug. / día Tabletas
Sulfato ferroso 200 – 300 mg

1.1.7 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, atención integral a patología concomitante manejo de las complicaciones que no requieran hospitalización. **(Observar Anexo 1 del presente Tarifario).**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL USD.	VALOR MAX. POR SESIÓN USD.
HEMODIALISIS Y DIALISIS				
1	70100150	Hemodiálisis sin reuso de Filtro, Paquete de 12-14 Sesiones**	\$ 1.456	\$ 112
2	70100151	Diálisis Peritoneal Manual, Paquete Mensual **	\$ 1.190	\$ 0,00
3	70100152	Diálisis 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 diálisis, manejo de las complicaciones establecidas que no requieran hospitalización. En caso de necesitar manejo hospitalario el usuario/paciente deberá ser derivado. (observar Anexo 1)				

2. Atenciones ambulatorias y/o hospitalarias clínicas o quirúrgicas por tarifa integral

Son las atenciones en las cuales se han priorizado la utilización de paquetes de prestaciones integrales; los precios establecidos para cada paquete están incluidos en una sola tarifa expresada en dólares americanos.

Este tipo de paquetes son aplicables para atenciones médicas no complicadas, la tarifa incluye: servicios profesionales, servicios institucionales, servicios de apoyo diagnóstico: laboratorio e imagen; además de, medicamentos, dispositivos médicos, exámenes preoperatorios y durante la estancia hospitalaria, visitas post-quirúrgicas hasta el alta del usuario/paciente (*se incluye hasta 3 consultas post-egreso*).

En el caso de requerir consultas adicionales deberán ser justificar de acuerdo a criterio médico, y se aplicarán los códigos de la sección Evaluación y Manejo.

En el caso de complicaciones en el proceso de atención y no sea posible la utilización de un paquete de prestaciones de tarifa integral para atenciones médicas no complicadas, se deberá abrir el paquete correspondiente y adjuntar un informe técnico con la respectiva justificación que deberá incluir diagnóstico codificado con CIE 10 y los procedimientos realizados de acuerdo con el CPT.

Los paquetes detallados en la presente parte serán planillados obligatoriamente por los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria.

2.1 Reconocimiento económico de paquetes de procedimientos quirúrgicos

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100001	Parto normal, (incluye atención del recién nacido y atención en emergencia)	\$ 791,94
2	70100002	Cesárea (Incluye atención del recién nacido y atención en emergencia)	\$ 1.268,90
3	70100003	Cesárea más ligadura tubárica (incluye atención del recién nacido y atención en emergencia)	\$ 1.356,61
4	70100004	Histerectomía abdominal	\$ 1.378,69
5	70100101	Apendicectomía no complicada	\$ 1.055,97
6	70100102	Apendicectomía laparoscópica, (No incluye dispositivos laparoscópicos)	\$ 1.207,72
7	70100103	Colecistectomía laparoscópica (No incluye dispositivos laparoscópicos)	\$1.199,45
8	70100104	Colecistectomía abdominal	\$1.136,50
9	70100105	Hemorroidectomía	\$ 907,37
10	70100106	Hernioplastia inguinal (no incluye malla)	\$ 827,55
11	70100107	Salpingectomía electiva con peridural	\$ 631,17
12	70100108	Artroplastía total de cadera (no incluye prótesis)	\$ 3.607,64
	70100100	Artroplastía total de rodilla (no incluye prótesis)	\$4450
13	70100109	Artroscopia de rodilla para remodelación de meniscos. Adicionar uso de equipos especiales (ver tabla de equipos)	\$ 1.544,42
14	70100110	Artroscopia de rodilla reparación o aumento o reconstrucción de ligamentos cruzados. Adicionar uso de equipos especiales (ver tabla de equipos)	\$ 1.873,90
15	70100111	Artroscopia de rodilla reparación de meniscos. Adicionar uso de equipos especiales (ver tabla de equipos)	\$ 1.395,17
16	70100112	Prostatectomía abdominal	\$ 1.454,04
17	70100113	Prostatectomía transuretral (fotovaporización)con green laser	\$ 2.750,00
18	70100114	Protactectomía transuretral con láser holmio	\$ 1.400,00
19	70200006	Cirugía Prostática con Ablatherm/HIFU	\$ 4.130,00
Procedimientos Quirúrgicos Cardíacos Pediátricos			
20	70100160	Cierre de CIA (comunicación interauricular) – RACH 1*	\$ 19.404,04
21	70100161	Cierre PCA (persistencia en conducto arterioso)-mayor a un mes RACH 1*	\$ 9.178,86
22	70100162	Cierre de PCA neonatal (persistencia en conducto arterioso) - RACH 1*	\$ 9.547,96
23	70100163	Reparación de coartación aortica COAO - RACH 1*	\$ 15.808,83
24	70100164	Cierre CIV (comunicación interventricular) – RACH 2*	\$ 20.353,94
25	70100165	Reparación de CIV-CIA (comunicación interventricular y comunicación interauricular) – RACH 2*	\$ 19.993,74
26	70100166	Cierre de CIA,CIV y PCA (Comunicación Interauricular, Comunicación interventricular, Persistencia de Conducto arterioso) – RACH 2*	\$ 23.459,55
27	70100167	Cierre de CIA y PCA (Comunicación Interauricular – Persistencia de Conducto Arterioso) – RACH 2*	\$ 22.894,05
28	70100168	Reparación total de Fallot (Tetralogía de Fallot) – RACH 2*	\$ 21.815,79
29	70100169	GLENN (Derivación cavo pulmonar parcial bilateral o Glenn) – RACH 2*	\$ 24.111,15
30	70100170	Derivación Cavo pulmonar bidireccional (BIGLENN) – RACH 2*	\$ 24.757,20
31	70100171	Reparación de coartación aortica < 30 días COAO – RACH 2*	\$ 17.354,78
32	70100172	Fístula Sistémico Pulmonar (Blalock-Taussig simple o modificada) con estereotomía toracotomía – RACH 3*	\$ 20.672,64
<p>NOTA: En los Códigos 70100001, 70100002, 70100003 se excluye el valor del Tamizaje Metabólico Neonatal. Cuando no cumplan con la condición de: no complicado, se deberá abrir el paquete y deberá adjuntar un informe técnico con la respectiva justificación con diagnóstico; codificado con CIE 10 y el procedimiento con CPT.</p> <p>El paquete de ligamentos cruzados no incluye los injertos sintéticos u autólogos ni su obtención.</p> <p>* Este paquete solo incluye el procedimiento pre, trans y post quirúrgico referente a la patología, NO hospitalización, honorarios, insumos no fungibles, prótesis, auxiliares diagnósticos y medicamentos adicionales.</p>			

2.2 Reconocimiento económico de procedimientos de banco de tejidos

Los costos de estas prestaciones integrales a tarifa única incluyen servicios profesionales, sala de quirófano o sala especial, dispositivos médicos y costos administrativos. Además del mantenimiento de estos tejidos hasta su uso.

