

# Seguros Banorte protección para todo y para todos

Para reporte de siniestros y servicios de asistencia llama al  
**01800 201 6764**  
en donde recibirás atención rápida y personalizada las  
24 horas los 365 días del año.

Para mayor información llama a nuestro  
**Centro de Atención Telefónica**  
**01800 837 1133**  
disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o consulta  
[www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)



**Plan Médico Total**  
Seguro de Gastos Médicos Mayores  
Individual/Familiar



PE06-02A0

**SEGUROS**

**BANORTE**

**SEGUROS**

**BANORTE**

## **CONDICIONES GENERALES**



# ÍNDICE

---

OBJETO DEL SEGURO	7
DEFINICIONES	7
GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	11
COBERTURAS BÁSICAS	11
COBERTURAS SUJETAS A UN PERÍODO DE ESPERA	21
COBERTURAS OPCIONALES	25
EXCLUSIONES GENERALES O GASTOS NO CUBIERTOS	29
GENERALIDADES	35

## CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL / FAMILIAR “MÉDICO TOTAL”

### OBJETO DEL SEGURO

SEGUROS BANORTE, denominada en adelante como “SEGUROS BANORTE” o “La Compañía”, pagará los gastos médicos originados por enfermedad o accidente cubiertos dentro de la vigencia de la póliza de acuerdo a las presentes Condiciones Generales y hasta el límite de suma asegurada convenido, aplicando el deducible y el coaseguro correspondiente para el Asegurado y sus Dependientes Económicos de acuerdo con el plan contratado.

### DEFINICIONES

1. **Accidente:** Se considerará accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del mismo. **No se considerará como accidente las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un sólo evento.

Son materia de esta póliza los accidentes que ameriten tratamiento médico o quirúrgico, que ocurran desde el inicio y durante la vigencia de la póliza (no se aplica período de espera), siempre que la atención médica y los primeros gastos comprobables se realicen dentro de los 90 días siguientes a la ocurrencia del evento y que no se encuentren consignados en la cláusula de Exclusiones de estas Condiciones Generales.

2. **Agravación del Riesgo:** Es cuando por cualquier causa o circunstancia que afecte al asegurado (ejemplo: algún cambio de actividad u ocupación) se incrementa la posibilidad de la realización de un siniestro.

3. **Asegurado:** Persona que cuentan con la cobertura del plan contratado.
4. **Asegurado Titular:** Persona Asegurada que firma la solicitud como asegurado principal y como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la misma. Adicional al Contratante éste puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza.
5. **Ayudante:** Médico que asiste durante el desarrollo de una operación quirúrgica, siempre y cuando dicho asistente sea médicamente necesario para tal operación.
6. **Beneficio Máximo:** Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía (Suma Asegurada), menos la aplicación del deducible y coaseguro por cada enfermedad o accidente cubierto, quedando fija a partir de que se hace el primer gasto de cada padecimiento.
7. **Catálogo de Honorarios Médicos:** Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos en el cual se especifica el monto máximo a pagar por la Compañía.
8. **Coaseguro:** Porcentaje establecido en el cuadro de especificaciones de ésta póliza como participación del Asegurado, que se aplicará a los gastos cubiertos en exceso del deducible.
9. **Cobertura Sin Límite de Edad:** Se entenderá por cobertura sin límite de edad, la protección que tenga el Asegurado en el plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores sin límite alguno en el número de sus renovaciones, siempre que dicho plan sea contratado antes de los 70 años y no exista interrupción alguna durante su vigencia o en los períodos de renovación.
10. **Contratante:** Es la persona física o moral que solicita la celebración del contrato de seguro, para sí y/o terceras personas, así mismo, es responsable de pagar las primas del seguro.
11. **Cuadro de especificaciones:** Documento en el cual se estipulan las coberturas amparadas y límites específicos a que tiene(n) derecho el (los) asegurado (s) de acuerdo al plan contratado.
12. **Deducible:** Cantidad establecida en el cuadro de especificaciones de ésta póliza a cargo del Asegurado para cada enfermedad o accidente.

13. **Dependientes Económicos:** Para efectos de este seguro, serán consideradas las siguientes personas, siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Titular.
  - a. Su cónyuge.
  - b. Sus hijos solteros, que tengan hasta 24 años de edad cumplidos y que no tengan ingresos por trabajo personal.
14. **Diagnóstico:** Dictamen elaborado por un médico donde identifica un padecimiento o condición del mismo por sus síntomas, signos, apoyándose en pruebas de laboratorio y gabinete.
15. **Emergencia Médica:** Toda alteración súbita que ponga en peligro la vida del enfermo o lesionado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento la persona requiere de atención médica o quirúrgica inmediata. La condición de emergencia cesa cuando el paciente se encuentra médicamente estabilizado.
16. **Enfermedad:** Pérdida de salud. Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos de acuerdo a la historia natural de la misma. **No se considerará como enfermedad la provocada intencionalmente por el Asegurado.**

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como la misma enfermedad cubierta que les dio origen.
17. **Enfermedad Congénita:** Es aquella que se contrae en el seno del útero materno y/o que está presente al momento del nacimiento.
18. **Enfermera:** Persona que ejerce la enfermería, con título y legalmente autorizada para la práctica de su profesión en México.
19. **Honorarios Médicos:** Cantidad a que tiene derecho el médico por concepto de pago por la atención médica que brinda a los asegurados, la cual no podrá rebasar los límites que se establecen en el catálogo de honorarios médicos que forma parte de este contrato.
20. **Hospital:** Institución médica privada legalmente autorizada por

las Instituciones de Salud competentes para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

21. **Hospitalización:** Toda estancia continúa en el hospital mayor a 24 horas.
22. **Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para la práctica de su profesión, pudiendo ser: médico general o médico especialista.
23. **Pago directo:** Es un servicio en beneficio del asegurado, mediante el cual la Compañía liquidará directamente al prestador de servicios médicos y/o hospitalarios de la Red Médica, los gastos que por motivo de enfermedad y/o accidente cubiertos por este contrato erogue el Asegurado.
24. **Periodo de Supervivencia:** Tiempo en el cual deberá sobrevivir el asegurado después que se le diagnostique por primera vez una enfermedad grave cubierta y de las referidas en el numeral IV de las Coberturas Opcionales, para que tenga derecho a la indemnización. Se establece un periodo de supervivencia de siete (7) días.
25. **Perito Médico:** Médico asignado por la Compañía que emite una opinión técnica relacionado con una enfermedad o accidente.
26. **Prima Neta:** Es equivalente a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos el derecho de póliza especificados en la carátula de la póliza.
27. **Red Médica:** Prestadores de servicios médicos y auxiliares que se encuentran en convenio con la Compañía y que se ponen a disposición del Asegurado, para que en caso de que así lo decida, reciba la atención médica con éstos.

**En virtud de que estos prestadores no son empleados de la Compañía, en cualquier momento podrán dejar de pertenecer a la Red Médica, por lo que la Compañía sugerirá a los Asegurados otros prestadores de servicios.**

28. **Signo:** Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

29. **Síntoma:** Es un fenómeno o anomalía subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.
30. **Suma Asegurada:** Es el beneficio máximo a cargo de la Compañía, convenida para cada cobertura amparada y aplicable por Enfermedad o Accidente ocurrido y cubierto dentro de la vigencia de la póliza. Establecida en la carátula de póliza.
31. **Tratamientos de infertilidad y/o esterilidad:** Análisis completo del diagnóstico y corrección de las causas que ocasionan la infertilidad y/o esterilidad a la que se somete la pareja después de su incapacidad para lograr un embarazo espontáneo.

### GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Se entenderá por gastos médicos cubiertos aquellos en que incurra el Asegurado dentro de la República Mexicana por servicios, material y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos, requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta que cuente con un diagnóstico establecido y estudios que lo amparen. Los gastos deben ser por prescripción de un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento y con sujeción a los montos establecidos en el cuadro de especificaciones que forma parte integrante de la póliza.

### COBERTURAS BÁSICAS

Para la cobertura básica aplica deducible y coaseguro contratado, establecido en el cuadro de especificaciones de ésta póliza

- I. **Honorarios Quirúrgicos:** La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado, por los cirujanos y ayudantes, siempre que no sean familiares directos del Asegurado (Padres, hijos, conyuge, hermanos, tíos, abuelos) y hasta el límite establecido en el cuadro de especificaciones; siempre acotados sobre la base del Catálogo de Honorarios Médicos.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en el catálogo de honorarios médicos se valorarán por similitud a las comprendidas en ésta.

II. **Honorarios por Consultas Médicas:** En el caso que el Asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico, se pagarán los gastos erogados por consultas médicas de acuerdo a los límites establecidos en el cuadro de especificaciones de la póliza y siempre acotados sobre la base del Catálogo de Honorarios Médicos. Los honorarios médicos por consultas postoperatorias se considerarán dentro de los honorarios quirúrgicos siempre que se erogan dentro de los 15 días siguientes a la operación que les dio origen. Estos honorarios se cubrirán siempre y cuando el o los médicos no sean familiares directos del Asegurado.

III. **Honorarios Anestesiólogo:** Se cubrirán los honorarios hasta el límite señalado en el cuadro de especificaciones o el porcentaje de los honorarios autorizados para el cirujano que corresponda a la intervención quirúrgica de que se trate. Estos honorarios se cubrirán siempre y cuando el o los médicos no sean familiares del Asegurado.

Cuando en un mismo tiempo quirúrgico se practiquen al Asegurado dos o más cirugías cubiertas por la póliza, utilizando la(s) misma(s) vías de abordaje, la Compañía pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

En caso de dos cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y una de éstas se encuentre excluida de acuerdo a este contrato, la Compañía pagará de la siguiente manera:

- a. Honorarios médicos, Anestesiólogo, Ayudante: de acuerdo a lo estipulado en catálogo de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.
- b. Hospital: Se pagará el 60% de la factura total

Si el mismo cirujano realizara otra intervención al asegurado en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existan dos incisiones dentro de una misma sesión, en forma adicional, los honorarios por la segunda intervención serán cubiertos al 50% de los estipulados como límite para dicha cirugía. **Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.**

En el caso de un politraumatizado, se seguirá el tratamiento anterior, pero si se requiere la intervención de un cirujano con

especialidad diferente, los honorarios de éste serán cubiertos de acuerdo al porcentaje marcado para dicho procedimiento (al 100% del límite establecido para este concepto).

Si hubiera necesidad de una reintervención quirúrgica, se le dará tratamiento normal, como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior y ésta estuviera cubierta por la póliza.

Para intervenciones cardiovasculares, que requieran bomba extracorpórea, el cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico, se hará de la siguiente manera:

- Cirujano: La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto
- Anestesiólogo: 30% de lo tabulado para el cirujano
- Ayudantía: 30% de lo tabulado para el cirujano
- Cardiólogo intensivista: 14% de lo tabulado para el cirujano
- Técnico de bomba extracorpórea: 10% de lo tabulado para el cirujano
- Instrumentista: 4% de lo tabulado para el cirujano

Los honorarios médicos de los procedimientos realizados por vía endoscópica serán calculados con un 10% más de lo tabulado para la vía convencional, siempre y cuando no se especifique en el Catálogo de Honorarios Médicos que se trata de un procedimiento endoscópico.

IV. **Honorarios a Enfermera:** Se cubrirán los honorarios de acuerdo al límite señalado en el cuadro de especificaciones de la póliza y siempre acotados sobre la base del Catálogo de Honorarios. En caso de requerir el servicio de enfermería en el domicilio, se pagará un máximo de treinta días o 720 horas por cada accidente o enfermedad siempre que esté justificado e indicado por el médico tratante.

V. **Honorarios de Quiropraxia y Homeopatía:** Se cubrirán los honorarios de los médicos quiroprácticos y homeópatas, siempre y cuando se presente al momento de la reclamación copia de la cédula profesional y el certificado de la especialidad correspondiente del médico tratante. La reclamación de estos gastos será manejada vía reembolso.



- VI. **Habitación Hospital:** Se cubrirán de acuerdo al límite señalado en el cuadro de especificaciones. Incluye alimentos del paciente **(a excepción de lo mencionado en el punto 1. inciso G de las exclusiones generales de estas condiciones)** y cama extra para un acompañante, ésta última no aplica en unidades de cuidados intensivos.
- VII. **Gastos de Quirófano, de Sala de Recuperación y de Curaciones.**
- VIII. **Servicio de Apoyo al Diagnóstico:** Exámenes de laboratorio y/o gabinete, radiografías, tomografías, resonancia magnética, etc., que sean indispensables para el diagnóstico de lesiones a consecuencia de accidentes o enfermedades cubiertos.
- IX. **Medicamentos:** Los adquiridos dentro y/o fuera del hospital necesarios para el tratamiento de accidentes o enfermedades cubiertos y que hayan sido prescritos por el médico tratante y legalmente autorizados para su venta por la autoridad correspondiente en la República Mexicana o en el País donde sea recibida la atención, en este último caso cuando se tenga contratada alguna o algunas de las Coberturas Opcionales en el Extranjero. Deberá anexarse la receta con la prescripción completa de los medicamentos.
- X. **Transfusiones sanguíneas, aplicación de plasma u otros componentes de la sangre,** así como las pruebas de compatibilidad correspondientes al número de paquetes sanguíneos que reciba el Asegurado. De igual forma, quedan cubiertas las soluciones intravenosas indispensables para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente cubierto.
- XI. **Consumo de Oxígeno:** Gastos originados por consumo de oxígeno, siempre que sea prescrito por el médico tratante, para uso domiciliario y/o dentro del hospital, **el presente no ampara concentradores portátiles.**
- XII. **Servicio de Ambulancia Terrestre:** Se cubrirá el servicio de ambulancia terrestre en la localidad, hacia o desde el hospital siempre que se encuentre justificado dicho traslado.
- XIII. **Servicio de Ambulancia Aérea:** Si como consecuencia de una

emergencia médica por una enfermedad o accidente cubierto en la póliza, el Asegurado afectado requiere de transportación aérea en territorio nacional para su tratamiento, la Compañía dará la cobertura por este concepto, siempre y cuando no se cuente con los recursos médicos, ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y dicho traslado sea autorizado tanto por el médico tratante como por el médico designado por la Compañía.

Este servicio será siempre coordinado por La Compañía y a través del servicio de pago directo.

**En caso de que no se pueda otorgar el servicio a través de la coordinación de la Compañía, los gastos quedarán cubiertos por Reembolso, previa valoración y aprobación de la Compañía, aplicando en todos los casos el deducible mencionado en la carátula de la póliza y un Coaseguro del 20%.**

- XIV. **Aparatos Ortopédicos:** Se cubre la compra o renta de aparatos ortopédicos, entendiéndose como tales: silla de ruedas (convencionales), muletas, camas especiales para enfermos (convencionales) y otros aparatos semejantes que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliar que derive de una enfermedad o accidente cubierto, los cuales serán otorgados a través de pago directo, previa autorización, revisión y programación de la Compañía.

En caso de que no se pueda otorgar el Aparato Ortopédico a través de Pago Directo, éste será cubierto a través de Reembolso previa valoración y aprobación de la Compañía.

- XV. **Prótesis:** Se cubrirán prótesis ortopédicas, mamarias, valvulares, dispositivos cardiacos y auditivos, que se requieran a causa de enfermedad o accidente cubiertos por la póliza hasta por el límite que se señala en el cuadro de especificaciones. **NO SE CUBRIRÁ LA REPOSICIÓN DE ÉSTAS.**
- XVI. **Tratamiento:** Se cubrirán los tratamientos médicamente autorizados y relacionados con un diagnóstico definitivo y siempre que no estén en etapa de experimentación para las enfermedades y/o accidentes cubiertos por las condiciones generales de ésta

póliza, y que no sean de beneficio incierto para el padecimiento cubierto.