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100173	Proceso y almacenamiento de membrana entera	\$ 1.390,06
2	70100174	Proceso y almacenamiento de membrana amniótica 4 x 4	\$ 378,77
3	70100175	Proceso y almacenamiento de cornea	\$ 1.283,65
4	70100176	Proceso y almacenamiento de esclera	\$ 922,03
5	70100177	Proceso y almacenamiento de esclera segmentada en 2	\$ 461,01
6	70100178	Proceso y almacenamiento de esclera segmentada en 4	\$ 230,51
7	70100179	Proceso y almacenamiento de esclera segmentada en 8	\$ 115,25
8	70100180	Proceso y almacenamiento de piel (por cm ²)	\$ 1,54
9	70100181	Proceso y almacenamiento de hueso entero (fémur o tibia)	\$ 3.013,86
10	70100182	Proceso y almacenamiento de hueso entero (clavícula - húmero - cúbito - radio o peroné)	\$ 2.638,86
11	70100183	Proceso y almacenamiento de hueso mitad (fémur o tibia)	\$ 1.826,54
12	70100184	Proceso y almacenamiento de hueso dos tercios (fémur o tibia)	\$ 1.826,54
13	70100185	Proceso y almacenamiento de diáfisis (fémur o tibia)	\$ 1.939,15
14	70100186	Proceso y almacenamiento de cilindro de 8 cm	\$ 970,65
15	70100187	Proceso y almacenamiento de cilindro de 10 cm	\$ 1.250,83
16	70100188	Proceso y almacenamiento de cilindro de 12 cm	\$ 1.250,83
17	70100189	Proceso y almacenamiento de cóndilo	\$ 1.354,82
18	70100190	Proceso y almacenamiento de cóndilo interno / externo	\$ 771,16
19	70100191	Proceso y almacenamiento de cabeza femoral	\$ 610,87
20	70100192	Proceso y almacenamiento de cabeza con trocánter	\$ 610,87
21	70100193	Proceso y almacenamiento de teja / tabla 8	\$ 515,36
22	70100194	Proceso y almacenamiento de teja / tabla 10	\$ 640,36
23	70100195	Proceso y almacenamiento de teja / tabla 12	\$ 765,36
24	70100196	Proceso y almacenamiento de chips 50 cm ³	\$ 792,54
25	70100197	Proceso y almacenamiento de chips 30 cm ³	\$ 569,07
26	70100198	Proceso y almacenamiento de chips 20 cm ³	\$ 504,51
27	70100199	Proceso y almacenamiento de chips 15 cm ³	\$ 456,51
28	70100200	Proceso y almacenamiento de cubos de 20 cm ³	\$ 504,51
29	70100201	Proceso y almacenamiento de venas y arterias	\$ 1.082,14
30	70100202	Proceso y almacenamiento de tendón de aquiles completo	\$ 1.082,14
31	70100203	Proceso y almacenamiento de tendón de aquiles mitad	\$ 697,32
32	70100204	Proceso y almacenamiento de tendón rotuliano completo	\$ 1.082,14
33	70100205	Proceso y almacenamiento de tendón rotuliano mitad	\$ 697,32
34	70100206	Proceso y almacenamiento de tendón peroneo lateral largo	\$ 591,10
35	70100207	Proceso y almacenamiento de tendón tibial anterior	\$ 1.082,14
36	70100208	Proceso y almacenamiento de tendón tibial posterior	\$ 1.082,14
37	70100209	Proceso y almacenamiento de menisco interno / externo	\$ 1.082,14
38	70100210	Proceso y almacenamiento de válvula cardiaca	\$ 1.918,22
39	70100211	Proceso y almacenamiento de pericardio (4 x 4)	\$ 461,25
40	70100212	Proceso y almacenamiento de fascia	\$ 538,47
41	70100213	Elaboración de plasma rico en plaquetas y factores de crecimiento	\$ 221,57
42	70100214	Elaboración de colirio de plasma rico en plaquetas y factores de crecimiento	\$ 233,61
43	70100215	Elaboración de gel de plasma rico en plaquetas y factores de crecimiento	\$ 222,82
44	70100216	Modelo anatómico 3D	\$ 1.162,39
45	70100217	Guías quirúrgicas	\$ 2.192,92
46	70100218	Prótesis personalizada básica de miembro superior	\$ 3.500,00

2.3 Reconocimiento económico al proceso de procuración de órganos y tejidos

La procuración de órganos y tejidos es una actividad hospitalaria asistencial, que permite brindar respuesta a miles de ciudadanos que esperan un trasplante para mejorar su expectativa de vida o seguir viviendo.

A. Donante cadavérico

El valor de la procuración incluye los costos de los subprocesos del proceso de procuración de órganos y tejidos: Detección y selección del potencial donante, diagnóstico de muerte encefálica, mantenimiento de donante cadavérico, ablación de órganos, custodia de órganos y tejidos, y entrega a transporte definido; además de la coordinación de la procuración de órganos.

- **Cuando la Procuración es multiorgánica; es decir, hígado, riñones y córneas, los valores son los siguientes:**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100219	Procuración y mantenimiento de hígado	\$ 8.235,06
2	70100220	Procuración y mantenimiento de un riñón	\$ 3.342,97
3	70100221	Procuración y mantenimiento de los dos riñones	\$ 3.342,97
4	70100222	Procuración y mantenimiento de una córnea	\$ 284,62
5	70100223	Procuración y mantenimiento de las dos córneas	\$ 284,62

- **Cuando la procuración y mantenimiento es solo del hígado, el valor es el siguiente:**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100224	Procuración y mantenimiento sólo de hígado	\$ 10.324,33

- **Cuando la procuración y mantenimiento es sólo riñones y córneas, el valor es el siguiente:**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100225	Procuración y mantenimiento de un riñón	\$ 3.914,65
2	70100226	Procuración y mantenimiento de los dos riñones	\$ 3.914,65
3	70100227	Procuración y mantenimiento de una córnea	\$ 297,31
4	70100228	Procuración y mantenimiento de las dos córneas	\$ 297,31

B. Donante vivo

- **Cuando la procuración es de hígado, el valor es el siguiente:**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100229	Procuración y mantenimiento sólo de hígado	\$ 17.026,28

1.1 Reconocimiento económico al proceso de trasplante de órganos

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100140	Trasplante renal con donante cadavérico, adulto o pediátrico; incluye la actualización pre quirúrgica del donante y receptor, cirugía del donante y del receptor.	\$ 14.850,00
2	70100145	Trasplante renal con donante vivo, adulto o pediátrico; incluye la	\$ 17.050,00

		actualización pre quirúrgica del donante y receptor, cirugía del donante y del receptor.	
3	70100146	Trasplante Hepático con donante vivo o cadavérico, Pediátrico	\$ 138.311,64
4	70100230	Trasplante hepático adulto donante cadavérico sólo de hígado	\$ 133.678,49
5	70100231	Trasplante hepático adulto donante cadavérico multiorgánico	\$ 133.678,49

2.4 Reconocimiento económico del proceso de pretrasplante hepático adulto y pediátrico

El Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT) ha normado para el receptor, en el pre-trasplante la atención FASE 1, FASE 2 y el seguimiento hasta que se encuentre donante, incluye aquellos procedimientos estandarizables, es decir, pacientes con enfermedad hepática terminal que no estén dentro de los criterios de código cero.

La gravedad de la enfermedad basada en el MELD (Modelo para Enfermedad Hepática Terminal) y de acuerdo a este criterio, está estructurada la lista de espera única y la asignación del órgano.

En el pre trasplante hepático se incluye el reconocimiento económico de las prestaciones brindadas desde que el paciente ingresa a el chequeo fase 1, chequeo fase 2 y el mantenimiento en lista de espera según MELD, incluye servicios profesionales y exámenes de laboratorio e imagen; se excluyen los medicamentos en seguimiento.

- **Pre trasplante hepático: fase I (Valoración de potencial candidato a trasplante hepático)**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100232	Costo total paquete de pre trasplante fase I más 5% de calidad y criterios de ajuste	\$ 2.088,96

- **Pre trasplante hepático fase II (Valoración inicial de candidato a trasplante hepático)**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100233	Costo total paquete de pre trasplante fase II más 5% de calidad y criterios de ajuste	\$ 2.947,30

- **Pre trasplante hepático código cero (primeras semanas)**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100234	Costo total paquete de pre trasplante código cero más 5% de calidad y criterios de ajuste	\$ 11.901,32

Se establece a una situación de emergencia como código cero

- **Pre trasplante hepático según MELD < 10, por un año**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100235	Costo total paquete de pre trasplante según MELD < 10 más 5% de calidad y criterios de ajuste	\$ 309,81

- **Pre trasplante hepático según MELD 11-14, por un año**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100236	Costo total paquete de pre trasplante según MELD 11-14 más 5% de calidad y criterios de ajuste	\$ 1.157,37

- **Pre trasplante hepático según MELD 15-19, por un año**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100237	Costo total paquete de pre trasplante según MELD 15-19 más 5% de calidad y criterios de ajuste	\$ 2.064,97

- **Pre trasplante hepático según MELD > 20, por un año**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100238	Costo total paquete de pre trasplante según MELD > 20 más 5% de calidad y criterios de ajuste	\$ 4.920,69

Para la facturación, de acuerdo a la situación clínica relacionada con el puntaje de MELD asignado a cada paciente en lista, se podrá planillar por mes, para lo cual, se debe presentar la actualización por MELD en la lista de espera del INDOT.

2.5 Reconocimiento económico del paquete de prestación integral a tarifa única de post-trasplante hepático adulto y pediátrico

Se incluye el reconocimiento económico de las prestaciones brindadas en monitoreo y seguimiento del paciente de forma ambulatoria y especializada a partir del segundo mes del egreso, con frecuencia semanal en los primeros dos meses, quincenal hasta el sexto mes y luego de forma mensual en base dos alternativas terapéuticas de inmunosupresión.

- **Post-trasplante hepático para la alternativa terapéutica de inmunosupresión # 1**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100239	Costo total paquete post-trasplante por 1 año más 5% de calidad y criterios de ajuste (los medicamentos para la alternativa terapéutica # 1 son: Tacrolimus 1 mg, Micofenolato y Prednisona comprimidos 20 mg)	\$ 29.684,52

- **Post-trasplante hepático para la alternativa terapéutica de inmunosupresión # 2**

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
1	70100240	Costo total paquete post-trasplante por 1 año más 5% de calidad y criterios de ajuste (los medicamentos para la alternativa terapéutica #2 son: Tacrolimus 1mg, Micofenolato, Prednisona comprimidos 20mg y Everolimus comprimidos 5 mg)	\$ 30.242,17

2.6 Reconocimiento económico de procedimientos diagnóstico terapéuticos

N°	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
1	70200001	Pet Scan-CT. Incluye Radiofármaco	\$ 1733,00
2	70200005	Pem Scan Incluye Radiofármaco	\$ 1.650,00

3	70200002	Gamma Knife (no perfección)	\$ 9.000,00
4	70200003	Endoscopia Digestiva alta con resultados de biopsia	\$ 267,68
5	70200004	Colonoscopia con resultados de Biopsia	\$ 466,21

2.7 Reconocimiento económico de procedimientos clínicos

- **Paquetes integrales para usuarios/pacientes con consumos problemáticos de alcohol y drogas - Modalidad residencial**

El tiempo de duración del Tratamiento Residencial, desde el ingreso, hasta el egreso del usuario/paciente, es de 6 meses (**1 mes Inicial y 5 meses subsecuentes**). Dependiendo de la evolución individual del usuario/paciente dentro del tratamiento y del criterio del equipo técnico, el usuario/paciente podrá residir por un tiempo menor o mayor al estimado. Esta condición deberá ser debidamente justificada con el informe del **EQUIPO TECNICO** del establecimiento.

Centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.			
N°	CÓDIGOS	DESCRIPCIÓN	VALOR
1	70300001	Paquete de atención a usuarios/pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas en modalidad residencial (primer mes)	\$ 1.562,94
2	70300002	Paquete de atención a usuarios/pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas en modalidad residencial (mes subsecuente)	\$ 1.418,42
3	70300005	Atención diaria a usuarios/pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas en modalidad residencial (dentro del primer mes)	\$ 52,10
4	70300006	Atención diaria a usuarios/pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas en modalidad residencial (dentro del mes subsecuente)	\$ 47,28
NOTA: En el mes del alta facturar adicionalmente el código 99239.			
Hospitales de tercer nivel de atención			
N°	CÓDIGOS	DESCRIPCIÓN	VALOR
1	70300003	Paquete de atención a usuarios/pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas en modalidad residencial (primer mes)	\$ 1.603,19
2	70300004	Paquete de atención a usuarios/pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas en modalidad residencial (mes subsecuente)	\$ 1.446,48
3	70300007	Atención diaria a usuarios/pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas en modalidad residencial (dentro del primer mes)	\$ 53,44
4	70300008	Atención diaria a usuarios/pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas en modalidad residencial (dentro del mes subsecuente)	\$ 48,22

Los paquetes excluyen: Atención en cuadros de intoxicación aguda (CIE-10; F10 al F19, subcategoría 0), medicamentos adicionales a los establecidos en el paquete, cuadros de comorbilidad asociados al consumo de drogas, (en el caso de ser brindados dentro de establecimiento de salud deberán ser facturados adicionalmente).



RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD

SECCIÓN SEXTA
REGLAS DE FACTURACIÓN

SECCIÓN SEXTA

1. REGLAS DE FACTURACIÓN

1.1 Procedimientos de Compensación Económica

Los detalles de este procedimiento están señalados en la normativa que regule el relacionamiento para la prestación de servicios de salud, entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria y su reconocimiento económico vigente, siendo necesario considerar los siguientes conceptos técnicos:

- Los prestadores públicos y privados remitirán planillas detalladas, que incluyan los gastos diarios por usuario/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 a tarifa integral (paquetes) en que solamente se remitirá planilla con un solo valor, que corresponde al determinado para el paquete.
- 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%.

1.2 Reglas Generales de Facturación

Se detallará lo siguiente en la planilla, según los componentes de la atención:

Servicios Ambulatorios

- Honorarios médicos
- Imagen
- Laboratorio
- Medicamentos
- Dispositivos médicos

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 subsecuente)
- 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 usuario/paciente ingresa por emergencia, se facturará también este servicio.

Servicios de eventos Quirúrgicos y Clínicos en Hospital del Día

- 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.
- Ración /dieta.

Servicios de Emergencia

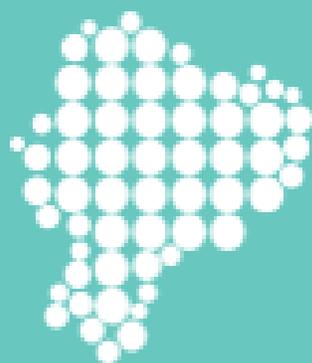
Exclusivamente, se planillarán de la siguiente manera:

- Cubículo de emergencia
- Cubículo de Observación
- Honorarios del médico tratante
- Procedimientos técnicos – médicos, laboratorio e imagen
- Medicamentos
- Dispositivos médicos

1.3 Facturación por Paquetes de Prestaciones

Los prestadores públicos y privados que establezcan convenios firmados, contratos u otra modalidad formal de acuerdo, para atenciones médicas con los respectivos financiadores del Sistema Nacional Salud, mediante la modalidad de paquete de prestaciones integrales; deberá emitir una planilla con el valor establecido para el paquete por cada usuario/paciente, que deberá estar acompañada de los documentos técnicos según lo determine la norma vigente emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional.

En estos documentos se deberá señalar el diagnóstico codificado por CIE-10, el código tarifario del paquete de prestación integral, el valor unitario del paquete descrito en el tarifario, además de la cantidad y el valor total por toda la prestación de salud.



RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD

SECCIÓN SÉPTIMA

DISPOSICIONES NORMATIVAS PARA ACTUALIZACIÓN
DEL TARIFARIO

SECCIÓN SÉPTIMA

1. DISPOSICIONES NORMATIVAS PARA ACTUALIZACIÓN DEL TARIFARIO

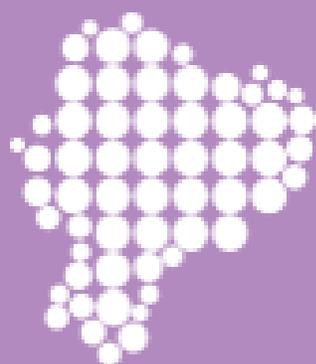
1.1 Actualización de Tarifario

El Tarifario será revisado por una Subcomisión Técnica de Revisión del Tarifario, designada por el Comité de Gestión de la Red, con los siguientes propósitos:

- La revisión de todas las observaciones al tarifario será permanente, pero se programará las modificaciones que serán vigentes en la nueva versión de tarifario expedido por la Autoridad Sanitaria en el último trimestre del año.
- Adicionar o eliminar códigos de acuerdo con el CPT, 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.
 - Al menos seis años de experiencia trabajando en administración de sistemas de salud, levantamiento de costo, 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, a la que se invitarán a profesionales del sector público y sector privado.