- XVII. **Servicios de Terapia:** Fisioterapia, neuroterapia, radioterapia, quimioterapia para las enfermedades y/o accidentes cubiertos por las condiciones generales de esta póliza. Únicamente se pagará una sesión por día independientemente del tipo de terapia y del número de especialistas que la proporcionen.
- XVIII. **Gastos por Donación de Órganos:** Si el Asegurado se viera en la necesidad de recibir la donación de un órgano por un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, la Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donante hasta el límite que se señala en el cuadro de especificaciones, **a dichos gastos no se le aplicará deducible ni coaseguro.**
- XIX. **Renta por Hospitalización en un Centro de Asistencia Social:** Si el Asegurado titular se viera en la necesidad de hospitalizarse en un centro de asistencia médica de seguridad social ya sea por un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, la Compañía le cubrirá el monto correspondiente a los días que permaneció recluido en el centro hospitalario de acuerdo al límite diario que se señala en el cuadro de especificaciones. Para este caso se entenderá como centro hospitalario de seguridad social aquellos como el IMSS, ISSSTE, así también se consideran dentro de esta cobertura los centros de asistencia social, aquel establecimiento de caridad, beneficencia o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.
- XX. **Cesárea o Parto Normal:** La Compañía cubrirá los gastos de la Asegurada titular, cónyuge o hija asegurada del Titular que estén relacionados directamente con el evento del parto normal ó cesárea hasta el límite de Suma Asegurada establecido para esta cobertura en el Cuadro de Especificaciones vigente al inicio de la gestación **y no sean resultados de tratamiento de fertilidad y/o esterilidad.**

**Esta cobertura se otorgará únicamente a la Asegurada Titular, Cónyuge o hija asegurada del Titular que tengan más de 10 meses continuos aseguradas en la Compañía en la póliza de Gastos Médicos Mayores. No aplicará deducible, ni coaseguro.**

XXI. **Reinstalación Automática:** La suma asegurada básica para cada Asegurado se reinstalará automáticamente, en caso de que por algún accidente o enfermedad cubiertos llegase a disminuir o a agotarse la misma, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades, hasta por otro tanto de la suma asegurada básica contratada.

XXII. **Deportes Peligrosos:** La práctica ocasional y/o vacacional de cualquier deporte (incluye motociclismo o uso de cualquier vehículo de motor similar). Opera únicamente cuando no haya culpa grave o negligencia por parte del Asegurado. En todos los casos se aplicará un coaseguro del 25% y el deducible contratado.

Se mencionan de manera enunciativa más no limitativa los deportes que se consideran peligrosos bajo esta cláusula, montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, hockey, equitación, motociclismo o uso de cualquier vehículo de motor similar, go karts, fútbol americano, artes marciales, karate, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo. **Entendiéndose que la práctica ocasional, será aquella que se realice con un máximo de dos (2) veces al mes.**

XXIII. **Franja Fronteriza:** Quedan cubiertos los gastos erogados en la Franja Fronteriza, entendiéndose como ésta a la extensión territorial de 20 Km. a partir de la Frontera Mexicana. A las reclamaciones procedentes bajo esta cobertura se les aplicará el doble de deducible indicado en la carátula de la póliza y el máximo entre el coaseguro del 20% y el coaseguro contratado. Esta cobertura sólo aplica para las personas que viven y residen en la Franja Fronteriza Mexicana.

XXIV. **Legrado:** Se cubrirán legrados siempre y cuando sean a consecuencia de un embarazo anembriónico, embarazo molar o hiperplasia endometrial y deberán ser tramitados por reembolso, acompañados del estudio histopatológico que justifique estas condiciones **y no sean resultados de tratamiento de fertilidad y/o esterilidad.**

**Esta cobertura se otorgará únicamente a la Asegurada Titular, Cónyuge o hija asegurada del Titular que tengan más de 10 meses continuos aseguradas en la Compañía en la**

**póliza de Gastos Médicos Mayores, la Suma Asegurada será la indicada en el cuadro de especificaciones vigente al inicio de la gestación. No aplicará deducible, ni coaseguro.**

XXV. **Incremento de Catálogo de Honorarios para Enfermedades Catastróficas:** De acuerdo a esta cobertura se establece aplicar el Catálogo de Honorarios Quirúrgicos al 200% del contratado. Los padecimientos de esta cobertura serán tramitados por reembolso. Se aplicará deducible y coaseguro aún en caso de utilizar médicos de red.

Los padecimientos que aplican para esta cobertura son:

- Cáncer (**excluido cáncer de piel**).
- Enfermedad Cerebro-Vascular.
- Enfermedad de las coronarias que requieran cirugía (operación de tórax abierto), **quedarán excluidos para esta cobertura los procedimientos quirúrgicos como la angioplastia, el stent, la trombólisis.**
- Trasplante de corazón, hígado, médula ósea o pulmón.

XXVI. **Trastornos Visuales:** Quedan amparados los tratamientos quirúrgicos de los defectos de refracción siempre que exista un defecto mayor de 5 dioptrías para cada defecto y por cada ojo, por medio de la corrección refractiva laser "Eximer Laser". Para proceder a la autorización de estos tratamientos será necesario una segunda opinión médica. Esta cobertura tiene un período de espera de un año. La Suma Asegurada está indicada en el cuadro de especificaciones. **No aplicará deducible, ni coaseguro.**

XXVII. **Lente Intraocular:** Queda amparado el costo del Lente Intraocular por los padecimientos de cataratas, para esta cobertura solo aplica el pago vía reembolso y hospitales de red, teniendo un período de espera de un año. La Suma Asegurada está indicada en el cuadro de especificaciones. **No aplicará deducible, ni coaseguro.**

XXVIII. **Preexistencia Declarada:** Esta cobertura cubre los padecimientos preexistentes que se declaren al momento de solicitar la póliza. Para efectos del presente seguro se entenderá como padecimientos preexistentes los definidos en el inciso a) del numeral 1 del apartado de Exclusiones Generales y Gastos

No Cubiertos de éstas condiciones. Estos padecimientos se cubrirán después de dos años de cobertura continua del seguro, siempre y cuando el asegurado no haya recibido tratamiento y no haya prueba alguna de que ha tenido síntomas de dicha condición preexistente durante el período de espera mencionado anteriormente y para los cuales La Compañía haya emitido un endoso de Preexistencia declarada, con el cual formalizó la aceptación de los mismos. Es requisito indispensable que el asegurado haya declarado que tiene dicho(s) padecimiento(s) al momento de solicitar la contratación del seguro. **Para aquellos padecimientos que la compañía haya emitido un endoso de exclusión de padecimiento(s), no aplica esta cobertura.**

XXIX. **Terapia Psicológica o Psiquiátrica:** Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, el asegurado que a juicio del médico especialista y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un psicólogo o psiquiatra, requiera tratamiento psicológico o psiquiátrico a consecuencia de:

- a. Habérsele diagnosticado, dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes enfermedades terminales: **Cáncer, Accidente vascular cerebral, Infarto al miocardio, Insuficiencia renal.**
- b. Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido, dentro de la vigencia del seguro, cualquiera de los siguientes eventos: **Asalto, secuestro, violación.**

En esta cobertura se amparan los honorarios del psicólogo o psiquiatra por un máximo de 24 consultas durante un año, además de los medicamentos recetados por el psicólogo o psiquiatra para el tratamiento terapéutico y de acuerdo a la dosis establecida por el mismo.

**Para esta cobertura y siempre que el psiquiatra o psicólogo no pertenezca a la red de médicos de la Compañía (ya que, éstos cuentan con la acreditación solicitada) se excluyen pagos de honorarios y medicamentos recetados por:  
Un psiquiatra o psicólogo que no cuente con**

**acreditación de la especialidad de psiquiatría o psicología o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría o Sociedad Mexicana de Psicología.**

XXX. **Reconocimiento de Antigüedad:** Esta cobertura aplicará en caso de que el Contratante y/o Asegurados acrediten haber estado cubiertos ininterrumpidamente con otras Compañías Aseguradoras en el ramo de Gastos Médicos Mayores hasta el momento de contratación con Seguros Banorte, por lo que con esta cobertura se eliminarán los períodos de espera para los padecimientos que se señalan en las Condiciones Generales de la Póliza, como coberturas sujetas a un período de espera.

XXXI. **Asistencias:** La Compañía a través del Prestador de Servicios que se establece en el Cuadro de Especificaciones y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar la cobertura y/o servicios derivados de la misma en caso de aparecer como Incluida en el Cuadro de Especificaciones.

La Compañía entregará con la póliza la descripción de la asistencia(s) donde se informe al Asegurado los servicios que brindará el Prestador de Servicios así como, límites, exclusiones y teléfonos de contacto.

Los gastos derivados por este beneficio serán exclusivamente los relacionados con los servicios asistenciales cubiertos por el Prestador que se tenga contratado al momento de la reclamación.

## EXCLUSIONES

**En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al Asegurado y que será una guía para el uso de esta cobertura.**

XXXII. **Cobertura Integral Dental y Visión:** La Compañía a través del Prestador de Servicios Dentales que se establece en el cuadro de especificaciones y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar la siguiente cobertura y/o servicios derivados de la misma en caso de aparecer como Incluida en el cuadro de especificaciones y de acuerdo al tipo de plan ahí especificado.

La Compañía entregará con la póliza la descripción de la cobertura donde se informe al Asegurado los servicios que brindará el Prestador de Servicios Dentales y de Visión como, deducible en caso de aplicar, copagos, beneficios y límites de acuerdo así como exclusiones y teléfonos de contacto.

Los Gastos Médicos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos y oftalmológicos.

Para hacer uso de los servicios es necesario presentar su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores que Seguros Banorte le entregó, acompañada de una identificación oficial con fotografía.

## EXCLUSIONES

**En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al Asegurado y que será una guía para el uso de esta cobertura.**

### COBERTURAS SUJETAS A UN PERÍODO DE ESPERA

- I. **Enfermedades:** *Quedarán cubiertas bajo esta póliza las enfermedades que se manifiesten cuando menos treinta días después del inicio de vigencia, rehabilitación o alta de un Asegurado a la póliza y que no se encuentren consignadas en la cláusula de Exclusiones. Aplica reconocimiento de antigüedad.*

*En caso de renovaciones y de las siguientes emergencias médicas (siempre que no deriven de una enfermedad preexistente) este período no es aplicable.*

- a. *Apendicitis Aguda*
- b. *Intoxicación Alimentaria*
- c. *Diarrea y Gastroenteritis de origen infeccioso*
- d. *Golpe de calor (insolación)*
- e. *Infarto agudo al miocardio*
- f. *Derrame cerebral*
- g. *Infarto Pulmonar*
- h. *Politraumatismo*

- i. *Choque anafiláctico*
  - j. *Quieste hemorrágico de ovario*
  - k. *Oclusión intestinal, siempre y cuando no sea secundaria a bridas o adherencias y exista antecedente de intervención quirúrgica previa a su ingreso a la Compañía.*
  - l. *Pancreatitis*
  - m. *Evento vascular cerebral*
- II. **Complicaciones del Embarazo y del Parto:** *Se cubre a la Asegurada titular, cónyuge o hija asegurada del Titular después de diez meses de antigüedad continuos asegurada en la Compañía, en la póliza de Gastos Médicos Mayores, los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto, con el límite establecido en el cuadro de especificaciones y la aplicación del deducible y coaseguro correspondiente:*
- 1. *Intervenciones quirúrgicas con motivo de embarazos extrauterinos.*
  - 2. *Los estados de fiebre puerperal.*
  - 3. *Los estados de preclamsia y toxicosis gravídica.*
  - 4. *Mola Hidatiforme.*
  - 5. *Embarazo anembriónico.*
  - 6. *Placenta Previa*
  - 7. *Atonía Uterina*
  - 8. *Eclamsia*
- III. **Prematurez:** *Se cubren los gastos por nacimientos prematuros, siempre que el nacimiento del producto ocurra después de diez meses de haberse dado de alta a la madre (titular, cónyuge o hija asegurada) en una póliza de Gastos Médicos Mayores en la Compañía.*
- Para esta cobertura el beneficio máximo será la cantidad establecida en el cuadro de especificaciones, aplicando el deducible y coaseguro de póliza. Se establece como única suma Asegurada para el caso de productos múltiples.*
- IV. **Circuncisión:** *Se cubren los gastos derivados por circuncisión o sus complicaciones, siempre que se demuestre, con una patología, que existe la necesidad de practicarla y no sea de carácter preventivo, para los Asegurados que cuenten con al*

- menos doce meses de cobertura continua en la póliza de Gastos Médicos Mayores de esta Compañía. Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad y en todos los casos deberá someterse a una segunda opinión médica.*
- V. *Las enfermedades que se enlistan a continuación, serán cubiertas por la Compañía, una vez transcurrido el período de espera que para cada una de ellas se indique, siempre y cuando no sean preexistentes.*
- Por período de espera** *se entenderá el lapso de tiempo existente entre la celebración del contrato y la fecha establecida para cada padecimiento o enfermedad, lapso en el cual dicho padecimiento o enfermedad no será parte del riesgo asumido por la Compañía.*
- a. **Padecimientos Congénitos:**
- Se cubren los padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando la madre Asegurada del menor tenga, al momento del parto o cesárea, por lo menos 10 meses de cobertura continua en un plan de Seguros de Gastos Médicos Individual en La Compañía (no aplica reconocimiento de antigüedad) y lo notifique dentro de los treinta días posteriores al nacimiento. Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo Asegurado y las condiciones de la reclamación se establecerán con base en la póliza vigente al momento del nacimiento.*
- Los padecimientos congénitos para los nacidos fuera de la vigencia (aplica para ellos periodo de espera de 12 meses) y para los nacidos durante la vigencia de la póliza y que la madre no cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza al momento del nacimiento, se cubren siempre y cuando cumplan con las siguientes características:*
- i. *No se haya diagnosticado ni se haya realizado tratamiento médico a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.*
  - ii. *No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.*
  - iii. *El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.*

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas en la Cobertura básica

**b. Cuadro de Período de Espera**

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO	PERÍODO DE ESPERA
1. Ginecológicos.	10 meses
2. Litiasis Renoureteral y/o en Vías Urinarias siendo el límite del tratamiento el señalado en el cuadro de especificaciones.	12 meses
3.- Tratamiento médico o quirúrgico de vesícula y vías biliares.	12 meses
4.- Tratamiento médico o quirúrgico de rodilla.	12 meses
5. Cirugías del piso perineal.	12 meses
6. Tumoraciones mamarias.	12 meses
7. Padecimientos anorectales.	12 meses
8. Hernias y eventraciones cualesquiera que sea su causa (incluyendo la hiatal y la de disco).	12 meses
9. Tratamiento médico quirúrgico de amígdalas y adenoides.	12 meses
10. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la próstata.	12 meses
11. Tratamiento médico o quirúrgico de nariz o senos paranasales, cualquiera que sea su causa, salvo cuando se trate de accidentes.	12 meses
12. Trastornos Visuales	12 meses
13. Lente Intraocular	12 meses

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO	PERÍODO DE ESPERA
14. Circuncisión. <b>Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.</b>	12 meses
15. Xifosis, Lordosis y Escoliosis: se cubrirán los gastos derivados de estas deformidades. <b>Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.</b>	2 años
16. Preexistencia Declarada. <b>Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.</b>	2 años
17. Gastos derivados del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). La condición será cubierta siempre que el contagio se realice durante el período de espera. <b>Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.</b>	4 años

Para estas enfermedades o padecimientos, aplica deducible y coaseguro establecido en el cuadro de especificaciones de ésta póliza, salvo, para trastornos visuales y lente intracular, a los cuales no se les aplica deducible ni coaseguro.

No se aplicarán periodos de espera tratándose de accidentes o emergencias médicas definidas en el punto I de esta sección.