1.2 Evaluación del Tarifario

La aplicación del tarifario y su uso en los diferentes prestadores/financiadores de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria Privada, será evaluada por la instancia técnica definida por el Ministerio de Salud Pública.



RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD

GLOSARIO

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 usuario/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 sano, en la misma habitación de la madre.

AMBULANCIA: Unidad móvil aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de usuarios/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 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 usuario/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.

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.

CAMA DE OBSERVACIÓN: es aquella instalada y con recursos para uso de usuarios/pacientes que no requieren ser hospitalizados. Para uso del tarifario, se considerará una ocupación desde las seis hasta las 24 horas.

CAMA: Es aquella instalada para el uso exclusivo de los usuarios/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.

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 usuario/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.

DESECHABLES: Corresponde a material de uso personal, Kit de aseo – (cepillo dental, pasta dental, peinilla, jabón de tocador, shampoo, termómetro), semiluna, bidet, recolectores de orina.

DIA CENSAL: para uso del tarifario se considerará para el cálculo de día censal, de la siguiente forma: las 24 horas se consideran desde el día de ingreso del usuario/paciente hospitalizado, no se tomará el día de alta, este concepto no aplica para uso de la sala de cuidados intensivos.

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

KIT DE ASEO PERSONAL: Es material de aseo personal, mismo, que estará compuesto por una peinilla, un cepillo dental, una pasta dental de 30 g, un jabón de tocador, un shampoo de 30 CC.

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.

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.

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, públicas o privadas, según su capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad, previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables.

MATERIAL INDIVIDUALIZABLE. - Se refiere a aquellos insumos que son identificables de manera individual para el uso en un usuario/paciente.

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.

PRECIO DE COMPRA INSTITUCIONAL: Es el valor monetario obtenido por las instituciones de salud, posterior a una selección de propuestas, negociaciones y criterios de prioridad, para cada medicamento, según su principio activo, concentración y forma farmacéutica en su mínima expresión, como: unidades por caja - precio de la unidad (grajea, cápsula, entre otros), tubos de crema - un tubo de crema, ampollitas - una ampollita, jarabes - un jarabe (recipiente); y, para cada dispositivo médico en su mínima expresión unitaria.

PRESCRIBIR. - Es el proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva mediante el cual un profesional de la salud, debidamente habilitado, escribe en una receta uno o más medicamentos para la prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos que forman parte del tratamiento individualizado de un usuario/paciente.

PRESTADORES DE SALUD: Son aquellos profesionales o establecimientos, autorizados para prestar servicios de salud, debidamente calificados/acreditados por la Red Pública Integral de Salud.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: El I Nivel de Atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del usuario/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.

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 usuarios/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.

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).

SERVICIO DE HABITACIÓN: Es el conjunto de recursos físicos, humanos (excepto honorario médico), de equipamiento, alimentación, etc., para la atención de un usuario/paciente durante un período mínimo de 24 horas.

SITUACIÓN DE EMERGENCIA: Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del usuario/paciente con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la misma, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

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.

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: El III Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención de especialidad 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).

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 usuarios/pacientes de trauma reciben atención apropiada durante la “hora dorada” (sesenta minutos después de la lesión), las probabilidades de supervivencia aumentan considerablemente.

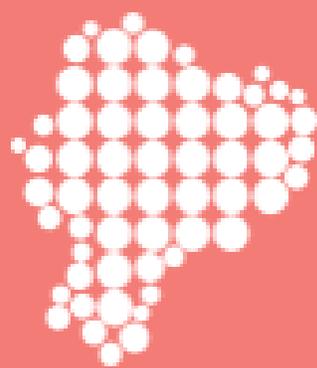
UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO: Es el servicio destinado a usuarios/pacientes críticos, con complicaciones no derivadas de un acto quirúrgico, que, con excepción de la asistencia ventilatoria, se les brinda la misma atención que en la Unidad de Cuidado Intensivo, bajo el cuidado del médico intensivista 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 médico.

URGENCIA: Es todo estado patológico de rápida instauración o por accidente fortuito, que no pone en riesgo inmediato la vida del usuario/paciente, pero que genera la necesidad imperiosa de recibir o brindar atención de salud.

VÍA 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.



RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD

ANEXOS

ANEXOS

Anexo N° 1

Detalle Paquete de Hemodiálisis

No	PRESTACIONES	Cada mes	Bimensual	Trimestral	Cuatrimestral	Semestral	Anual
1.	Diálisis según normas internacionales	12 a 14 sesiones					
2.	Materiales necesarios para las sesiones de Hemodiálisis estándar con bicarbonato y filtros nuevos	12 a 14					
3.	Confección de fístula arteriovenosa duración estándar internacional 3 años (una si se requiere))						1
4.	Mantenimiento de accesos vasculares (para prevenir infecciones, hematoma, edema, mantener la permeabilidad y funcionalidad, evitar complicaciones, entre otras)	1					
5.	ATENCIÓN AMBULATORIA						
	Consulta externa de nefrología en forma mensual bajo cita previa y/o cuando lo requiere el usuario/paciente (preferible en fechas que asista a sesión)	1					
	Soporte clínico externo ambulatorio del equipo de apoyo (nutrición, psicología y trabajo social) en forma mensual, mientras recibe sesión de hemodiálisis	1					
	Interconsultas de especialidad: 1 cardiología y 1 endocrinología. (Hasta 2 por año) según criterio del médico nefrólogo tratante, de prevención de complicaciones.						2
6.	EXÁMENES DE LABORATORIO: mensualmente, bimestral, trimestral, cuatrimestral y anual						
	Biometría Hemática Completa	1					
	Niveles Séricos:						
	Glucosa	1					
	Albúmina	1					
	BUN/Urea pre y post diálisis mensual	1					
	Creatinina pre diálisis	1					
	Sodio pre y post diálisis	1					
	Potasio pre y post diálisis	1					
	Calcio	1					
	TP, TTP a requerimiento y si toma Warfarina	0-1					
	Hierro sérico		1				
	Transferrina			1			
	% Saturación transferrina			1			
	Ferritina			1			
	Fósforo	1					
	Fosfatasa alcalina	1					

	Triglicéridos al ingreso del usuario/paciente y anual						1
	Colesterol al ingreso del usuario/paciente y anual						1
	Aspartato Amino Transferasa –TGO – AST		1				
	Alanina Amino Transferasa – TGP – ALT		1				
	Hepatitis B, antígenos de superficie – HBsAg (si no ha sido inmunizado antes al ingreso y uno anual						1
	Anticuerpos anti antígenos de superficie de la Hepatitis B - HBsAg						1
	Hepatitis C anticuerpos totales- Hepatitis C				1		
	Virus de inmunodeficiencia humana (HIV) I y II; anticuerpos++						1
	Parathormona – PTH semestral					1	
	Tuberculosis - Tb Prueba en sangre de tuberculosis)						1
7.	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE IMAGENOLÓGÍA DIAGNOSTICA:						
	-Electrocardiograma rutinario (una vez al año)						1
	-Radiografía estándar de tórax de control (una por año)						1
8.	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SEGÚN REQUERIMIENTO						
	-Ecocardiograma, según necesidad del usuario/paciente y criterio médico hasta una por año						1
	-Endoscopia Alta, según necesidad del usuario/paciente y criterio médico hasta una por año.						1
	-Ecografía de abdomen según necesidad del usuario/paciente y criterio médico						1
9.	TRATAMIENTO:						
	El uso y suministro de medicamentos se limitará a los indicados y necesarios en el tratamiento ambulatorio para cubrir las patologías relacionadas con la Insuficiencia Renal Crónica conforme lo requiera:	1					
	•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, según pertinencia médica.	1					
	•Tratamiento de la anemia secundaria a la IRC (Hierro intravenoso y Eritropoyetina Alfa o Beta) , según pertinencia médica	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	1					

	necesidad) según pertinencia médica						
	•Tratamiento de las deficiencias vitamínicas, coadyuvantes en el tratamiento de la IRC (vitamina B, vitamina C, ácido fólico)	1					
	•Tratamiento de la dislipidemia (inhibidores de la HMG, COA y/o fibratos, según pertinencia médica)	1					
	•Tratamiento de la gastritis crónica (inhibidores de la bomba de protones y antiácidos) según pertinencia médica	1					
	•Vacunación contra hepatitis B si no ha sido vacunado previo al ingreso						1
	•Vacunación contra neumococo						1
10.	EN CASO DE EMERGENCIA:						
	Colocación de catéter temporal (hasta dos)						2
	Colocación de injerto vascular (uno) de ser necesario referencia a hospital de III Nivel según georeferencia.						1
	En caso de necesitar ecografía Doppler y/o fistulografía (uno) justificada por Cirujano Vascular y Nefrólogo; de ser necesario referencia a hospital de III Nivel según georeferencia.						1
	Medicamentos de emergencia para el manejo de complicaciones durante la terapia dialítica y cumplir los compromisos secundarios del usuario/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, según necesidad del usuario/paciente y criterio médico (anemia aguda) y en relación con el cuadro clínico y en situaciones de emergencia						2
11.	OTROS						
	Registro de usuarios/pacientes en Registro Ecuatoriano de Diálisis						1
	Aplicación de normas de bioseguridad para evitar contaminaciones del centro mediante hoja check list	1					
	Autorización del usuario/paciente para procedimiento de hemodiálisis (año calendario)						1
	Para Referencia a emergencia hospitalaria de III Nivel, utilizar formulario N. 53, mencionando situación clínica de tratamiento de hemodiálisis.						
	Educación y comunicación a usuarios/pacientes y familia utilizando diversos mecanismos	1					

	Visitas domiciliarias al ingreso y anual						1
	Talleres de terapia ocupacional				1		

Nota: Si se requiere un nuevo acceso vascular permanente el establecimiento de diálisis lo puede realizar y se facturará según el presente tarifario.

Todo usuario/paciente para ser derivado a un centro de diálisis debe acudir con los documentos que establece la autoridad sanitaria formulario N. 053 describiendo si ha sido vacunado para hepatitis B y neumococo.

Para diálisis peritoneal KTV trimestral.

PET test de equilibrio peritoneal cada 3 meses manual o cada 4 meses automática.

Detalle Paquete de Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA)

No	PRESTACIONES	Cada mes	Bimensual	Trimestral	Cuatrimestral	Semestral	Anual
1.	Diálisis DIARIAS según normas internacionales	30 DIAS					
2.	Materiales necesarios para las sesiones de DP CON CICLADORA, cada día: 2 BOLSAS de 5LT C/U de diversa concentración según indicación médica, 1 Casette, 1 Conector, 1 Línea de drenaje. Todos INSUMOS nuevos de un solo uso	60					
3.	Colocación catéter peritoneal, duración estándar internacional 5 años (uno si se requiere))						1
4.	Mantenimiento de acceso peritoneal (para prevenir infecciones, hematoma, absceso de pared, peritonitis, mantener la permeabilidad y funcionalidad, evitar complicaciones, (entre otras)	1					
5.	ATENCIÓN AMBULATORIA						
	Consulta externa de nefrología en forma mensual bajo cita previa y/o cuando lo requiere el usuario/paciente	1					
	Soporte clínico externo ambulatorio del equipo de apoyo (nutrición, psicología y trabajo social) en forma mensual.	1					
	Interconsultas de especialidad: cardiología y endocrinología. (Hasta 2 por año) según criterio del médico nefrólogo tratante, de prevención de complicaciones.						2
6.	EXÁMENES DE LABORATORIO: mensualmente, bimestral, trimestral, cuatrimestral y anual						
	PET (test de transporte peritoneal) Se requiere analizar bioquímica extra: Glucosa sérica y glucosa del dializado hora 0, 2 y 4. Creatinina sérica y creatinina del dializado hora 0, 2 y 4					1	

KT/V				1			
Se requiere realizar análisis bioquímicos extra: BUN- Urea/ Glucosa/ Creatinina sérica y del dializado							
Niveles Séricos:							
Glucosa	1						
Albúmina	1						
Urea	1						
Creatinina	1						
Sodio	1						
Potasio	1						
Calcio	1						
Hierro sérico		1					
Transferrina			1				
% Saturación transferrina			1				
Ferritina			1				
Fósforo	1						
Fosfatasa alcalina	1						
Triglicéridos al ingreso del usuario/paciente y semestral				1			
Colesterol al ingreso del usuario/paciente y semestral				1			
Aspartato Amino Transferasa –TGO – AST		1					
Alanina Amino Transferasa – TGP – ALT		1					
Hepatitis B, antígenos de superficie – HBsAg (si no ha sido inmunizado antes al ingreso y uno anual						1	
Anticuerpos anti antígenos de superficie de la Hepatitis B - HBsAg						1	
Hepatitis C anticuerpos totales- Hepatitis C				1			
Virus de inmunodeficiencia humana (HIV) I y II; anticuerpos++						1	
Parathormona – PTH semestral				1			
Tuberculosis - Tb Prueba cutánea de tuberculosis) anual						1	
Análisis del líquido Peritoneal							
Glucosa				3	1		
Creatinina				3	1		
Bun/ Urea				3			
7. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE IMAGENOLÓGÍA DIAGNOSTICA:							
-Electrocardiograma rutinario (una vez al año)						1	
-Radiografía estándar de ABDOMEN (una por un año)						1	
8. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SEGÚN REQUERIMIENTO							

	-Ecocardiograma, según necesidad del usuario/paciente y criterio médico hasta una por año							1	
	-Endoscopia Alta, según necesidad del usuario/paciente y criterio médico hasta una por							1	
	-Ecografía de abdomen según necesidad del usuario/paciente y criterio médico							1	
9.	TRATAMIENTO:								
	El uso y suministro de medicamentos se limitará a los indicados y necesarios en el tratamiento ambulatorio para cubrir las patologías relacionadas con la Insuficiencia Renal Crónica conforme lo requiera:								
	• Tratamiento de la HTA (antihipertensivos): IECAS, bloqueadores Antagonistas, Vasodilatadores, Alfa Bloqueadores).	1							
	• Tratamiento de la enfermedad ósea (Quelantes de fósforo), activadores de vitamina D, según pertinencia médica.								
	• Tratamiento de la anemia secundaria a la IRC (Hierro intravenoso y Eritropoyetina Alfa o Beta), según pertinencia médica								
	• 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) según pertinencia médica								
	• Tratamiento de las deficiencias coadyuvantes en el tratamiento de la IRC (vitamina B, vitamina C, ácido fólico)	1							
	• Tratamiento de la dislipidemia (inhibidores de la HMG, COA y/o fibratos, según pertinencia médica								
	• Tratamiento de la gastritis crónica (inhibidores de la bomba de protones y antiácidos) según pertinencia médica								
	• Vacunación contra hepatitis B si no ha sido vacunado previo al ingreso							1	
	• Vacunación contra neumococo							1	
10.	EN CASO DE EMERGENCIA:								
	Colocación de catéter peritoneal (uno) de ser necesario referencia a hospital de III Nivel según georeferencia.								