**COBERTURAS OPCIONALES**

El Contratante podrá contratar alguna o algunas de las siguientes coberturas y constarán en el cuadro de especificaciones correspondiente como INCLUIDA (S)

- I. **Cobertura de Emergencia en el Extranjero:** Cubre a los Asegurados que mientras se encuentren viajando fuera de la República Mexicana por un período no mayor a tres meses y requieran de tratamiento médico de emergencia, entendiéndose como tal, toda alteración súbita que se origine en el extranjero y ponga en peligro la vida del enfermo o lesionado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno

de sus órganos, por lo que en ese momento la persona requiere de atención médica o quirúrgica inmediata. La condición de emergencia cesa cuando el paciente se encuentra estabilizado y pueda continuar el tratamiento en su lugar de origen. Para esta cobertura la Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro, será lo establecido en el Cuadro de Especificaciones.

- II. **Cobertura Total en el Extranjero:** Los gastos erogados fuera de la República Mexicana por las enfermedades o accidentes cubiertos en la póliza, que hayan tenido tratamiento médico o quirúrgico, se cubrirán de acuerdo a, la suma asegurada, deducible y coaseguro contratados en la cobertura básica y establecidos en el cuadro de especificaciones. Siempre y cuando la persona radique en Territorio Nacional.
- III. **Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente:** Se exentará al Asegurado del pago del Deducible en caso de presentar una reclamación por accidente, siempre y cuando el monto total de los gastos generados por el siniestro sea superior a \$2,000 pesos y la primera atención y gasto médico se realicen durante los siguientes diez días naturales a partir de la fecha en que ocurra el accidente.
- IV. **Cobertura de Indemnización por Enfermedad Grave:** La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura establecida en el cuadro de especificaciones si **durante la vigencia de ésta póliza**, al Asegurado (que cumplan con la cláusula de edad de esta cobertura) se les diagnostica por primera vez alguna de las Enfermedades Graves que se establecen en este numeral y hayan cumplido con un periodo de espera de 30 días a partir del inicio de vigencia de la póliza y con el periodo de supervivencia estipulado en el rubro de Definiciones de este documento. **Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.**

**La Suma Asegurada se paga una sola vez durante la vigencia de la póliza para cada asegurado cubierto.**

Para efectos de esta cobertura se considerarán **enfermedades graves** únicamente las siguientes:

- a. Infarto al miocardio
- b. Accidente cerebro vascular
- c. Insuficiencia renal crónica

- d. Cáncer
- e. Trasplante de órganos

#### 1. Descripción de las Enfermedades Graves Cubiertas

- a. **INFARTO AL MIOCARDIO:** La muerte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una obstrucción parcial o total de las arterias coronarias.  
Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Cardiología, además de estar recibiendo tratamiento intrahospitalario y se presenten estudios de laboratorio y gabinete (Electrocardiograma, Ecocardiograma, Creatina quinasa (CK o CPK), Mioglobina, Troponina cardiospecífica "I" y "T", etc.), que confirmen el diagnóstico

**No se cubrirá la suma asegurada, cuando se trate de Síndromes coronarios agudos menores, insuficiencia coronaria aguda, todas las anginas pectoris, incluyendo angina estable e inestable y la angina de decúbito, infarto del miocardio sin electrocardiograma, así como angioplastia sin infarto.**

- b. **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:** Una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro, que produzca secuelas neurológicas permanentes, secundaria a hemorragia, embolismo (intra o extracraneal) o infarto cerebral.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Neurología, y se presenten estudios de Imagen del cerebro (tomografía computada, resonancia magnética), u otros como el electroencefalograma (EEG) o dúplex carotídeo, que confirmen el diagnóstico.

**Se excluyen expresamente: Isquemia Cerebral Transitoria, Lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos, hemorragia secundaria a cirugía Craneal.**

- c. **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** Condición en la cual los

riñones dejan de funcionar correctamente, lo cual lleva a una falla funcional crónica e irreversible de ambos riñones, que requiera la iniciación de hemodiálisis, diálisis renal sistémica o trasplante de riñón.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Nefrología e ir acompañado del informe nefrológico y se presenten los estudios de laboratorio que confirmen el diagnóstico.

- d. **CÁNCER:** Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas, que puede ser mediante la presencia de uno o más tumores caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales (metástasis), dentro de estos, se incluye el Linfoma (Enfermedad de Hodgkin) y Leucemia.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Oncología o Hematología y se presenten los resultados del estudio Histopatológico que confirme el diagnóstico.

**Se excluye cualquier cáncer de piel, excepto el Melanoma Maligno.**

- e. **TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** Se incluye todo aquel procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano dañado y sustituirlo por uno sano, de manera efectiva.

La Compañía ampara únicamente los trasplantes de: Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Médula Ósea y Riñón; se deberá comprobar, mediante estudios médicos, de laboratorio e imagenología (cuando proceda) la disfunción severa del órgano, el fracaso o la imposibilidad de recibir otros tratamientos y haberse sometido a la extirpación quirúrgica y reemplazo del órgano.

**Se excluye cualquier Trasplante de órganos no descritos en el párrafo que antecede, cualquier**

**recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas, y cualquier trasplante en calidad de donante.**

2. **Edad de Aceptación:** Para efectos de esta cobertura, la compañía aceptará a personas con edad de 18 hasta 59 años. La edad máxima de renovación es de 64 años.

**Para esta cobertura opcional no aplicará deducible ni coaseguro.**

- V. **Cobertura de Visión Incremental:** La Compañía a través del Prestador de Servicios de Visión que se establece en el cuadro de especificaciones y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar la siguiente cobertura y/o servicios derivados de la misma en caso de aparecer como Incluida en el cuadro de especificaciones y de acuerdo al tipo de plan ahí especificado.

La Compañía entregará junto con la póliza la descripción de la cobertura donde se informe al Asegurado los servicios que brindará el Prestador de Servicios de Visión así como, deducible en caso de aplicar, beneficios, límites, exclusiones y teléfonos de contacto.

Para hacer uso de los servicios es necesario presentar su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores que Seguros Banorte le entregó, acompañada de una identificación oficial con fotografía.

## EXCLUSIONES

**En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al Asegurado y que será una guía para el uso de esta cobertura.**

## EXCLUSIONES GENERALES O GASTOS NO CUBIERTOS

**Estas exclusiones aplican a las coberturas básicas y opcionales contratadas independientemente de las exclusiones específicas establecidas en cada una.**

1. **No se cubrirán los gastos incurridos a consecuencia de:**



a. **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:**

– Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

*Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.*

– Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

– Si el asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la Compañía, antes de la celebración del contrato, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a los padecimientos y/o enfermedades Preexistentes respecto de los padecimientos y/o enfermedades relativos al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticados en el citado examen.

b. Enfermedades congénitas y prematurez, salvo lo mencionado en los numerales III y V.2 del apartado de Coberturas Sujetas a un Período de Espera de estas condiciones, no procederán cuando son originados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor asegurado.

c. Tratamientos quirúrgicos de lesiones pigmentarias de

la piel, conocidos como lunares o nevus.

d. Tratamiento médico o quirúrgico de carácter estético o plástico cualquiera que sea su causa, excepto cuando resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por la póliza y que haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.

e. Reducción mamaria de origen estético y gigantomastia, en este último caso, a menos que se acompañe de dictamen de un médico especialista en el que se determine que existe una afectación de columna por tal efecto.

f. Tratamiento médico quirúrgico de calvicie, obesidad, esterilidad y reducción de peso así como sus consecuencias, aún y cuando formen parte del tratamiento de una enfermedad cubierta.

g. Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil, aun por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.

h. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, aplicados a posibles donadores para el asegurado.

i. La compra de zapatos, plantillas y alerones ortopédicos, así como cualquier tipo de órtesis similar.

j. Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, cualquiera que sea su causa.

k. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos salvo por las causas mencionadas en el numeral XXIX del apartado de Coberturas Básicas de estas condiciones, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, demencia presenil, senil o precoz, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas. Así como los

tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje de tipo cognoscitivo así como de tipo motor o adaptación a la vida diaria.

- l. Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías, así como accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo el influjo de estupefacientes o enervantes (salvo aquellas que hayan sido prescritas por un médico).
- m. Adquisición de aparatos auditivos.
- n. Lentes de contacto y anteojos, salvo que se contrate la cobertura de visión.
- o. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir presbiopía, hipermetropía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis o epiqueratofaquia, salvo lo estipulado en el numeral XXVI de las Coberturas Básicas.
- p. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, cualquiera que sea su naturaleza y origen. (Excepto cuando sean a consecuencia de un accidente y lo estipulado en el numeral XXXII de las Coberturas Básicas)
- q. Afecciones propias del embarazo a excepción de lo señalado en el numeral II de las coberturas sujetas a un período de espera, así como el legrado uterino cualquiera que sea su causa, salvo lo indicado en el numeral XXIV de las coberturas básicas.
- r. De igual forma, no se cubren gastos a consecuencia del control y vigilancia prenatal. Tampoco se cubren gastos anteriores y posteriores a la operación cesárea, como son consultas, ultrasonidos, exámenes de laboratorio y/o gabinete.
- s. No se cubren los tratamientos hormonales por reemplazo o sustitución por déficit hormonal secundario o no producción de estos por Climaterio

(menopausia).

- t. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir hallus valgus (juanetes).
- u. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocido como Check-up. Tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en vías de experimentación.
- v. Los honorarios o cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, quiroprácticos, homeópatas, y vegetarianos, así como el tratamiento médico o quirúrgico basándose en hipnotismo, quelaciones y ozonoterapia o cualquier otro tipo de medicina que no sea la alopática, salvo lo dispuesto en el numeral V de las coberturas básicas.
- w. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- x. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.
- y. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital, tales como cuarto o alimentos extra.
- z. Equipo de riñón artificial para uso personal.
- aa. Lesión o enfermedad que se originen a consecuencia de actos terroristas, siempre y cuando el asegurado sea sujeto activo de dichos actos terroristas o actos de guerra (declarada o no).
- ab. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la natalidad, esterilidad o inseminación artificial.

- ac. Tratamiento médico o quirúrgico para la impotencia o disfunción sexual, cambio de sexo y sus complicaciones.
- ad. Cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado durante algún periodo descubierto de este Contrato de Seguro, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
- 2. Accidentes ni enfermedades que se originen por participar en:
  - a. Servicio militar de cualquier clase, rebelión, insurrección o revolución
  - b. Lesiones recibidas al participar en riñas o alborotos populares cuando el asegurado sea el provocador.
  - c. Inhalación de gases o humo, salvo que sea a consecuencia de un accidente.
  - d. Radiaciones atómicas, contaminación química o contaminación bacteriológica.
  - e. Envenenamientos de cualquier naturaleza, salvo que sea a consecuencia de un accidente.
  - f. Actos delictivos intencionales que resulten de la participación directa del Asegurado.
  - g. Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
  - h. Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
  - i. Uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares como medio de transporte, ya sea que viaje como piloto o pasajero.

- j. Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.
- k. Padecimientos resultantes de la práctica amateur de los siguientes deportes peligrosos: montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, box thai, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, hockey, equitación, motociclismo, go karts, fútbol americano, artes marciales, karate, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo.

#### GENERALIDADES

#### CONTRATO

Las declaraciones del Contratante y/o Asegurado Titular proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, esta póliza, los endosos que llevan anexos, y el registro de Asegurados, constituyen testimonio o prueba del contrato de seguro.

#### VIGENCIA

Este contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de la póliza.

#### RENOVACIÓN

Este seguro se considerará renovado por períodos de un año, si dentro de los últimos treinta días de vigencia de cada período el Contratante no da aviso por escrito que es su voluntad no renovarlo; La Compañía efectuará la renovación de acuerdo a los planes que se encuentren en vigor al momento de la renovación y debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, existiendo la posibilidad de incrementar el monto de la prima.

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

La Compañía establece que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de la póliza debido a una mala experiencia de reclamación de siniestro. Dado lo anterior, los Asegurados de este contrato cuentan con Cobertura sin Límite de Edad siempre y cuando las primas hayan sido pagadas dentro de los plazos estipulados para tal efecto. Y no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula de Omisiones o Inexactas declaraciones.

En los casos en que por cualquier causa la Compañía suspenda la operación de seguros de gastos médicos mayores, los asegurados con siniestros ocurridos durante los años de vigencia del seguro, que continúen o deban continuar bajo atención médica, seguirán recibiendo la cobertura de los gastos médicos hasta el agotamiento de la Suma Asegurada siempre y cuando los gastos se deriven de los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza.

En los casos en que la renovación no se lleve a cabo por causas ajenas completamente a la voluntad del Contratante y/o Asegurado Titular por encontrarse en un estado de incapacidad grave, ésta deberá comprobarse fehacientemente a la Compañía y por cuenta del reclamante.

Para efectos de lo anterior, se considerará incapacidad grave cuando el Contratante y/o Asegurado Titular por causa de una enfermedad reversible o irreversible no pueda gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad por sí mismo y que carezca de representante legal. En estos casos la obligación de la Compañía únicamente será hasta el límite de la suma asegurada.

Una vez que el Contratante y/o Asegurado salga del estado de incapacidad grave, deberá cubrir a la Compañía, dentro de los treinta días siguientes, la prima de seguro correspondiente.

En cada renovación, la prima se aplicará de acuerdo al sexo y edad alcanzada de cada uno de los Asegurados a la fecha de renovación y de acuerdo a la tarifa de primas en vigor, que resulte de calcular y actualizar los parámetros conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica usando información estadística suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Al renovarse la póliza, a los Asegurados se les reconocerán sus derechos que por antigüedad han adquirido (siempre que la renovación sea sin periodos al descubierto), esto es, no se aplicarán periodos de espera

ni límites de edad inferiores a los originalmente pactados, además, no se solicitarán requisitos de asegurabilidad adicionales. El servicio de red médica y hospitalaria que se otorgará en cada renovación será igual o similar en calidad, servicio y ubicación con la originalmente contratada.

La Compañía se obliga a informar al Asegurado y/o Contratante a través de su Agente de seguros con 20 días de anticipación a la renovación de la póliza, los valores de prima, deducible (El valor del deducible mínimo que se ofrece en este producto podrá ser actualizado cada año con la inflación de acuerdo a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas) y coaseguro aplicables a la misma.

### MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, lo cual deberá constar por escrito, mediante endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Toda notificación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio señalado en la carátula de la póliza.

Es obligación del Asegurado y/o Contratante, notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza.

Toda comunicación que la Compañía deba hacer al Asegurado deberá dirigirla a la última dirección que de él tenga conocimiento, notificación que surtirá todos sus efectos legales.

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente **dentro de los treinta días** que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.” (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

### CAMBIO DE PLAN

El asegurado podrá solicitar a La Compañía por escrito un cambio de

plan sin verse afectados los beneficios ganados por antigüedad siempre y cuando el nuevo plan los contemple. Lo anterior, no limita la capacidad de La Compañía, de llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de suma asegurada.

### **ENTREGA DE PÓLIZA**

La póliza y las condiciones generales y/o endosos que amparan este seguro serán enviados al Contratante, a la dirección que haya proporcionado para estos efectos en un plazo no mayor a 30 días naturales, o en su caso, serán enviados por correo electrónico en un plazo no mayor de 7 días naturales, cuando así lo haya solicitado.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no haya recibido la documentación a que se hace referencia en el párrafo anterior, deberá solicitarla a la Unidad Especializada de la Compañía al teléfono 01800 627 2292, en caso de que el Asegurado no informe a la Compañía de que no ha recibido la documentación durante los siguientes 30 días posteriores a la fecha de contratación, se entenderá que el Contratante y/o Asegurado ha recibido la documentación.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

### **OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS**

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deban conocer en el momento de la celebración de Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultarán a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

La Compañía comunicará en forma auténtica al Contratante y/o Asegurado o dependiente, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia Compañía reconozca la omisión o

inexacta declaración.

### **COMPETENCIA**

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por el artículo 50 Bis y el Título Quinto Capítulo I de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así como el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, o una vez vencido el plazo a que se refiere el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo será nulo.

Para hacer valer sus derechos, el Asegurado y/o Contratante podrá dirigirse a las siguientes instancias:

- Unidad Especializada de Atención a Clientes de la Compañía (USE)
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF)
- Los Tribunales competentes

### **MONEDA**

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, en los términos de la Ley Monetaria en la fecha en que se efectúen los mismos.