	En caso de necesitar cambio de modalidad de DP (entre manual y/o automatizada), enviar informe Md, formulario ... y resultado de PET a Nefrología de su Centro de Referencia							
	Medicamentos de emergencia para el manejo de complicaciones durante la terapia dialítica y cumplir los compromisos secundarios del usuario/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.							
	Transfusiones sanguíneas, según necesidad del usuario/paciente y criterio médico (anemia aguda) y en relación con el cuadro clínico y en situaciones de emergencia						2	
11.	OTROS							
	Registro de usuarios/pacientes en Registro Ecuatoriano de Diálisis							1
	Aplicación de normas de bioseguridad para evitar contaminaciones del centro mediante hoja check list	1						
	Autorización del usuario/paciente para procedimiento de Diálisis peritoneal (año calendario)							1
	Para Referencia a emergencia hospitalaria de III Nivel, utilizar formulario N. 58, mencionando situación clínica de tratamiento de hemodiálisis.							
	Educomunicación a usuarios/pacientes y familia utilizando diversos mecanismos	1						
	Visitas domiciliarias al ingreso y anual							1
	Talleres de terapia ocupacional				1			

Nota: Si se requiere un nuevo acceso peritoneal el establecimiento de diálisis lo puede realizar y se facturará según el presente tarifario.

Todo usuario/paciente para ser derivado a un centro de diálisis debe acudir con los documentos que establece la autoridad sanitaria formulario N. 053 describiendo si ha sido vacunado para hepatitis B y neumococo.

Detalle Paquete de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)

No	PRESTACIONES	Cada mes	Bimensual	Trimestral	Cuatrimestral	Semestral	Anual
1.	Diálisis DIARIAS según normas internacionales	30 DIAS					
2.	Materiales necesarios para las sesiones de DPCA cada día: 4 CAMBIOS de 2 LT C/U de diversa concentración según indicación médica, 1 Conector, 1 línea de drenaje. Todos INSUMOS nuevos de un solo uso	120					
3.	Colocación catéter peritoneal, duración estándar internacional 5 años (uno si se requiere))						1
4.	Mantenimiento de acceso peritoneal (para prevenir infecciones, hematoma, absceso de pared, peritonitis, mantener la permeabilidad y funcionalidad, evitar complicaciones, (entre otras)	1					
5.	ATENCIÓN AMBULATORIA						
	Consulta externa de nefrología en forma mensual bajo cita previa y/o cuando lo requiere el usuario/paciente	1					
	Soporte clínico externo ambulatorio del equipo de apoyo (nutrición, psicología y trabajo social) en forma mensual.	1					
	Interconsultas de especialidad: cardiología y endocrinología. (Hasta 2 por año) según criterio del médico nefrólogo tratante, de prevención de complicaciones.						2
6.	EXÁMENES DE LABORATORIO: mensualmente, bimestral, trimestral, cuatrimestral y anual						
	PET (test de transporte peritoneal) Se requiere analizar bioquímica extra: Glucosa sérica y glucosa del dializado hora 0, 2 y 4. Creatinina sérica y creatinina del dializado hora 0, 2 y 4					1	
	KT/V Se requiere realizar análisis bioquímicos extra: BUN- Urea/ Glucosa/ Creatinina sérica y del dializado				1		
	Biometría Hemática Completa	1					
	Niveles Séricos:						

	Glucosa	1					
	Albúmina	1					
	Urea	1					
	Creatinina	1					
	Sodio	1					
	Potasio	1					
	Calcio	1					
	Hierro sérico		1				
	Transferrina			1			
	% Saturación transferrina			1			
	Ferritina			1			
	Fósforo	1					
	Fosfatasa alcalina	1					
	Triglicéridos al ingreso del usuario/paciente y semestral				1		
	Colesterol al ingreso del usuario/paciente y semestral				1		
	Aspartato Amino Transferasa –TGO – AST		1				
	Alanina Amino Transferasa – TGP – ALT		1				
	Hepatitis B, antígenos de superficie – HBsAg (si no ha sido inmunizado antes al ingreso y uno anual						1
	Anticuerpos anti antígenos de superficie de la Hepatitis B - HBsAg						1
	Hepatitis C anticuerpos totales- Hepatitis C						1
	Virus de inmunodeficiencia humana (HIV) I y II; anticuerpos++						1
	Parathormona – PTH semestral				1		
	Tuberculosis - Tb Prueba cutánea de tuberculosis) anual						1
	Análisis del líquido Peritoneal						
	Glucosa				3	1	
	Creatinina				3	1	
	Bun/ Urea				3		
7.	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE IMAGENOLÓGÍA DIAGNOSTICA:						
	-Electrocardiograma rutinario (una vez al año)						1
	-Radiografía estándar de ABDOMEN (una por año)						1
8.	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SEGÚN REQUERIMIENTO						
	-Ecocardiograma, según necesidad del usuario/paciente y criterio médico hasta una por año						1
	-Endoscopia Alta, según necesidad del						1

	usuario/paciente y criterio médico hasta una por año						
	-Ecografía de abdomen según necesidad del usuario/paciente y criterio médico						1
9.	TRATAMIENTO:						
	El uso y suministro de medicamentos se limitará a los indicados y necesarios en el tratamiento ambulatorio para cubrir las patologías relacionadas con la Insuficiencia Renal Crónica conforme lo requiera:						
	• Tratamiento de la HTA (antihipertensivos): IECAS, bloqueadores AT1, Beta Bloqueadores, Antagonistas, Vasodilatadores, Alfa Bloqueadores).	1					
	• Tratamiento de la enfermedad ósea (Quelantes de fósforo), activadores de vitamina D, según pertinencia médica.						
	• Tratamiento de la anemia secundaria a la IRC (Hierro intravenoso y Eritropoyetina Alfa o Beta) , según pertinencia médica						
	• 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) según pertinencia médica						
	• Tratamiento de las deficiencias vitamínicas, coadyuvantes en el tratamiento de la IRC (vitamina B, vitamina C, ácido fólico)	1					
	• Tratamiento de la dislipidemia (inhibidores de la HMG, COA y/o fibratos, según pertinencia médica						
	• Tratamiento de la gastritis crónica (inhibidores de la bomba de protones y antiácidos) según pertinencia médica						
	• Vacunación contra hepatitis B si no ha sido vacunado previo al ingreso						1
	• Vacunación contra neumococo						1
10	EN CASO DE EMERGENCIA:						
	Colocación de catéter peritoneal (uno) de ser necesario referencia a hospital						

	de III Nivel según georeferencia.						
	En caso de necesitar cambio de modalidad de DP (entre manual y/o automatizada) enviar informe Md, formulario ... y resultado de PET a Nefrología de su Centro de Referencia						
	Medicamentos de emergencia para el manejo de complicaciones durante la terapia dialítica y cumplir los compromisos secundarios del usuario/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.						
	Transfusiones sanguíneas, según necesidad del usuario/paciente y criterio médico (anemia aguda) y en relación con el cuadro clínico y en situaciones de emergencia						2
11.	OTROS						
	Registro de usuarios/pacientes en Registro Ecuatoriano de Diálisis						1
	Aplicación de normas de bioseguridad para evitar contaminaciones del centro mediante hoja check list	1					
	Autorización del usuario/paciente para procedimiento de Diálisis peritoneal (año calendario)						1
	Para Referencia a emergencia hospitalaria de III Nivel, utilizar formulario N.58, mencionando situación clínica de tratamiento de hemodiálisis.						
	Educomunicación a usuarios/pacientes y familia utilizando diversos mecanismos	1					
	Visitas domiciliarias al ingreso y anual						1
	Talleres de terapia ocupacional				1		

Nota: Si se requiere un nuevo acceso peritoneal el establecimiento de diálisis lo puede realizar y se facturará según el presente tarifario.

Todo usuario/paciente para ser derivado a un centro de diálisis debe acudir con los documentos que establece la autoridad sanitaria formulario N. 053 describiendo si ha sido vacunado para hepatitis B y neumococo.

Anexo N° 2

Detalle de Paquetes de Prestaciones Integrales No Complicadas

(Valores expresado en \$ USD. Dólares Americanos)

Los Paquetes de Prestaciones Integrales antes detallados incluyen:

- **Hospitalización:** Internamiento en habitación de dos camas, dieta hospitalaria, cuidado y manejo diario
- **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)
- **Colocación de Vía Central al ingresar a quirófano.**
- **Prácticas diagnósticas durante hospitalización** (laboratorio e imágenes)
- **Medicamentos** (empleados en cirugía e internación).
- **Dispositivos médicos y otros materiales** (empleados en cirugía e internación)
- **Honorarios profesionales** (componentes cirugía, anestesia, evaluación y manejo, las que necesite el usuario/paciente durante el lapso de internamiento)
- **Consultas post-operatorias:** hasta 2 (dos) consultas de control posteriores a egreso del usuario/paciente.
- **Retiro de puntos y curaciones.**
- **No incluye:** hemocomponentes sanguíneos, material de osteosíntesis, órtesis y prótesis

Contenido de Trasplante Renal Adulto con donante vivo

El presente procedimiento incluye:

- Nefrectomía y post-operatorio del donante: hasta 5 días de habitación compartida de a dos, con medicamentos de soporte clínico.
- Implante renal (trasplante)
- Receptor: primeras 24 horas en Unidad de Medicina Crítica
- Hospitalización hasta un máximo de 7 días de internación (en habitación individual con baño privado).
- 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.
- Colocación de vía central al ingresar a quirófano.
- Transfusiones hasta 2 UI de glóbulos rojos concentrados y hasta 4UI de plaquetas.
- Prácticas diagnósticas durante hospitalización (laboratorio e imágenes)
- Anatomía patológica
- Material descartable
- Medicamentos (empleados en cirugía y sectores de internación).
- Medicación inmunosupresora de mantenimiento hasta el alta del usuario/paciente.

- Laboratorio específico (dosaje de ciclosporina o rapamicina, dependiendo del esquema de cada usuario/paciente).
- Cistoscopia y extracción de catéter doble “J”
- Honorarios profesionales
- 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 usuarios/pacientes hiperinmunizados.

Contenido de Trasplante Renal con donante cadavérico

El Presente Procedimiento Incluye:

- **Procuración y Ablación de riñón del donante**
 - Incluye la atención del donante cadavérico en la Unidad de Medicina Crítica hasta por 48 horas.
 - Medicamentos y dispositivos médicos utilizados en el mantenimiento del donante cadavérico.
 - Prácticas diagnósticas (laboratorio, imágenes, EEG, etc.)
 - Genética Molecular (Histocompatibilidad: Tipificación HLA A, B y DR, del donante).
 - 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).
 - Honorarios Profesionales (del Equipo de Procuración y Coordinación Hospitalaria)
 - Una sesión de diálisis previa al acto quirúrgico del trasplante.
 - Genética molecular (Cross-Match contra el donante)
 - Implante renal (trasplante).
 - Quirófano (gastos y derechos quirúrgicos, consumo de oxígeno, monitoreo, instrumentación y uso de equipamiento e instrumental especializado para la realización del trasplante).
 - Colocación de Vía Central al ingresar a quirófano.
 - Transfusiones hasta 4 UI de Glóbulos Rojos Concentrados y hasta 6 UI de Plaquetas.
 - Hospitalización hasta 48 horas en Unidad de Medicina Crítica.
 - Hospitalización hasta un máximo de 8 días de internación (en habitación individual con baño privado).
 - Prácticas diagnósticas (laboratorio e imágenes durante la internación).
 - Cistoscopia y extracción de catéter doble “J”.
 - Sesiones de hemodiálisis a demanda (en caso de riñón disfuncionante).
 - Anatomía Patológica.
 - Material Descartable.
 - Medicamentos (empleados en cirugía y sectores de internación).
 - Medicación inmunosupresora de inducción y mantenimiento hasta el alta del usuario/paciente.

- Laboratorio específico (Dosaje de Ciclosporina o Rapamicina, dependiendo del esquema de capa usuario/paciente).
- Honorarios Profesionales
- 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 usuarios/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 sea más apto, de acuerdo a las normas del INDOT. 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 usuarios/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 usuarios/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 usuarios/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 usuarios/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 usuario/paciente requiere un presupuesto mayor, se solicitará autorización al financiador previa la facturación.

Contenido de Trasplante con donante vivo pediátrico

El paquete integral del trasplante hepático pediátrico con donante vivo incluye:

- 1.- Servicios profesionales
2. Servicios Institucionales:
 - 2.1.-Hotelería
 - 2.2.-Laboratorio
 - 2.3.-Imagen (Incluye honorarios profesionales)

- 2.4.-Equipos especiales
- 3.-Dispositivos médicos
- 4.- Medicamentos
- 5.- Complicaciones Hospitalarias:
 - 5.1.-Hospitalización promedio referencia
 - 5.2.-UCI promedio referencia
- 6.- Procuración del órgano donante vivo

Contenido de Trasplante con donante cadavérico pediátrico

El paquete integral del trasplante hepático pediátrico con donante cadavérico incluye:

- 1. Servicios profesionales
- 2. Servicios Institucionales:
 - 2.1.-Hotelería
 - 2.2.-Laboratorio
 - 2.3. Imagen (Incluye honorarios profesionales)
 - 2.4.-Equipos especiales
- 3.-Dispositivos médicos
- 4.- Medicamentos
- 5.- Complicaciones Hospitalarias:
 - 5.1. -Hospitalización promedio referencia
 - 5.-2.-UCI promedio referencia
- 6.- Procuración del órgano donante cadavérico (Multiórgano)

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 usuario/paciente durante la realización del procedimiento)
- 6.- Consultas post-operatorias:** hasta 2 (dos) consultas de control posteriores a egreso del usuario/paciente.

- **TRATAMIENTOS CLÍNICOS**

LOS PAQUETES INTEGRALES PARA ATENCION A USUARIOS/PACIENTES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN MODALIDAD RESIDENCIAL INCLUYEN:					
Descriptivo Económico		Centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas		Hospitales de tercer nivel de atención	
CÓDIGO	DESCRIPCION EN EL TARIFARIO	1er mes	Mes subsecuente	1er mes	Mes subsecuente
HONORARIOS PROFESIONALES					
99306	Cuidado inicial, por día, por la evaluación y manejo de un usuario/paciente, que requiere de esos tres componentes: 1. Historia clínica detallada y comprensible 2.- En examen físico detallado 3. Decisión médica sencilla y de alta complejidad. Consultoría y/o Coordinación del cuidado con otros servicios, de acuerdo a las necesidades del usuario/paciente(s) y/o de su familia. Usualmente, el problema(s) requiere de admisión de alta severidad. Tiempo 45 min. Con el usuario/ paciente y/o familiares o cuidador.	1		1	
99307	Cuidado subsecuente, por día, por la evaluación y manejo de un usuario/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 usuario/paciente(s) o su familia(s). Usualmente, el usuario/paciente está estable o mejorando. Tiempo 10 minutos con el usuario/paciente y/o su familia(s) y cuidador.	12	8	12	8
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 usuario/paciente. (0,4 por minuto). 60 min.	1	1	1	1
90876	Terapia psicofisiológica individual, incorporando entrenamiento de Biofeedback por cualquier modalidad (cara a cara con el usuario/paciente), con psicoterapia (orientada a introspección, para modificar comportamiento o apoyar la psicoterapia). 45 minutos.	6	4	6	4
90853	Psicoterapia Grupal	4	4	4	4
90846	Psicoterapia familiar (sin la presencia del usuario/paciente). (0,4 por minuto) 60 min	2	2	2	2
90849	Psicoterapia Grupal Multifamiliar	4	4	4	4
291135	Terapia Ocupacional	20	20	20	20
SERVICIOS INSTITUCIONALES					
387452	cuidado y manejo diario 2 nivel	30	30	30	30
	Habitación residencial	30	30	30	30
	Alimentación	30	30	30	30