En caso que se contrate la cobertura en el extranjero, los gastos efectuados que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados de acuerdo al equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que el Banco de México publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de erogación de los gastos.

**PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en los artículos 82 y 84 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

El plazo de que trata el artículo 81 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

**AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

*El Asegurado Titular o Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía dentro de las 24 horas siguientes al momento en que se conozca un cambio de ocupación o actividad de alguno de los Asegurados. Si omitieren el aviso o si provocaran una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.*

**PLAZO DE ESPERA Y CESACIÓN DE EFECTOS**

De conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, el cual será de 30 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

**TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

Los efectos de este contrato cesarán automáticamente, sin necesidad de notificación, si el Contratante y/o Asegurado no paga la prima respectiva

dentro del periodo de gracia señalado en la cláusula de Plazo de Espera y Cesación Efectos de éstas condiciones.

El Contratante podrá dar por terminado el contrato en cualquier momento dando aviso por escrito a la Compañía de tal decisión, en este caso, La Compañía devolverá al Contratante el 70% de la prima neta no devengada, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, sin incluir derechos de póliza; siempre y cuando no se haya afectado la póliza por un siniestro dentro de la vigencia en que solicita la cancelación.

En caso de que alguno de los Asegurados, que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisiones, La Compañía podrá rescindir el Contrato en términos de lo previsto por el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y de acuerdo a lo establecido en la cláusula de Omisiones o Declaraciones Inexactas de éstas condiciones.

En caso de que el Asegurado notifique su deseo de no renovar su póliza.

**REHABILITACIÓN**

No obstante lo dispuesto en la cláusula que antecede, el Asegurado podrá dentro de los treinta días siguientes al último día de plazo de gracia señalado en la cláusula de espera y cesación de efectos, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado, en ese caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago. La Compañía devolverá a prorrata en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que se amplíe la vigencia de seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas del día de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago. Será necesario contestar el Cuestionario de Rehabilitación dentro de los primeros treinta días del período

para que surta efecto dicha rehabilitación.

Lo anterior en el entendido que bajo ninguna circunstancia, la Compañía responderá de enfermedades o accidentes ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del plazo de gracia y la hora y día de pago de la rehabilitación.

## PRIMA

La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o renovación de la póliza, la edad y el sexo del Asegurado.

La prima correspondiente a esta póliza es anual, venciendo ésta en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa en vigor a esa fecha y los recargos que determine la Compañía.

El Contratante puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada por las partes al momento de celebrarse el contrato. La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

Las primas convenidas podrán pagarse en cualquiera de las oficinas de la Compañía contra entrega de recibo correspondiente. En caso de presentarse un siniestro dentro de la póliza de referencia y con el fin de efectuar la indemnización correspondiente, si aún no se encuentra liquidada en su totalidad la prima anual, la Compañía deducirá el total de la prima anual pendiente de pago del importe de la reclamación y en caso de existir remanente, el Contratante liquidará la diferencia.

## DESCUENTO POR NÓMINA O DOMICILIACIÓN BANCARIA (CUENTA DE CHEQUES, DÉBITO O CRÉDITO)

El Contratante y/o Asegurado Titular que haya adquirido un seguro de manera voluntaria bajo el esquema de cobro "Descuento por Nómina" o "Domiciliación Bancaria" (cuenta de cheques, débito o crédito), tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta se haya realizado la retención o cargo de la Prima del seguro contratado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima

correspondiente. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá recurrir de inmediato a su agente de seguros o llamar directamente a nuestro centro de atención al número telefónico 01 800 8371133 para reportarlo. Si dentro de 30 días naturales posteriores al vencimiento de la prima no se ha realizado la retención o cargo, cesarán automáticamente los efectos del Contrato, de acuerdo a la Cláusula de Plazo de Espera y Cesación de Efectos.

En caso de cancelación de este contrato de Seguro por instrucción escrita del Contratante, podrá proceder el cobro de uno o más periodos subsecuentes a la fecha de Cancelación por el "desfasamiento" del cobro de la prima correspondiente.

Para los cargos por Domiciliación Bancaria (cuenta de cheques, débito o crédito) serán causas de suspensión y en consecuencia la cesación de los efectos de la póliza en caso de no recibir el pago de la prima conforme a lo estipulado en este Contrato:

- I. Cancelación del instrumento bancario no notificado a la Compañía.
- II. Reposición(es) de tarjeta(s) de crédito no notificada(s) a la Compañía con diferente número de cuenta o tarjeta.
- III. Por rechazo bancario.
- IV. Falta de fondos o crédito.
- V. Cualquier otra causa que impida el cargo respectivo.

## EDAD

- a. La Compañía no aceptará el ingreso a esta póliza a personas mayores de sesenta y nueve (69) años.
- b. Siempre que el plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores sea contratado hasta los 69 años y no exista interrupción alguna durante su vigencia o en los períodos de renovación, se contará con **Cobertura Sin Límite de Edad** en dicho plan.
- c. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al momento de la celebración del mismo esté fuera de los límites de aceptación fijados por la Compañía, en cuyo caso devolverá al Contratante la prima neta de su seguro, existente en la fecha de rescisión.

- d. Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:
- i. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagara una prima menor de la que correspondiera a la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
  - ii. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviera pagando una prima más alta que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar al Contratante el 70% de la prima neta en exceso que hubiera pagado en el último año de vigencia de la póliza.
- e. La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad del Asegurado.

### NACIMIENTOS

Los hijos del titular y/o cónyuge asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos por ella a partir del nacimiento, sin más requisito que el aviso por escrito a la Compañía, acompañado del acta de nacimiento y/o certificado de nacido vivo y el certificado de salud dentro de los treinta días siguientes a la fecha del nacimiento. De no hacerse así, la inclusión de los niños estará condicionada a la aceptación de la Compañía y a los periodos de espera establecidos en este contrato de seguro.

### REPORTE DE MOVIMIENTOS

El Contratante y/o asegurado titular deberá reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados, o aumento o disminución de beneficios, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que ocurran.

En caso de alta de algún Asegurado o aumento de beneficios, la Compañía cobrará mediante recibo correspondiente al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro.

En caso de baja de asegurados, de disminución de beneficios o cancelación de la póliza, la Compañía devolverá el 70% de la prima neta no devengada, sin incluir derechos de póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en la que se solicite el movimiento.

### SINIESTROS

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, en el curso de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado. El retraso del aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si se prueba que el retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía y por cuenta del reclamante la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondiente que para tal efecto se le proporcionen, así como todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, que deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía, una vez pagada la indemnización correspondiente.

Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

- a. Informe del Reclamante: Este documento será llenado en forma completa y con letra legible por el titular de la póliza.
- b. Informe Médico: Este documento será llenado por el (los) médico(s) que hayan intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.

En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto informe médico como informe del reclamante, los cuales serán redactados por ellos, siendo indispensable para el nuevo análisis de dicho complemento.

- c. Comprobante de Gastos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser Comprobantes Fiscales Digitales por



Internet (CFDI); los cuales deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes. Por CFDI se deberá entender el archivo XML debidamente timbrado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) junto con su correspondiente impresión en formato PDF. No se aceptarán copias fotostáticas o recibos provisionales.

Los recibos por honorarios profesionales de médicos y enfermeras deberán ser Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI), debiendo reunir los siguientes datos:

- Cédula Profesional
- Registro de Salubridad
- Registro Federal de Contribuyentes
- Folio

Cada recibo de honorarios **deberá estar circunstanciado a un solo concepto** (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anesthesiólogo, etc.).

En caso de consultas médicas, harán llegar un recibo por cada consulta recibida. Si llegara a existir un recibo por honorarios que incluyera varios conceptos, se tomará el total del recibo por la cobertura de una consulta.

No se hará por parte de la Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier semejante donde no se exigen remuneración ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales, salvo lo estipulado en el inciso XIX de las Coberturas Básica.

La Compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesión, y de que el Asegurado se encuentre internado en el sanatorio u hospital, así como la comprobación de los gastos realizados.

Los Asegurados autorizan a los médicos que lo hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para proporcionar los informes que requiera SEGUROS BANORTE, referente a su salud o enfermedades anteriores.

Asimismo, autorizan a las Compañías de Seguros a las que previamente han solicitado pólizas para que proporcionen a SEGUROS BANORTE, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de la

solicitud y que a su vez SEGUROS BANORTE, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de la solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por los Asegurados.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

### PAGO DE INDEMNIZACIÓN

- a. Las indemnizaciones que resulten conforme a este párrafo, serán liquidadas en el curso de los **treinta días** siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.
- b. Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas a cada Asegurado o a quien éste haya designado, en las oficinas de la Compañía con la presentación de Carta poder.
- c. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.
- d. **Tiempo de Indemnización:** La Compañía tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero:
  - a. El agotamiento de la suma asegurada;
  - b. El monto de los gastos incurridos durante el período de vigencia de la póliza que ampara el siniestro de que se trate y el período de beneficio establecido en la misma, o
  - c. la recuperación del estado de salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al asegurado;

El periodo de beneficio otorgado por la compañía será de 30 días naturales posteriores a la terminación de vigencia de la póliza.

En el caso de que el Asegurado cancele el seguro, la Compañía

cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada enfermedad o accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, hasta el agotamiento de la Suma Asegurada o 30 días naturales posteriores (**período de beneficio**) a la fecha de cancelación, lo que ocurra primero.

Para efectos de este contrato, se entiende por cancelación, cuando el Asegurado y/o Contratante externan su voluntad, en cualquier momento, a la Aseguradora de dar por terminado anticipadamente este contrato de seguro.

- e. En caso de que el Asegurado decida no renovar su póliza, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada enfermedad o accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, de acuerdo al inciso d) anterior.
- f. El pago del impuesto al valor agregado será cubierto por la Compañía siempre y cuando los recibos se expidan a nombre de ésta. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del Asegurado.
- g. La Compañía sólo pagará los honorarios médicos y enfermeras independientes titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la atención, tratamiento, curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el resumen clínico con la nota y firma respectiva.
- h. De igual manera, la Compañía sólo pagará los gastos de hospitalización en sanatorios, clínicas u hospitales debidamente autorizados por las autoridades correspondientes. La cantidad de honorarios para el equipo quirúrgico será de la siguiente manera:
- i.
 

Cirujano	Cantidad que resulte de aplicar la base de honorarios contratada al catálogo correspondiente
Anestesiólogo	30% de Honorarios para Cirujano
Ayudante	20% de Honorarios para Cirujano

## INTERÉS MORATORIO

En caso de que SEGUROS BANORTE, no obstante haber recibido los documento e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, que sea procedente en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al Asegurado o Beneficiario el interés moratorio que en conformidad con el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dice:

**Artículo 276.-** Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
- Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a. Los intereses moratorios;
- b. La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c. La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

**PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL DEDUCIBLE Y EL COASEGURO**

Cuando el Asegurado presente una reclamación por enfermedad y/o accidente amparados por esta póliza, se ajustarán los gastos presentados a los límites establecidos en la carátula de la póliza y en el cuadro de especificaciones de la misma. Los gastos reembolsables se sumarán y al total de éstos se restará la cantidad de deducible que se menciona en el cuadro de especificaciones. Del importe así determinado se descontará el porcentaje por coaseguro que es a cargo del Asegurado.

En caso de Pago Directo, al total de gastos procedentes, se descontará deducible y coaseguro de acuerdo a lo estipulado en el párrafo anterior, por lo que éstos deberán ser cubiertos por el asegurado, directamente al Proveedor en convenio, al igual que los gastos no cubiertos.

**RECLAMACIONES**

El reclamante podrá optar, en caso de notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, en acudir ante un arbitraje médico privado únicamente tratándose de preexistencia.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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

**INFORME DE COMISIÓN O COMPENSACIÓN**

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

**Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)**

Titular: Juan Manuel Márquez Goitia  
Av. Paseo de la Reforma No. 505 Piso 43,  
Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500,  
Delegación Cuauhtémoc, México D.F.  
Teléfono: 01800 627 2292  
Correo electrónico: [une@banorte.com](mailto:une@banorte.com)

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)**

Av. Insurgentes Sur 762  
Col. Del Valle México D.F. C.P 03100  
Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80  
Correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 8 de octubre de 2015, con el número CNSF-S0001-0454-2015.



PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y ESTRUCTURAS ACESORIAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
10060	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO (P. EJ. CARBUNCO, HIDRADENITIS SUPURATIVA, ABSCESO CUTÁNEO O SUBCUTÁNEO, QUISTE, FORUNCULO)	4.0
10120	INCISIÓN Y EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, TEJIDO SUBCUTÁNEO; SIMPLE	4.8
10121	INCISIÓN Y EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO TEJIDO SUBCUTÁNEO; COMPLICADO	5.6
10140	INCISIÓN Y DRENAJE DE HEMATOMA, SEROMA O COLECCIÓN DE LÍQUIDO	4.0
10180	INCISIÓN Y DRENAJE, COMPLETO, INFECCIÓN POSTOPERATORIA DE HERIDA	4.8
11000	DESBRIDAMIENTO DE ECCEMA O INFECCIÓN EXTENSA DE LA PIEL; HASTA 10% DE AREA CORPORAL	4.0
11001	DESBRIDAMIENTO DE ECCEMA O INFECCIÓN EXTENSA DE LA PIEL; CADA 10% ADICIONAL DE ÁREA CORPORAL	3.2
11010	DESBRIDAMIENTO INCLUYENDO LA EXTIRPACIÓN DE MATERIAL EXTRAÑO EN FRACTURAS ABIERTAS Y/O DISLOCACIONES; PIEL Y TEJ.SUBCUT	4.0
11011	DESBRIDAMIENTO INCLUYE EXTIRPACIÓN CUERPO EXTRAÑO EN FRACTURAS ABIERTA; PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO, FASCIA MUSCULAR, Y MÚSCULO	4.8
11012	DESBRIDAMIENTO INCLUYE EXTIRPACIÓN CUERPO EXTRAÑO; PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO, FASCIA MUSCULAR, MÚSCULO Y HUESO	7.2
11055	DESCAMADO O CORTE DE LESIÓN HIPERQUERATÓSICA BENIGNA (POR EJEMPLO OJO DE GALLO O CALLO); UNA SOLA LESIÓN	3.2
11100	BIOPSIA DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y/O MUCOSA (INCLUYE CIERRE SIMPLE), A MENOS QUE SE ANOTE DE MANERA DISTINTA; 1 LESIÓN	3.2
11200	EXTIRPACIÓN DE VERRUGAS BLANDAS, VARIOS PÓLIPOS FIBRO CUTÁNEOS, CUALQUIER ZONA; HASTA 15 LESIONES INCLUSIVE	2.4
11201	EXTIRPACIÓN DE VERRUGAS BLANDAS, PÓLIPOS FIBRO CUTÁNEOS; C/10 LESIONES ADICIONALES	0.64

PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y ESTRUCTURAS ACESORIAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
11402	ESCISIÓN, LESIÓN BENIGNA, EXCEPTO VERRUGAS BLANDAS; TRONCO, BRAZOS, PIERNAS; DIÁMETRO DE LA LESIÓN DE 1.1 A 2.0 CM	0.8
11406	ESCISIÓN, LESIÓN BENIGNA, EXCEPTO VERRUGAS BLANDAS, TRONCO, BRAZOS, PIERNAS; DIÁMETRO DE LA LESIÓN MAYOR DE 4.0 CM	5.6
11423	ESCISIÓN, LESIÓN BENIGNA, EXCEPTO VERRUGAS BLANDAS, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, GENITALES; DIÁMETRO DE LA LESIÓN DE 2.1 A 3.0 CM	4.0
11424	ESCISIÓN, LESIÓN BENIGNA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, GENITALES; DIÁMETRO DE LA LESIÓN DE 3.1 A 4.0 CM	4.0
11426	ESCISIÓN, LESIÓN BENIGNA EXCEPTO VERRUGAS BLANDAS, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, GENITALES; DIÁMETRO DE LA LESIÓN MAYOR DE 4.0 CM	4.0
11442	ESCISIÓN, OTRAS LESIONES BENIGNAS, CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS, MUCOSA; DIÁMETRO DE LA LESIÓN DE 1.1 A 2.0 CM	5.6
11444	ESCISIÓN, OTRAS LESIONES BENIGNAS, CARA OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS, MUCOSA; DIÁMETRO DE LA LESIÓN DE 3.1 A 4.0 CM	5.6
11446	ESCISIÓN, OTRAS LESIONES BENIGNAS, CARA, OREJAS, PARAPADOS, NARIZ, LABIOS, MUCOSA; DIÁMETRO DE LA LESIÓN MAYOR DE 4.0 CM	4.8
11450	ESCISIÓN DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO, DEBIDO A HIDRADENITIS, AXILAR; CON CORRECCIÓN SIMPLE O INTERMEDIA	4.8
11462	ESCISIÓN DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO, DEBIDO A HIDRADENITIS, INGUINAL; CON CORRECCIÓN SIMPLE O INTERMEDIA	4.8
11470	ESCISIÓN DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO, DEBIDO A HIDRADENITIS, PERIANAL, PERINEAL O UMBILICAL; CON CORRECCIÓN SIMPLE O INTERMEDIA	4.8
11602	ESCISION LESIÓN MALIGNA, TRONCO, BRAZOS O PIERNAS; DIÁMETRO DE LA LESIÓN DE 1.1 A 2.0 CM	4.8
11604	ESCISION LESIÓN MALIGNANA, TRONCO, BRAZOS O PIERNAS; DIÁMETRO DE LA LESIÓN DE 3.1 A 4.0 CM	4.8

PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y ESTRUCTURAS ACESORIAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
11606	ESCISIÓN LESIÓN MALIGNA, TRONCO, BRAZOS O PIERNAS; DIÁMETRO DE LA LESIÓN MAYOR DE 4.0 CM	5.6
11622	ESCISIÓN LESION MALIGNA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, GENITALES; DIÁMETRO DE LA LESION DE 1.1 A 2.0 CM	5.6
11624	ESCISIÓN LESIÓN MALIGNA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, GENITALES; DIÁMETRO DE LA LESIÓN DE 3.1 A 4.0 CM	4.0
11626	ESCISIÓN LESIÓN MALIGNA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, GENITALES; DIÁMETRO DE LA LESIÓN MAYOR DE 4.0 CM	5.6
11642	ESCISIÓN LESIÓN MALIGNAS, CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS; DIÁMETRO DE LA LESIÓN DE 1.1 A 2.0 CM	5.6
11644	ESCISIÓN LESIÓN MALIGNA, CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS; DIÁMETRO DE LA LESIÓN DE 3.1 A 4.0 CM	6.4
11646	ESCISIÓN LESIÓN MALIGNA, CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS; DIÁMETRO DE LA LESIÓN MAYOR DE 4.0 CM	8.0
11750	ESCISIÓN DE UÑA Y DE MATRIZ DE LA UÑA, PARCIAL O COMPLETA (POR EJEM. UÑA ENCARNADA O DEFORMADA), EXTIRPACIÓN PERMANENTE	3.2
11770	ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL; SIMPLE	12.0
11771	ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL; EXTENSA	12.0
11772	ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL; CON COMPLICACIONES	12.0
11960	INSERCIÓN DE EXPANSORES TISULARES, NO EN MAMA, INCLUYENDO EXPANSIÓN SUBSECUENTE	20.0
11970	REEMPLAZO DE EXPANSOR TISULAR CON PRÓTESIS PERMANENTE	20.0
11971	EXTIRPACIÓN DE EXPANSORES TISULARES SIN INSERCIÓN DE PRÓTESIS	4.8
12001	CORRECCIÓN SIMPLE DE HERIDAS SUPERFICIALES DEL CUERO CABELLUDO, CUELLO, AXILAS, GENITALES EXTERNOS, TRONCO Y/O EXTREMIDADES; 2.5CM	4.0
12002	CORRECCIÓN SIMPLE DE HERIDAS SUPERFICIALES, CUERO CABELLUDO, CUELLO, AXILAS, GENITALES EXTERNOS, TRONCO Y/O EXTREMIDADES; 2.6 CM A 7.5 CM	5.6

PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y ESTRUCTURAS ACESORIAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
12004	CORRECCIÓN SIMPLE HERIDAS SUPERFICIALES, CUERO CABELLUDO, CUELLO, AXILAS, GENITALES EXTERNOS, TRONCO Y/O EXTREMIDADES; 7.6 CM A 12.5 CM	6.4
12011	CORRECCIÓN SIMPLE DE HERIDAS SUPERFICIALES DE CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS Y/O MUCOSAS; 2.5 CM O MENOS.	5.6
12013	CORRECCIÓN SIMPLE HERIDAS SUPERFICIALES, CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ LABIOS Y/O MUCOSAS; 2.6 CM A 5.0 CM	5.6
12015	CORRECCIÓN SIMPLE HERIDAS SUPERFICIALES, CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS Y/O MUCOSAS; 7.6 CM A 12.5 CM	12.0
12020	TRATAMIENTO DE LA DEHISCENCIA DE UNA HERIDA SUPERFICIAL; CIERRE SIMPLE	4.0
12031	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS DEL CUERO CABELLUDO, AXILAS, TRONCO Y/O EXTREMIDADES (EXCLUYENDO MANOS Y PIES); 2.5 CM O MENOS	4.0
12032	CIERRE EN CAPAS HERIDAS DEL CUERO CABELLUDO, AXILAS, TRONCO Y/O EXTREMIDADES; 2.6 CM A 7.5 CM	5.6
12034	CIERRE EN CAPAS HERIDAS DEL CUERO, CABELLUDO, AXILAS, TRONCO Y/O EXTREMIDADES; 7.6 CM A 12.5 CM	6.4
12041	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS DEL CUELLO, MANOS, PIES Y/O GENITALES EXTERNOS; 2.5 CM O MENOS	4.0
12042	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS DEL CUELLO, MANOS, PIES Y/O GENITALES EXTERNOS; 2.6 CM A 7.5 CM	7.2
12051	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS DE LA CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS Y/O MUCOSAS; 2.5 CM O MENOS	7.2
12052	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS DE LA CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS Y/O MUCOSAS; 2.6 CM A 5.0 CM	4.8
12054	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS DE LA CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS Y/O MUCOSAS; 7.6 CM A 12.5 CM	4.8
13100	CORRECCIÓN, COMPLEJA, TRONCO; 1.1 CM A 2.5 CM.	4.8
13101	CORRECCIÓN COMPLEJA, TRONCO; 2.6 CM A 7.5 CM	6.4
13120	CORRECCIÓN, COMPLEJA, CUERO CABELLUDO, BRAZOS Y/O PIERNAS; 1.1 CM A 2.5 CM.	6.4

PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y ESTRUCTURAS ACESORIAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
13121	CORRECCIÓN COMPLEJA, CUERO CABELLUDO, BRAZOS Y/O PIERNAS; 2.6 CM A 7.5 CM	8.0
13131	CORRECCIÓN, COMPLEJA, FRENTE, MEJILLAS, MENTÓN, BOCA, CUELLO, AXILAS, GENITALES, MANOS Y/O PIES; 1.1 CM A 2.5 CM.	8.0
13132	CORRECCIÓN COMPLEJA, FRENTE, MEJILLAS, MENTÓN, BOCA, CUELLO, AXILAS, GENITALES, MANOS Y/O PIES; 2.6 CM A 7.5 CM	8.0
13150	CORRECCIÓN, COMPLEJA, PÁRPADOS, NARIZ, OREJAS Y/O LABIOS; 1.0 CM O MENOS	4.0
13151	CORRECCIÓN COMPLEJA, PÁRPADOS, NARIZ, OREJAS Y/O LABIOS; 1.1 CM A 2.5 CM	7.2
13152	CORRECCIÓN COMPLEJA, PÁRPADOS, NARIZ, OREJAS Y/O LABIOS; 2.6 CM A 7.5 CM	5.6
13160	CIERRE SECUNDARIOS DE HERIDA QUIRÚRGICA O DESHISCENCIA, AMPLIA O COMPLICADA	4.0
14060	TRANSFERENCIA O REORGANIZACIÓN DE TEJIDO ADYACENTE, PÁRPADOS, NARIZ, OREJAS Y/O LABIOS; DEFECTO DE 10 CM <sup>2</sup>	10.4
15050	INJERTO "PELLIZCO" (DE REVERDIN), SOLO O MÚLTIPLE, PARA CUBRIR ULCERA PEQUEÑA, PUNTA DE DÍGITO, U ZONA ABIERTA DE DIMENSIONES MÍNIMA (EXCEPTO LA CARA); 2 CM DIÁMETRO	7.2
15100	INJERTO DE PIEL DIVIDIDA (DE BLAIR-BROWN), TRONCO, BRAZOS, PIERNAS; PRIMEROS 100 CM <sup>2</sup> O MENOS, O 1% CUERPO DE LACTANTES Y NIÑOS	19.2
15200	INJERTO DE ESPESOR TOTAL, LIBRE, INCLUYENDO CIERRE DIRECTO DE ZONA DONANTE, TRONCO, 20 CM <sup>2</sup> O MENOS	19.2
15240	INJERTO DE ESPESOR TOTAL, LIBRE, INCLUYE CIERRE DIRECTO ZONA DONANTE, FRENTE, MEJILLAS, MENTÓN, BOCA, CUELLO, AXILA, 20 CM <sup>2</sup>	14.4
15260	INJERTO DE ESPESOR TOTAL, LIBRE, INCLUYENDO CIERRE DIRECTO DE ZONA DONANTE, NARIZ, OREJAS, PÁRPADOS Y/O LABIOS; 20 CM <sup>2</sup>	14.4
15350	APLICACIÓN DE ALOINJERTO, PIEL: 100 CM <sup>2</sup> O MENOS	10.4
15570	FORMACIÓN DE PEDICULO DIRECTO O TUBULAR, CON O SIN TRANSFERENCIA, TRONCO	16.8



## CONDICIONES GENERALES

PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y ESTRUCTURAS ACESORIAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
15732	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTÁNEO, O FASCIOCUTÁNEO; CABEZA Y CUELLO (P. EJ. MUSCULOS TEMPORAL, MASETERO, ESTERNOCLEIDOMASTOI)	17.6
15734	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTÁNEO O FASCIOCUTÁNEO; TRONCO	18.4
15736	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTÁNEO O FASCIOCUTÁNEO; MIEMBROS SUPERIORES	16.0
15738	COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTÁNEO, FASCIOCUTÁNEO; MIEMBROS INFERIORES	16.0
15740	COLGAJO; PEDÍCULO INSULAR	28.0
15841	INJERTO P/PARÁLISIS DEL NERVIIO FACIAL; INJERTO LIBRE DE MÚSCULO (INCLUYENDO OBTENCIÓN DEL INJERTO)	16.0
15922	ESCISIÓN, ÚLCERACOXIGEAPORPRESIÓN, CON COXIGECTOMÍA; CON PROCEDIMIENTO DE CIERRE CON COLGAJO	18.4
15934	ESCISIÓN, ÚLCERA SACRA POR PRESIÓN, CON PROCEDIMIENTO DE CIERRE CON COLGAJO DE PIEL	18.4
15944	ESCISIÓN, ÚLCERA ISQUIATICA POR PRESIÓN, CON PROCEDIMIENTO DE CIERRE CON COLGAJO CUTÁNEO	18.4
15952	ESCISIÓN, ÚLCERA TROCANTÉRICA POR PRESIÓN, CON PROCEDIMIENTO DE CIERRE CON COLGAJO CUTÁNEO	16.0
16010	APÓSITO Y/O DESBRIDAMIENTO, INICIAL O SUBSIGUIENTE, BAJO ANESTESIA, PEQUEÑA	4.0
16015	APÓSITO Y/O DESBRIDAMIENTO, INICIAL O SUBSIGUIENTE; BAJO ANESTESIA, MEDIANA O GRANDE, O CON DESBRIDAMIENTO AMPLIO	4.8
16035	ESCAROTOMÍA; INCISIÓN INICIAL	12.0
17000	DESTRUCCIÓN MEDIANTE CUALQUIER MÉTODO, INCLUYE LÁSER, CON O SIN CURETAJE QUIRÚRGICO, TODAS LESIONES BENIGNAS O PREMALIGNAS (P.EJ., QUERATOSIS ACTINICA) QUE NO SEAN VERRUGAS BLANDAS O LESIONES PROLIFERATIVAS VASCULARES CUTÁNEAS, INCLUYE ANESTESIA LOCAL; PRIMERA LESIÓN	3.2
17106	DESTRUCCIÓN DE LESIONES PROLIFERATIVAS VASCULARES CUTÁNEAS (P. EJ., TÉCNICA DE LÁSER); MENOS DE 10 CM2	4.0
17107	DESTRUCCIÓN DE LESIONES PROLIFERATIVAS VASCULARES CUTÁNEAS; 10.0 - 50.0 CM2	4.0

## CONDICIONES GENERALES

PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y ESTRUCTURAS ACESORIAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
17110	DESTRUCCIÓN, MEDIANTE CUALQUIER MÉTODO, DE VERRUGAS PLANAS, MOLUSCO CONTAGIOSO O MILIOS; HASTA 14 LESIONES	4.0
17262	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN MALIGNA, CUALQUIER MÉTODO, TRONCO, BRAZOS O PIERNAS; DIÁMETRO DE LESIÓN DE 1.1 A 2.0 CM	4.0
17264	DESTRUCCIÓN LESIÓN MALIGNA, CUALQUIER MÉTODO, TRONCO, BRAZOS O PIERNAS; DIÁMETRO DE LESIÓN DE 3.1 A 4.0 CM	2.4
17266	DESTRUCCIÓN LESIÓN MALIGNA, CUALQUIER MÉTODO, TRONCO, BRAZOS O PIERNAS; DIÁMETRO DE LESIÓN DE MÁS DE 4.0 CM	3.2
17272	DESTRUCCIÓN LESIÓN MALIGNA, CUALQUIER MÉTODO, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, GENITALES; DIÁMETRO LESIÓN 1.1 A 2.0 CM	3.2
17274	DESTRUCCIÓN LESIÓN MALIGNA, CUALQUIER MÉTODO, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, GENITALES; DIÁMETRO LESIÓN 3.1 A 4.0 CM	4.0
17281	DESTRUCCIÓN LESIÓN MALIGNA, CUALQUIER MÉTODO, CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS, MUCOSAS; DIÁMETRO LESIÓN 0.6 A 1.0 CM	2.4
17283	DESTRUCCIÓN LESIÓN MALIGNA, CUALQUIER MÉTODO, CARA, OREJAS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS, MUCOSAS; DIÁMETRO LESIÓN 2.1 A 3.0 CM	2.4
17304	QUIMIOCIRUGÍA (TÉCNICA MICROQUIRÚRGICA DE MOH), INCLUYE EXTIRPACION TOTAL TUMOR MACROSCOPICO, ESCISIÓN QUIRÚRGICA DE MUESTRAS DE TEJIDO, MAPEO, CODIFICACIÓN POR COLOR DE MUESTRAS DE TEJIDO, EXAMEN MICROSCOPICO DEL TEJIDO, A CARGO DEL CIRUJANO Y PREPARACION HISTOPATOLOGICA COMPLETA; HASTA 5 MUESTRAS	5.6
19000	PUNCIÓN ASPIRATIVA DE QUISTE DE MAMA	9.6
19001	PUNCIÓN ASPIRATIVA QUISTE MAMA; CADA QUISTE ADICIONAL	2.4
19020	MASTOTOMÍA CON EXPLORACIÓN O DRENAJE DE ABSCESO, PROFUNDO	16.0
19100	BIOPSIA DE MAMA, PERCUTÁNEA, AGUJA TROCAR NO GUIADA CON USO DE IMÁGENES (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	10.4
19101	BIOPSIA MAMA; ABIERTA, INCISIONAL	12.8

PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y ESTRUCTURAS ACESORIAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
19110	EXPLORACIÓN DEL PEZÓN, CON O SIN ESCISIÓN DE UN CONDUCTO LACTÍFERO SOLITARIO O UN PAPILOMA DEL CONDUCTO LACTÍFERO	8.0
19112	ESCISIÓN DE FISTULA DE CONDUCTO LACTÍFERO	14.4
19120	ESCISIÓN DE QUISTE, FIBROADENOMA, U OTRO TUMOR BENIGNO O MALIGNO, TEJIDO MAMARIO ABERRANTE LESIÓN DE CONDUCTO, DE PEZÓN DE LA AREOLA, LESIÓN ABIERTA, HOMBRE, MUJER UNA O MÁS LESIONES	18.4
19125	ESCISIÓN DE LESIÓN MAMARIA IDENTIFICADA MEDIANTE COLOCACIÓN PREOPERATORIA DE MARCADOR RADIOLOGICO, UNA SOLA LESIÓN	16.0
19126	ESCISIÓN LESIÓN MAMARIA IDENTIFICADA POR COLOCACIÓN PREOPERATORIA DE MARCADOR RADIOLOGICO ABIERTA; CADA LESIÓN ADICIONAL IDENTIFICADA SEPARADAMENTE MARCADOR RADIOLOGICO PREQUIRÚRGICO.	8.0
19140	MASTECTOMÍA POR GINECOMASTIA	28.0
19160	MASTECTOMIA, PARCIAL	32.0
19162	MASTECTOMIA PARCIAL; CON LINFADENECTOMIA AXILAR	42.4
19180	MASTECTOMÍA, SIMPLE, COMPLETA	29.1
19182	MASTECTOMÍA, SUBCUTÁNEA	36.0
19200	MASTECTOMÍA, RADICAL, INCLUYENDO MÚSCULOS PECTORALES, GANGLIOS LINFÁTICOS AXILARES	56.1
19220	MASTECTOMÍA, RADICAL, INCLUYENDO MÚSCULOS PECTORALES, GANGLIOS LINFÁTICOS AXILARES Y MAMARIOS INTERNOS (OPERACION DE URBAN)	52.0
19240	MASTECTOMÍA, RADICAL MODIFICADA, INCLUYE GANGLIOS LINFÁTICOS AXILARES, CON O SIN MÚSCULO PECTORAL MENOR, EXCLUYE PECTORAL MAYOR	48.0
19271	ESCISIÓN DE TUMOR DE LA PARED TORÁCICA QUE COMPRENDE COSTILLAS, CON RECONSTRUCCIÓN PLÁSTICA; SIN LINFADENECTOMÍA MEDIASTÍNICA	56.0
19272	ESCISIÓN TUMOR PARED TORÁCICA COMPROMETE COSTILLAS CON RECONSTRUCCIÓN PLÁSTICA; CON LINFADENECTOMÍA MEDIASTÍNICA	58.4
19340	INSERCIÓN INMEDIATA DE PRÓTESIS DE MAMA POSTERIOR A LA MASTOPEXIA, MASTECTOMÍA O CIRUGÍA RECONSTRUCTORA	40.0

PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y ESTRUCTURAS ACESORIAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
19342	INSERCIÓN DIFERIDA DE PRÓTESIS DE MAMA POSTERIOR A LA MASTOPEXIA, MASTECTOMÍA O CIRUGÍA RECONSTRUCTORA	44.0
19350	RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN/AREOLA	21.6
19357	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA, DIRECTA O DIFERIDA, CON EXPANSÓR TISULAR, INCLUYENDO EXPANSIÓN SUBSIGUIENTE	48.0
19367	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO MIOCUTÁNEO TRANSVERSO DEL RECTO DEL ABDOMEN (TRAM), UN SOLO PEDÍCULO, CON CIERRE ZONA DONA	64.0
SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO		
EXPLORACION DE HERIDA POR TRAUMA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
20220	BIOPSIA, HUESO, TROCAR, O AGUJA; SUPERFICIAL (POR EJEMPLO HUESO ILÍACO, ESTERNÓN, APÓFISIS ESPINOSA, COSTILLA)	10.4
20225	BIOPSIA, HUESO, TROCAR O AGUJA; PROFUNDO (CUERPO VERTEBRAL, FEMUR)	10.4
20240	BIOPSIA, HUESO, CON ESCISIÓN; SUPERFICIAL (P. EJ. HUESO ILIACO, ESTERNÓN, APÓFISIS ESPINOSA, COSTILLAS, TROCANTER DE FÉMUR	8.0
20520	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MÚSCULO O VAINA TENDINOSA; SIMPLE	7.2
20525	EXTIRPACIÓN CUERPO EXTRAÑO EN MÚSCULO O VAINA TENDINOSA; PROFUNDA O CON COMPLICACIONES	9.6
20550	INYECCIÓN, VAINA TENDINOSA, LIGAMENTO, PUNTOS GATILLO O GANGLIO	4.0
20605	ARTROCENTESIS, ASPIRACIÓN Y/O INYECCIÓN; IARTICINTERMEDIAS, BOLSA SINOVIAL O GANGLIO (P. EJ. TEMPOROMANDIBULAR MUÑECA, CODO)	4.0
20610	ARTROCENTESIS, ASPIRACIÓN Y/O INYECCIÓN; ARTICULACIÓN GRANDE O BOLSA (P.EJ. HOMBRO, CADERA, RODILLA)	4.0
20680	REMOCIÓN IMPLANTE; PROFUNDO (P.EJ. INTRAOSEO, CLAVIJA, TORNILLO, BANDA METÁLICA, CLAVO, VARILLA O PLACA)	11.1
20816	REIMPLANTACIÓN, DÍGITO, EXCLUYENDO DEDO PULGAR (INCLUYE ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA); AMPUTACIÓN COMPLETA	44.0

## CONDICIONES GENERALES

20824	REIMPLANTACIÓN, DEDO PULGAR (INCLUYE ARTICULACIÓN CARPOMETACARPIANA HASTA ARTICULACIÓN MF), AMPUTACIÓN COMPLETA	44.0
20924	INJERTO DE TENDÓN, DISTANTE (P. EJ., PALMAR, EXTENSOR DE DEDO DEL PIE, PLANTAR)	32.0

**CABEZA**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>%</b>
21015	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR (P. EJ., NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE CARA O CUERO CABELLUDO	21.6
21030	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO O QUISTE DE HUESO FACIAL QUE NO SEA DE LA MANDIBULA	12.0
21034	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO DE HUESO FACIAL DISTINTO DE LA MANDIBULA	28.0
21040	ESCISIÓN DE QUISTE BENIGNO O TUMOR DE MANDIBULA; SIMPLE	17.6
21044	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO DE MANDIBULA	28.0
21045	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO DE MANDIBULA; RESECCIÓN RADICAL	28.0
21182	RECONSTRUCCIÓN PAREDES ORBITARIAS, BORDES ORBITARIOS, FRENTE, COMPLEJO NASOETMOIDAL DESPUÉS DE LA ESCISIÓN INTRA O EXTRACRANEAL TUMOR BENIGNO DE HUESOS CRANEANOS (P.EJ., DISPLASIA FIBROSA), CON MÚLTIPLES INJERTOS AUTÓLOGOS; AREA TOTAL DE INJERTO OSEO MENOR DE 40 CM2	34.4
21240	ARTOPLASTIA, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, CON O SIN INJERTO AUTÓLOGO (INCLUYE OBTENCION DEL INJERTO)	25.6
21338	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA NASOETMOIDAL; SIN FIJACIÓN EXTERNA	33.6
21344	TRATAMIENTO ABIERTO FRACTURA CON COMPLICACIONES (P.EJ. CONMINUTA O CON COMPROMISO DE PARED POSTERIOR) DEL SENO FRONTAL, POR VÍA CORONAL O ABORDAJES MÚLTIPLES	28.0
21346	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE COMPLEJO NASOMAXILAR (LEFORT TIPO II); CON FIJACIÓN CON ALAMBRE Y/O FIJACIÓN LOCAL	28.0
21348	TRATAMIENTO ABIERTO FRACTURA DE COMPLEJO NASOMAXILAR (LEFORT TIPO III); CON INJERTO ÓSEO (INCLUYE OBTENCIÓN DEL INJERTO)	36.0

## CONDICIONES GENERALES

**CABEZA**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>%</b>
21356	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DEPRIMIDA DEL ARCO CIGOMÁTICO (POR EJEMPLO ABORDAJE DE GILLES)	16.0
21360	TRATAMIENTO ABIERTO FRACTURA MALAR DEPRIMIDA, INCLUYE ARCO CIGOMÁTICO Y TRIPODE MALAR	20.0
21385	TRATAMIENTO ABIERTO DE LA FRACTURA POR ESTALLIDO DEL PISO ORBITARIO, ABORDAJE POR ANTROSTOMIA (OPERACIÓN DE CALDWELL-LUC)	28.8
21387	TRATAMIENTO ABIERTO FRACTURA POR ESTALLIDO PISO ORBITARIO; ABORDAJE COMBINADO	28.8
21390	TRATAMIENTO ABIERTO FRACTURA POR ESTALLIDO PISO ORBITARIO; ABORDAJE PERIORBITAL, CON IMPLANTEALOPLÁSTICO U OTRO	32.0
21422	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA PALATAL O MAXILAR (LEFORT TIPO I)	28.0
21432	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISYUNCIÓN CRANEOFACIAL (LEFORT TIPO III); CON FIJACIÓN MEDIANTE ALAMBRE Y/O FIJACIÓN INTERNA	33.6
21436	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISYUNCIÓN CRANEOFACIAL (LEFORT III); CON COMPLICACIONES, MÚLTIPLES ABORDAJES QUIRÚRGICOS, FIJACIÓN INTERNA, CON INJERTO OSEO (INCLUYE OBTENCIÓN DEL INJERTO)	40.0
21470	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA MANDIBULAR COMPLICADA MEDIANTE MÚLTIPLES ABORDAJES QUIRÚRGICOS INCLUYENDO FIJACIÓN INTERNA, FIJACION INTERDENTARIA, Y/O FIJACIÓN DE LA DENTADURA CON ALAMBRE O FERULAS	29.6
21480	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN TEMPOROMANDIBULAR; INICIAL O SUBSIGUIENTE	18.4
21490	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	22.4

**CUELLO (TEJIDOS BLANDOS) Y TÓRAX**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>%</b>
21501	INCISIÓN Y DRENAJE, ABSCESO PROFUNDO O HEMATOMA, TEJIDOS BLANDOS DEL CUELLO O TÓRAX	8.0
21550	BIOPSIA, TEJIDO BLANDO DEL CUELLO O TÓRAX	12.0

<b>CUELLO (TEJIDOS BLANDOS) Y TÓRAX</b>		
21557	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR (P. EJ. NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE CUELLO O TÓRAX	53.6
21615	ESCISIÓN DE PRIMERA COSTILLA Y/O COSTILLA CERVICAL	29.6
21700	DIVISIÓN DEL ESCALENO ANTERIOR; SIN RESECCIÓN DE COSTILLA CERVICAL	28.0
21705	DIVISIÓN DEL ESCALENO ANTERIOR; CON RESECCIÓN DE COSTILLA CERVICAL	30.4

<b>ESPALDA Y FLANCO</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>%</b>
21935	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR (P. EJ., NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE ESPALDA O FLANCO	28.0

<b>RAQUIS (COLUMNA VERTEBRAL)</b>		
<b>FRACTURA Y/O DISLOCACIÓN</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>%</b>
22315	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURAS Y/O DISLOCACIONES VERTEBRALES QUE REQUIEREN YESO O CON ABRAZADERA, CON E INCLUYENDO YESO O ABRAZADERA, CON O SIN ANESTESIA, EMPLEANDO MANIPULACIÓN O TRACCIÓN	17.6
22325	TRATAMIENTO ABIERTO Y/O REDUCCIÓN DE FRACTURAS O DISLOCACIONES VERTEBRALES, ABORDAJE POSTERIOR, FRACTURA DE UNA SOLA VERTEBRA, O DISLOCACIÓN DE UN SOLO SEGMENTO; LUMBAR	48.0
22326	TRATAMIENTO ABIERTO Y/O REDUCCIÓN DE FRACTURAS O DISLOCACIONES VERTEBRALES, ABORDAJE POSTERIOR, FRACTURA DE UNA SOLA VÉRTEBRA, O DISLOCACIÓN DE SEGMENTO; CERVICAL	48.0
22327	TRATAMIENTO ABIERTO Y/O REDUCCIÓN DE FRACTURAS O DISLOCACIONES VERTEBRALES, ABORDAJE POSTERIOR, FRACTURA DE UNA SOLA VERTEBRA O DISLOCACIÓN DE UN SOLO SEGMENTO; TORÁCICO	48.0

<b>ARTRODESIS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>%</b>
222548	ARTRODESIS, TÉCNICAS TRANSORAL ANTERIOR O EXTRAORAL ANTERIOR, CLIVUS -C1-C2 (ATLAS-AXIS), CON O SIN ESCISIÓN DE APÓFISIS ODONTOIDES	62.4

<b>ARTRODESIS</b>		
22554	ARTRODESIS, ANTERIOR, TÉCNICA DE INTERCUERPOS, INCLUYENDO DISQUECTOMÍA MÍNIMA PARA PREPARAR EL INTERESPACIO (QUE NO SEA PARA DESCOMPRESIÓN); CERVICAL POR DEBAJO DE C2	54.4
22556	ARTRODESIS, ANTERIOR, TÉCNICA DE INTERCUERPOS, INCLUYENDO DISQUECTOMÍA MÍNIMA PARA PREPARAR INTERESPACIO (QUE NO SEA PARA DESCOMPRESION); TORÁCICA	60.0
22558	ARTRODESIS, ANTERIOR, TÉCNICA DE INTERCUERPOS, INCLUYENDO DISQUECTOMÍA MÍNIMA PARA PREPARAR EL ESPACIO (QUE NO SEA PARA DESCOMPRESIÓN); LUMBAR	64.0
22590	ARTRODESIS, TÉCNICA POSTERIOR, CRANEOCERVICAL (OCCIPUCIO-C2)	64.0
22595	ARTRODESIS, TÉCNICA POSTERIOR, ATLAS-AXIS (C1-C2)	64.0
22600	ARTRODESIS, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, UN SOLO NIVEL; CERVICAL POR DEBAJO DEL SEGMENTO C2	60.0
22610	ARTRODESIS, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, UN SOLO NIVEL; TORÁCICO (CON O SIN TÉCNICA LATERAL TRANSVERSA)	64.0
22612	ARTRODESIS, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, UN SOLO NIVEL; LUMBAR (CON O SIN TÉCNICA LATERAL TRANSVERSA)	64.0
22630	ARTRODESIS, POSTERIOR, TÉCNICA DE INTERCUERPOS, INCLUYENDO LAMINECTOMÍA Y/O DISQUECTOMÍA PARA PREPARACIÓN DEL INTERESPACIO VERTEBRAL ( QUE NO SEA PARA DESCOMPRESIÓN); UN SOLO INTERESPACIO; LUMBAR	64.0

<b>INSTRUMENTACIÓN ESPINAL</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>%</b>
22840	INSTRUMENTACION POSTERIOR NO SEGMENTARIA (P. EJ., TECNICA UNICA DE VARILLA DE HARRINGTON), FIJACIONAL PEDICULO A TRAVES DEL INTERESPACIO, FIJACION CON TORNILLO TRANSARTICULAR ATLANTOAXIAL, COLOCACION DE ALAMBRE SUBLAMINAR EN C1, FIJACION A FACETA CON TORNILLO	68.0
22842	INSTRUMENTACION SEGMENTARIA POSTERIOR (P.EJ., FIJACION AL PEDICULO, VARILLAS DOBLES CON VARIOS GANCHOS Y ALAMBRES SUBLAMINARES); 3 A 6 SEGMENTOS VERTEBRALES	68.0
22845	INSTRUMENTACION ANTERIOR; 2 A 3 SEGMENTOS VERTEBRALES	68.0