LABORATORIO					
340077	Biometría hemática	1		1	
360009	Glucosa	1		1	
360017	Ácido úrico	1		1	
360016	Creatinina	1		1	
	<u>Perfil hepático</u>				
360034	AST/SGOT	1		1	
360035	ALT/SGPT	1		1	
360040	GGP	1		1	
360024	Bilirrubina total directa	1		1	
360126	Bilirrubinas	1		1	
360039	Fosfatasa-alkalina	1		1	
360043	Amilasa	1		1	
360118	Lipasa	1		1	
	<u>Perfil toxicológico (cuadro de intoxicación)</u>				
330009	Panel de drogas de abuso (12 pruebas)	1	1	1	1
MEDICAMENTOS E INSUMOS					
	MEDICAMENTOS E INSUMOS	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD
	Ácido Valproico (1500 mg. Día)	90	90	90,00	90
	Benzodiacepinas – Clonazepam (2 mg día)	10		10,00	
	Antidepresivo – fluoxetina (20 mg día)	30	30	30,00	30
	Antiepilépticos-Carbamazepina (500 mg día)	30	30	30,00	30
	Analgésicos y Antipiréticos – Paracetamol (500 mg día)	20	20	20,00	20
	Antipsicóticos- Risperidona (1 mg. día)	1	1	1,00	1
	Tracto alimentario y metabolismo (vitaminas) - complejo B (250/350 mg día).	30	30	30,00	30
En el mes del alta facturar adicionalmente el código 99239, con el FCM correspondiente.					

Paquete de Asistencia Sanitaria en Transporte Aéreo configurado

Este paquete se utiliza exclusivamente cuando la aeronave corresponda a las instituciones del Comando Conjunto de Fuerzas Armadas o Comandancia de la Policía Nacional.

Incluye:

- Utilización de equipos médicos: Monitor multiparámetro, ventilador mecánico de transporte, bombas de infusión continua, máquina de succión, desfibrilador externo de emergencia, camilla de transporte con inmovilizador, mochila de asalto (botiquín de primeros auxilios).
- Personal sanitario de Apoyo: Licenciado en atención pre hospitalario o enfermería, técnicos de emergencia, en el caso de que sea requerido.
- Honorarios médicos: Médico general y/o especialista
- Traslado de la tripulación sanitaria (retorno del recurso material y talento humano hacia el establecimiento de salud de origen).

Anexo N° 3

Lista de medicamentos, dispositivos médicos e insumos generales de uso múltiple en procedimientos ambulatorios y hospitalarios

Medicamentos, dispositivos médicos e Insumos Generales de uso múltiple su Costo está incluido en Procedimientos Ambulatorios y Hospitalarios
MEDICAMENTOS
Anestésico local (gel, spray), excepto cuando por la condición del usuario/paciente requiere tratamiento domiciliario.
Solución desinfectante de todo tipo y presentación
DISPOSITIVOS MÉDICOS
Algodón
Aplicador
Depresor de lengua/baja lengua
Gasas de curación
Esparadrapo o similares
Torundas
Jeringuillas
Agujas hipodérmicas
Lancetas
Guantes de manejo
Rasuradoras
Mascarillas quirúrgicas
Colchón anti escara (reutilizable)
INSUMOS GENERALES
Fundas de basura
Paños húmedos
Vajilla no desechable

Anexo N° 4

Hoja de cuantificación de recursos utilizados para prestaciones ambulatorias y hospitalarias, auxiliares diagnósticos, equipos y servicios institucionales

NOMBRE INSTITUCIÓN: _____

CÓDIGO TARIFARIO SNS: PROCEDIMIENTO: _____

TALENTO HUMANO							
Cargo	Remu. Integral Mensual	Min. Mes	Valor min.	Tiempo utilizado	Personal que interviene	Valor aplica	
Total que aplica por Talento Humano							
MATERIALES E INSUMOS							
Producto	Presentación de la compra	Precio	Unidad de uso	Rendimiento	Valor Unitario minuto	Cantidad Determinacion por prueba	Precio por prueba
	Galones		cc				
	Unidad		unidad				
	Rollo de 100 mts		cm				
Total que aplica por Materiales e Insumos							
DEPRECIACIÓN							
Activo	Valor equipo/muebles	Tiempo vida útil	Depreciación anual	Rendimiento	Valor Unitario minuto	Minutos utilizados	Precio por prueba
Total que aplica por Depreciación							
COSTOS INDIRECTOS							
Activo	Valor unitario prorrateado			Cantidad			Precio por prueba
Total que aplica por Costo Indirecto							
RESUMEN GENERAL							
Talento Humano							

Materiales e insumos	
Depreciaciones	
Costos Indirectos	
Total de Costo	

Elaborado por: _____

Responsable del Servicio: _____

ANEXO N° 5

Aplicación de modificadores en procedimientos quirúrgicos por TEAM y vías de abordaje:

CASO 1							
TEAM	CODIGO	VIA	CIRUJANO 1	CIRUJANO 2	AYUDANTE 1	AYUDANTE 2	PERFUSIONISTA
1	1	A	100%	N/A	20%	10%	N/A
1	2	A	50%	N/A	10%	5%	N/A
1	3	A	50%	N/A	10%	5%	N/A
1	4	A	50%	N/A	10%	5%	N/A
1	5	A	50%	N/A	10%	N/A	N/A
1	6	A	50%	N/A	10%	N/A	N/A
1	7	A	50%	N/A	10%	N/A	N/A
CASO 2							
TEAM	CODIGO	VIA	CIRUJANO 1	CIRUJANO 2	AYUDANTE 1	AYUDANTE 2	PERFUSIONISTA
1	1	A	100%	N/A	20%	10%	35%*
1	2	A	50%	N/A	10%	5%	35%*
1	3	A	50%	N/A	10%	5%	35%*
2	4	B	100%	N/A	20%	N/A	N/A
2	5	B	50%	N/A	10%	N/A	N/A
2	6	B	50%	N/A	10%	N/A	N/A
3	7	C	100%	N/A	20%	N/A	N/A
CASO 3							
TEAM	CODIGO	VIA	CIRUJANO 1	CIRUJANO 2	AYUDANTE 1	AYUDANTE 2	PERFUSIONISTA
1	1	A	125%		20%	10%	35%*
1	2	A	50%		10%	5%	35%*
1	3	A	50%		10%	5%	35%*
1	4	A	50%		10%	5%	N/A
1	5	A	50%		10%	5%	N/A
1	6	A	50%		10%	5%	N/A
1	7	A	50%		10%	5%	N/A
CASO 4							
TEAM	CODIGO	VIA	CIRUJANO 1	CIRUJANO 2	AYUDANTE 1	AYUDANTE 2	PERFUSIONISTA
1	1	A	125%		20%	10%	35%*
1	2	A	50%		10%	5%	35%*
1	3	A	50%		10%	5%	35%*
2	4	B	100%	N/A	20%	N/A	35%*
2	5	B	50%	N/A	10%	N/A	35%*
2	6	B	50%	N/A	10%	N/A	35%*
3	7	C	125%		20%	10%	N/A
*DEL VALOR DEL O LOS CIRUJANOS							
CIRUJANO(S) Y AYUDANTE(S) SE CALCULAN SOBRE EL VALOR DEL CODIGO AL 100%							

BIBLIOGRAFÍA

- Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud 2014.
- Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud 2018.
- Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS.
- Manual de relacionamiento interinstitucional acuerdo 0091-2017.
- Triage Manchester MTS® modificado.
- Current Procedural Terminology (CPT) 2017
- Principles of CPT Coding 9th edition.
- CPT Case Studies. Examples of procedures and services.
- Medicare RBRVS 2017.
- <http://bioportal.bioontology.org/ontologies/CPT/?p=classes&conceptid>



RED PÚBLICA
INTEGRAL
DE SALUD

Sistema Nacional de Salud

SNS
CONASA
Consejo Nacional de Salud



EL
GOBIERNO
DE TODOS