ABDOMEN		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
22900	ESCISIÓN, TUMOR DE LA PARED ABDOMINAL, SUBFACIAL (P. EJ., DESMOIDE)	23.2

HOMBRO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
23000	EXTIRPACIÓN DE DEPÓSITOS CALCAREOS SUBDELTOIDEOS (O INTRATENDINOSOS), CUALQUIER MÉTODO	8.0
23030	INCISIÓN Y DRENAJE, REGIÓN DEL HOMBRO, ABSCESO PROFUNDO O HEMATOMA	24.8
23031	INCISIÓN Y DRENAJE, REGIÓN DEL HOMBRO; BOLSA SINOVIAL INFECTADA	14.4
23040	ARTROTOMÍA, ARTICULACIÓN GLENOHUMERAL, INCLUYENDO EXPLORACIÓN, DRENAJE, O EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	20.0
23044	ARTROTOMÍA, ACROMIOCLAVICULAR, ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR INCLUYENDO EXPLORACIÓN, DRENAJE, O EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	20.0
23077	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR (P. EJ., NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE REGIÓN DEL HOMBRO	36.0
23105	ARTROTOMIA; ARTICULACION GLENOHUMERAL, CON SINOVECTOMÍA CON O SIN BIOPSIA	32.0
23106	ARTROTOMÍA; ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR, CON SINOVECTOMÍA, CON O SIN BIOPSIA	28.0
23125	CLAVICULECTOMÍA; TOTAL	24.0
23130	ACROMIOPLASTÍA O ACROMIONECTOMÍA, PARCIAL, CON O SIN LIBERACIÓN DEL LIGAMENTO CORACOACROMIAL	36.0
23140	ESCISIÓN O LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO DE CLAVÍCULA O ESCÁPULA	14.4
23145	ESCISIÓN O LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO DE CLAVÍCULA O ESCÁPULA; CON INJERTO AUTÓLOGO (INCLUYE OBTENCIÓN DEL INJERTO)	24.0
23150	ESCISIÓN O LEGRADO DE QUISTE ÓSEO O TUMOR BENIGNO DE HUMERO PROXIMAL	14.4
23155	ESCISION O LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO DE HUMERO PROXIMAL; CON INJERTO AUTOLOGO (INCLUYE OBTENCION DEL INJERTO)	22.4

HOMBRO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
23170	SECUESTRECTOMA (P.EJ., PARA OSTEOMIELITIS O ABSCESO ÓSEO), CLAVÍCULA	18.4
23172	SECUESTRECTOMÍA (P.EJ., PARA OSTEOMIELITIS O ABSCESO ÓSEO), ESCÁPULA	28.0
23174	SECUESTRECTOMÍA (P.EJ., PARA OSTEOMIELITIS O ABSCESO ÓSEO), CABEZA O CUELLO QUIRÚRGICO DEL HUMERO	24.0
23195	RESECCIÓN DE CABEZA DEL HUMERO	22.4
23200	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR; CLAVÍCULA	28.0
23210	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR; ESCÁPULA	28.0
23220	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR OSEO, HÚMERO PROXIMAL	28.0
23222	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR OSEO, HÚMERO PROXIMAL; CON REEMPLAZO PROTÉSICO	32.0
23405	TENOTOMÍA, REGIÓN DEL HOMBRO; UN SOLO TENDÓN	14.4
23410	CORRECCIÓN DE RUPTURA DE MANGUITO MUSCULOTENDINOSO (P.EJ., ROTADOR DEL HOMBRO); AGUDO	20.0
23415	LIBERACIÓN DE LIGAMENTO CORACOACROMIAL, CON O SIN ACROMIOPLASTÍA	21.6
23420	RECONSTRUCCIÓN DE AVULSIÓN COMPLETA DEL HOMBRO (ROTADOR), AVULSIÓN DE MANGUITO, CRÓNICO (INCLUYE ACROMIOPLASTIA)	31.5
23430	TENODESIS DEL TENDÓN LARGO DEL BICEPS	20.0
23440	RESECCIÓN O TRASPLANTE DEL TENDÓN LARGO DEL BICEPS	24.0
23466	CAPSULORRAFÍA, ARTICULACIÓN GLENOHUMERAL, CUALQUIER TIPO DE INESTABILIDAD MULTIDIRECCIONAL	28.0
23472	ARTROPLASTIA ARTICULACIÓN GLENOHUMERAL; HOMBRO COMPLETO REEMPLAZO DE LA CAVIDAD GLENOIDEA O DE HÚMERO PROXIMAL (P.EJ., HOMBRO COMPLETO)	36.0
23505	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA CLAVICULAR; CON MANIPULACIÓN	12.0
23515	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA CLAVICULAR, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	18.4
23525	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN ESTERNOCLAVICULAR; CON MANIPULACIÓN	8.0
23530	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN ESTERNOCLAVICULAR, AGUDA O CRÓNICA	22.4

## CONDICIONES GENERALES

HOMBRO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
23545	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN ACROMIOCLAVICULAR AGUDA O CRONICA; CON MANIPULACION	8.0
23550	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN ACROMIOCLAVICULAR, AGUDA O CRONICA	24.0
23575	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA ESCAPULAR; CON MANIPULACIÓN, CON O SIN TRACCIÓN ESQUELÉTICA (CON O SIN COMPROMISO DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO)	16.0
23585	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA ESCAPULAR (CUERPO, CAVIDAD GLENOIDE O ACROMION) CON O SIN FIJACIÓN INTERNA	20.8
23605	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DEL HUMERO PROXIMAL (CUELLO QUIRÚRGICO O ANATÓMICO); CON MANIPULACIÓN, CON O SIN TRACCIÓN ESQUELÉTICA	8.0
23615	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DEL HUMERO PROXIMAL (CUELLO QUIRÚRGICO O ANATÓMICO), CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA, CON O SIN CORRECCIÓN DE TUBEROSIDADES	21.6
23616	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL (CUELLO QUIRÚRGICO O ANATÓMICO CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA CON O SIN CORRECCIÓN DE TUBEROSIDADES); CON REEMPLAZO PROTÉSICO DEL HUMERO PROXIMAL	28.0
23650	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN DEL HOMBRO, CON MANIPULACIÓN; SIN ANESTESIA	11.2
23660	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACION AGUDA DEL HOMBRO	24.0
23800	ARTRODESIS, ARTICULACIÓN GLENOHUMERAL	29.6
23920	DESARTICULACIÓN DEL HOMBRO	26.4
HUMERO (BRAZO) Y CODO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
23931	INCISIÓN Y DRENAJE, BRAZO O REGIÓN DEL CODO; BOLSA SINOVIOL	5.6
24000	ARTROTOMÍA CODO, INCLUYENDO EXPLORACIÓN, DRENAJE O EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	12.0
24076	ESCISIÓN, TUMOR, BRAZO, O REGIÓN DEL CODO; PROFUNDO, SUBFACIAL O INTRAMUSCULAR	9.6

## CONDICIONES GENERALES

HUMERO (BRAZO) Y CODO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
24077	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR (P. EJ., NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE BRAZO O REGIÓN DEL CODO	20.0
24102	ARTROTOMÍA, CODO; CON SINOVECTOMÍA	18.4
24150	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR, DIÁFISIS O HÚMERO DISTAL	32.0
24151	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR, DIAFISIS O HÚMERO DISTAL; CON INJERTO AUTÓLOGO (INCLUYE OBTENCIÓN DEL INJERTO)	32.0
24152	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR, CABEZA O CUELLO DEL RADIO	32.0
24301	TRANSFERENCIA DE MÚSCULO O TENDÓN, CUALQUIER TIPO, BRAZO O REGIÓN DEL CODO, UNO SOLO	24.0
24340	TENODESIS DEL TENDÓN DEL BICEPS A NIVEL DEL CODO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	20.0
24342	REINSERCIÓN DE TENDÓN ROTO DEL BICEPS O TRICEPS, DISTAL, CON O SIN INJERTO TENDINOSO	20.0
24350	FASCIOTOMÍA, LATERAL O MEDIAL (P.EJ., CODO DE TENISTA O EPICONDILITIS)	16.0
24351	FASCIOTOMÍA, LATERAL O MEDIAL; CON DESPRENDIMIENTO DEL ORIGEN DEL EXTENSOR	16.8
24362	ARTROPLASTIA, CODO; CON IMPLANTE Y RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CON FASCIA LATA	40.0
24363	ARTROPLASTIA, CODO; CON REEMPLAZO PROTÉSICO DEL HÚMERO DISTAL Y CUBITO PROXIMAL (P. EJ., CODO TOTAL)	40.0
24365	ARTROPLASTIA, CABEZA DEL RADIO	60.0
24400	OSTEOTOMÍA, HÚMERO, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA	26.4
24435	CORRECCIÓN DE FALTA DE UNIÓN O UNIÓN DEFECTUOSA, HÚMERO; CON INJERTO AUTÓLOGO DE HUESO ILÍACO U OTRO (INCLUYE OBTENCIÓN DEL INJERTO)	25.6
24505	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DEL DIAFISIS DEL HUMERO; CON MANIPULACIÓN, CON O SIN TRACCIÓN ESQUELÉTICA	12.0
24515	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE DIÁFISIS DEL HUMERO CON PLACA/TORNILLOS, CON O SIN CERCLAJE	25.6
24516	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE DIÁFISIS DEL HUMERO, CON INSERCIÓN DE IMPLANTE INTRAMEDULAR, CON O SIN CERCLAJE Y/O TORNILLOS FIJADORES	25.6

HUMERO (BRAZO) Y CODO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
24535	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA HUMERAL SUPRACONDILAR O TRANCONDILAR, CON O SIN EXTENSIÓN INTERCONDILAR; CON MANIPULACIÓN, CON O SIN TRACCIÓN DE PIEL O TRACCIÓN ESQUELÉTICA	16.0
24545	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA HUMERAL SUPRACONDILAR O TRANCONDILAR, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA; SIN EXTENSIÓN INTERCONDILAR	28.8
24575	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA HUMERAL EPICONDILAR, MEDIATO LATERAL, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	28.8
24579	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA HUMERAL CONDILAR, MEDIAL O LATERAL, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	28.8
24586	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA PERIARTICULAR Y/O DISLOCACIÓN DEL CODO (FRACTURA DEL HUMERODISTAL Y CUBITO PROXIMAL Y/O RADIO PROXIMAL)	20.0
24605	TRATAMIENTO DE DISLOCACIÓN CERRADA DEL CODO; CON ANESTESIA	9.6
24615	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN AGUDA O CRÓNICA DEL CODO	14.4
24620	TRATAMIENTO CERRADO DE LA FRACTURA DE MONTEGGIA A NIVEL DEL CODO (FRACTURA DEL EXTREMO PROXIMAL DEL CUBITO CON DISLOCACIÓN DE LA CABEZA DEL RADIO), CON MANIPULACIÓN	16.0
24635	TRATAMIENTO ABIERTO DE LA FRACTURA DE MONTEGGIA A NIVEL DEL CODO (FRACTURA DEL EXTREMO PROXIMAL DEL CUBITO CON DISLOCACIÓN DE LA CABEZA DEL RADIO), CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	17.6
24640	TRATAMIENTO CERRADO DE SUBLUXACIÓN DE CABEZA DEL RADIO EN NIÑOS, CODO DE NIÑERA, CON MANIPULACIÓN	8.0
24655	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE CABEZA O CUELLO DEL RADIO; CON MANIPULACIÓN	12.0
24665	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE CABEZA O CUELLO DEL RADIO, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O ESCISIÓN DE LA CABEZA DEL RADIO	20.0
24666	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE CABEZA O CUELLO DEL RADIO, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O ESCISIÓN DE CABEZA DEL RADIO; CON REEMPLAZO PROTESICO DE CABEZA DEL RADIO	32.0

HUMERO (BRAZO) Y CODO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
24675	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE CÚBITO, EXTREMO PROXIMAL (APOFISIS OLEOCRANEANA); CON MANIPULACIÓN	17.6
24685	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DEL CÚBITO, EXTREMO PROXIMAL (APOFISIS OLEOCRANEANA); CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	20.0
24800	ARTRODESIS, ARTICULACIÓN DEL CODO, LOCAL	28.0
24900	AMPUTACIÓN, BRAZO A TRAVES DEL HÚMERO; CON CIERRE PRIMARIO	26.4
24935	ELONGACIÓN DE MUÑÓN, EXTREMIDAD SUPERIOR	14.4
ANTEBRAZO Y MUÑECA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
25000	INCISIÓN, VAINA TENDINOSA DEL EXTENSOR, MUÑECA (P. EJ., ENFERMEDAD DE QUERVAIN)	10.4
25020	FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA, ANTEBRAZO Y/O MUÑECA; COMPARTIMIENTO FLEXOR O EXTENSOR	16.0
25040	ARTROTOMÍA, DE ARTICULACIÓN RADIOCARPAL O MEDIOCARPAL, CON EXPLORACIÓN, DRENAJE, O EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	14.4
25076	ESCISIÓN, TUMOR, ANTEBRAZO Y/O REGIÓN DE LA MUÑECA; PROFUNDO (SUBFACIAL O INTRAMUSCULAR)	24.0
25077	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR (P. EJ., NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE ANTEBRAZO Y/O REGIÓN DE LA MUÑECA	24.0
25085	CAPSULOTOMÍA, MUÑECA (P. EJ., CONTRACTURA)	12.0
25100	ARTROTOMÍA, ARTICULACIÓN DE LA MUÑECA; CON BIOPSIA	14.4
25105	ARTROTOMÍA, ARTICULACIÓN DE LA MUÑECA; CON SINOVECTOMÍA	15.2
25107	ARTROTOMIA, ARTICULACION RADIOCUBITAL DISTAL INCLUYENDO CORRECCION DEL COMPLEJO DEL CARTILAGO TRIANGULAR, COMPLEJA	17.6
25110	ESCISIÓN, LESIÓN DE VAINA TENDINOSA, ANTEBRAZO Y/O MUÑECA	8.0
25111	ESCISIÓN DE GANGLION, MUÑECA (DORSAL O PALMAR); PRIMARIO	14.4

ANTEBRAZO Y MUÑECA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
25115	ESCISIÓN RADICAL DE BOLSA TENDINOSA, LIQUIDO SINOVIAL DE MUÑECA, O VAINA TENDINOSA DEL ANTEBRAZO (P.EJ., TENOSINOVITIS, HONGOS, TBC, U OTROS GRANULOMAS, ARTRITIS REUMATOIDEA); FLEXORES	22.4
25118	SINOVECTOMIA, VAINA DE TENDON EXTENSOR, MUÑECA, UN SOLO COMPARTIMIENTO	19.2
25170	RESECCION RADICAL DE TÚMOR, RADIO O CUBITO	14.4
25248	EXPLORACION CON EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO, ANTEBRAZO O MUÑECA	18.4
25260	CORRECCION, TENDON O MÚSCULO, FLEXOR, ANTEBRAZO Y/O MUÑECA; PRIMARIO, UNO SOLO, CADA TENDON O MUSCULO	16.0
25270	CORRECCIÓN, TENDON O MUSCULO, EXTENSOR, ANTEBRAZO Y/O MUÑECA; PRIMARIO, UNO SOLO, CADA TENDON O MUSCULO	14.4
25274	CORRECCION, TENDON O MUSCULO, EXTENSOR, SECUNDARIO, CON INJERTO TENDINOSO (INCLUYE OBTENCION DEL INJERTO), ANTEBRAZO Y/O MUÑECA, CADA TENDON O MUSCULO	14.4
25290	TENOTOMIA, ABIERTA, TENDON FLEXOR O EXTENSOR, ANTEBRAZO Y/O MUÑECA, UNA SOLA, CADA TENDON	17.6
25295	TENOLISIS, TENDON FLEXOR O EXTENSOR, ANTEBRAZO Y/O MUÑECA, UNA SOLA, CADA TENDON	15.2
25300	ENODESIS A NIVEL DE LA MUÑECA; EXTENSORES DE LOS DEDOS	14.4
25301	TENODESIS A NIVEL DE LA MUÑECA; EXTENSORES DE LOS DEDOS	14.4
25310	TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDON, FLEXOR O EXTENSOR, ANTEBRAZO Y/O MUÑECA, UNO SOLO; CADA TENDON	20.0
25312	TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDON, FLEXOR O EXTENSOR, ANTEBRAZO Y/O MUÑECA; CON INJERTOS TENDINOSOS (INCLUYE OBTENCION DEL INJERTO), CADA TENDON	24.0
25320	CAPSULORRAFIA O RECONSTRUCCION, MUÑECA CUALQUIER METODO (P. EJ., CAPSULODESIS, CORRECCION DE LIGAMENTO, TRANSFERENCIA TENDON O INJERTO) (INCLUYE SINOVECTOMIA, CAPSULOTOMIA Y REDUCCION ABIERTA) POR INESTABILIDAD CARPAL	25.6

ANTEBRAZO Y MUÑECA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
25332	ARTROPLASTIA, MUÑECA, CON O SIN INTERPOSICION CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	28.0
25350	OSTEOTOMIA, RADIO; TERCIO DISTAL	24.0
25355	OSTEOTOMIA, RADIO; TERCIO MEDIO O PROXIMAL	24.8
25360	OSTEOTOMIA, CUBITO	20.0
25365	OSTEOTOMIA; RADIO Y CUBITO	24.0
25441	ARTROPLASTIA CON REEMPLAZO PROTESICO; RADIO DISTAL	29.6
25505	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE DIAFISIS DEL RADIO; CON MANIPULACION	8.8
25515	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE DIAFISIS DEL RADIO, CON O SIN FIJACION INTERNA O EXTERNA	20.0
25520	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE DIAFISIS DEL RADIO, CON DISLOCACIÓN DE LA ARTICULACIÓN RADIO-CUBITAL DISTAL (FRACTURA/ DISLOCACIÓN DE GALEAZZI)	9.6
25535	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE DIAFISIS DEL CUBITO; CON MANIPULACIÓN	8.8
25545	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO, CON O SIN FIJACION INTERNA O EXTERNA	21.6
25565	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURAS DE LAS DIAFISIS DEL RADIO Y CUBITO; CON MANIPULACIÓN	11.2
25574	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURAS DE LAS DIÁFISIS DEL RADIO Y CÚBITO, CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA; DE RADIO O CÚBITO	24.1
25605	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DISTAL DEL, CON O SIN FRACTURA DE LA APÓFISIS ESTILOIDES CUBITAL; CON MANIPULACIÓN	11.2
25611	FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA DE FRACTURA DISTAL DEL RADIO (P. EJ., FRACTURA DE COLLES O SMITH) O SEPARACIÓN EPIFISARIA, CON O SIN FRACTURA DE APÓFISIS ESTILOIDES CUBITAL, QUE REQUIERE MANIPULACIÓN, CON O SIN FIJACIÓN EXTERNA	11.2
25620	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DISTAL DEL RADIO (P. EJ., FRACTURA DE COLLES O SMITH) O SEPARACIÓN EPIFISARIA, CON O SIN FRACTURA DE APOFISIS ESTILOIDES CUBITAL, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	26.4



ANTEBRAZO Y MUÑECA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
25624	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA ESCAFOIDE CARPEANO (NAVICULAR); CON MANIPULACIÓN	8.0
25628	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE ESCAFOIDE CARPEANO (NAVICULAR), CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	12.8
25630	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE HUESO CARPIANO (EXCLUYENDO EL ESCAFOIDE CARPIANO (NAVICULAR)); SIN MANIPULACIÓN, CADA HUESO	8.0
25645	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE HUESO CARPAL (EXCLUYENDO ESCAFOIDE CARPAL (NAVICULAR)), CADA HUESO	9.6
25660	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN RADIOCARPAL O INTERCARPAL, UNO O MAS HUESOS, CON MANIPULACIÓN	8.0
25670	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN RADIOCARPAL O INTERCARPAL, UNO O MÁS HUESOS	11.2
25675	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL, CON MANIPULACIÓN	8.0
25676	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL, AGUDA O CRONICA	17.6
25680	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN POR FRACTURA DE TIPO TRANSESCAFOIDEA PERISEMILUNAR, CON MANIPULACIÓN	8.0
25685	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN POR FRACTURA DE TIPO TRANSESCAFOIDEA PERISEMILUNAR	17.6
25690	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN DEL SEMILUNAR, CON MANIPULACIÓN	8.0
25695	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN DEL SEMILUNAR	17.6
25800	ARTRODESIS, MUÑECA, COMPLETA, SIN INJERTO ÓSEO (INCLUYE ARTICULACIONES RADIOCARPAL E INTERCARPAL, O CARPOMETACARPIANA)	24.8
25810	ARTRODESIS, MUÑECA; CON INJERTO AUTOLOGO DE HUESO ILIACO U OTRO (INCLUYE OBTENCIÓN DEL INJERTO)	22.4
25830	ARTRODESIS, ARTICULACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL, CON RESECCIÓN SEGMENTARIA DE CÚBITO, CON O SIN INJERTO ÓSEO (P. EJ., PROCEDIMIENTO DE SAUVE-KAPANDJI)	24.0

ANTEBRAZO Y MUÑECA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
25900	AMPUTACIÓN, ANTEBRAZO, A TRAVÉS DE RADIO Y CUBITO	22.4
25920	DESARTICULACIÓN A TRAVÉS DE LA MUÑECA	20.0
25927	AMPUTACIÓN TRANSMETACARPAL	16.0
MANOS Y DEDOS DE LA MANO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
26037	FASCIOTOMÍA DESCOMPRESIVA, MANO	16.0
26040	FASCIOTOMÍA, PALMAR (P. EJ., CONTRACTURA DE DUPUYTREN); PERCUTANEA	16.0
26045	FASCIOTOMÍA, PALMAR; ABIERTA, PARCIAL	16.0
26055	INCISIÓN DE VAINA TENDINOSA (P. EJ., PARA DEDO EN GATILLO)	10.4
26070	ARTROTOMÍA, CON EXPLORACION, DRENAJE, O EXTIRPACION DE CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRAÑO; ARTICULACIÓN CARPOMETACARPIANA	16.0
26075	ARTROTOMÍA, CON EXPLORACIÓN, DRENAJE DE CUERPO SUELTO O CUERPO EXTRAÑO; ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA, CADA UNA	12.8
26080	ARTROTOMÍA, CON EXPLORACIÓN, DRENAJE O EXTIRPACIÓN DE CUERPO SUELTO O CUERPO EXTRAÑO; ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA, CADA UNA	12.8
26100	ARTROTOMIA CON BIOPSIA; ARTICULACIÓN CARPOMETACARPIANA, CADA UNA	10.4
26115	ESCISIÓN, TUMOR O MALFORMACIÓN VASCULAR, MANO O DEDO; SUBCUTÁNEO	8.8
26116	ESCISION, TUMOR O MALFORMACIÓN VASCULAR, MANO O DEDO; PROFUNDO, SUBFACIAL, INTRAMUSCULAR	9.6
26117	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR (P. EJ., NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE MANO O DEDO	20.0
26121	FASCIECTOMÍA, SOLAMENTE DE LA PALMA, CON O SIN Z-PLASTIA, OTRA REORGANIZACIÓN DE TEJIDO LOCAL O INJERTO CUTÁNEO (INCLUYE OBTENCIÓN DEL INJERTO)	20.0

MANOS Y DEDOS DE LA MANO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
26123	FASCIECTOMÍA, PALMAR PARCIAL CON LIBERACIÓN DE UN ÚNICO DEDO INCLUYENDO LA ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL, CON O SIN Z-PLASTIA. OTRA REORGANIZACIÓN DE TEJIDO LOCAL, O INJERTO CUTANEO (INCLUYE OBTENCIÓN DEL INJERTO)	20.0
26130	SINOVECTOMÍA, ARTICULACIÓN CARPOMETACARPIANA	16.8
26135	SINOVECTOMÍA, ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA INCLUYENDO LIBERACIÓN INTRINSECAS RECONSTRUCCIÓN DE LA CAPERUZA DEL EXTENSOR, CADA DÍGITO	22.4
26140	SINOVECTOMÍA, ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL, INCLUYENDO RECONSTRUCCIÓN DEL EXTENSOR, CADA ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA	16.8
26145	SINOVECTOMÍA, VAINA TENDINOSA, RADICAL (TENOSINOMECTOMÍA), TENDÓN FLEXOR, PALMA Y/O DEDO, CADA TENDÓN	24.0
26160	ESCISIÓN DE LESIÓN DE VAINA TENDINOSA O CÁPSULA (P. EJ., QUISTE, QUISTE MUCOSO, O GANGLIÓN), MANO O DEDO	8.0
26170	ESCISIÓN DE TENDÓN, PALMA, FLEXOR, UNA SOLA (PROCEDIMIENTO SEPARADO), CADA UNO	8.0
26180	ESCISIÓN DE TENDÓN, DEDO, FLEXOR (PROCEDIMIENTO SEPARADO), CADA TENDÓN	8.8
26250	RESECCIÓN RADICAL, METACARPO (P. E., TUMOR)	16.0
26260	RESECCIÓN RADICAL, FALANGE PROXIMAL O MEDIAL DEL DEDO (P. EJ., TUMOR)	8.8
26262	RESECCIÓN RADICAL, FALANGE DISTAL DEL DEDO (P. EJ., TUMOR)	8.8
26410	CORRECCIÓN DE TENDÓN EXTENSOR, MANO, PRIMARIA O SECUNDARIA; SIN INJERTO LIBRE, CADA TENDÓN	10.4
26433	CORRECCIÓN DE TENDÓN EXTENSOR, INSERCIÓN DISTAL PRIMARIA O SECUNDARIA; SIN INJERTO (P. EJ., DEDO EN MARTILLO)	12.0
26440	TENOLISIS, TENDÓN FLEXOR; PALMA O DEDO, UNA SOLA; CADA TENDÓN	12.0
26445	TENOLISIS, TENDÓN EXTENSOR, MANO O DEDO; CADA TENDÓN	12.0
26450	TENOTOMÍA, FLEXOR, PALMA, ABIERTA, CADA TENDÓN	11.2
26455	TENOTOMÍA, FLEXOR, DEDO, ABIERTA, CADA TENDÓN	11.2

MANOS Y DEDOS DE LA MANO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
26460	TENOTOMÍA, EXTENSOR, MANO O DEDO, ABIERTA; CADA TENDÓN	12.0
26497	TRANSFERENCIA DE TENDÓN PARA RESTABLECER FUNCIÓN INTRÍNSECA; DEDO ANULAR Y MEÑIQUE	20.0
26498	TRANSFERENCIA DE TENDÓN PARA RESTABLECER FUNCIÓN INTRÍNSECA; TODOS LOS DEDOS (EXCEPTO PULGAR)	24.0
26525	CAPSULECTOMÍA O CAPSULOTOMÍA; ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA, CADA ARTICULACIÓN	10.4
26530	ARTROPLASTIA, ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA, CADA ARTICULACIÓN	25.6
26535	ARTROPLASTÍA DE ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA; CADA ARTICULACIÓN	25.6
26546	CORRECCIÓN DE FALTA DE UNIÓN, METACARPIANA O FALÁNGICA, (INCLUYE OBTENCIÓN DEL INJERTO CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA)	16.0
26550	PULGARIZACIÓN DE UN DÍGITO	28.0
26560	CORRECCIÓN DE SINDACTILIA (DEDOS EN MEMBRANA), CADA ESPACIO INTERDIGITAL; CON COLGAJOS CUTÁNEOS	24.0
26565	OSTEOTOMÍA METACARPIANA; CADA UNA	18.4
26587	RECONSTRUCCIÓN DE DÍGITO SUPERNUMERARIO, TEJIDO BLANDO Y HUESO	16.0
26597	LIBERACIÓN DE CONTRACTURA CICATRIZAL, FLEXOR O EXTENSOR, CON INJERTOS CUTÁNEOS, COLGAJOS DE REORGANIZACIÓN, O Z-PLASTIA MANO Y/O DEDO	18.4
26605	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA METACARPIANA, UNA SOLA; CON MANIPULACIÓN, CADA HUESO	6.4
26608	FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA DE FRACTURA METACARPIANA, CADA HUESO	12.0
26615	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA METACARPIANA, UNA SOLA, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA, CADA HUESO	16.8
26645	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN POR FRACTURA CARPOMETACARPIANA, DEDO PULGAR (FRACTURA DE BENNETT), CON MANIPULACIÓN	7.2

MANOS Y DEDOS DE LA MANO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
26650	FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA DE DISLOCACIÓN POR FRACTURA CARPOMETACARPIANA, DEDO PULGAR (FRACTURA DE BENNETT), CON MANIPULACIÓN; CON O SIN FIJACIÓN EXTERNA	8.0
26665	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN POR FRACTURA CARPOMETACARPIANA, DEDO PULGAR (FRACTURA DE BENNETT), CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	19.2
26670	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN POR FRACTURA CARPOMETACARPIANA, QUE NO SEA DEDO PULGAR (FRACTURA DE BENNETT), UNA SOLA, CON MANIPULACIÓN; SIN ANESTESIA	9.6
26676	FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA DE DISLOCACIÓN CARPOMETACARPIANA, QUE NO SEA DEDO PULGAR (FRACTURA DE BENNETT), UNA SOLA, CON MANIPULACIÓN	9.6
26685	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN CARPOMETACARPIANA, QUE NO SEA DEDO PULGAR (FRACTURA DE BENNETT); UNA SOLA, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	19.2
26700	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACION METACARPOFALÁNGICA. UNA SOLA, CON MANIPULACIÓN; SIN ANESTESIA	8.8
26706	FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA DE DISLOCACIÓN METACARPOFALÁNGICA, UNA SOLA, CON MANIPULACIÓN	8.8
26715	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN METACARPOFALÁNGICA, UNA SOLA, CON O SIN FIJACION INTERNA O EXTERNA	14.4
26725	TRATAMIENTO CERRADO DE DIÁFISIS DE FALANGE, PROXIMAL O MEDIA, DEDO O PULGAR; CON MANIPULACIÓN, CON O SIN TRACCIÓN DE PIEL O ESQUELÉTICA, CADA UNA	5.6
26735	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE DIÁFISIS DE FALANGE PROXIMAL O MEDIA, DEDO O PULGAR, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA, CADA UNA	9.6
26746	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA ARTICULAR, CON COMPROMISO DE ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA; CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA, CADA UNA	14.4

MANOS Y DEDOS DE LA MANO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
26755	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE FALANGE DISTAL, DEDO O PULGAR; CON MANIPULACIÓN, CADA UNA	4.8
26770	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN DE ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA, UNA SOLA, CON MANIPULACIÓN; SIN ANESTESIA	4.0
26785	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN DE ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA, UNA SOLA	8.8
26841	ARTRODESIS, ARTICULACIÓN CARPOMETACARPIANA, PULGAR, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA	22.4
26843	ARTRODESIS, ARTICULACIÓN CARPOMETACARPIANA, DÍGITOS, QUE NO SEA EL PULGAR	16.0
26850	ARTRODESIS, ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA	12.8
26860	ARTRODESIS, ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA	12.0
26951	AMPUTACIÓN, DEDO O PULGAR, PRIMARIA O SECUNDARIA, CUALQUIER ARTICULACIÓN O FALANGE, UNA SOLA, INCLUYENDO NEURECTOMÍAS; CON CIERRE DIRECTO	12.0

PELVIS Y ARTICULACIÓN DE LA CADERA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
26990	INCISIÓN Y DRENAJE, PELVIS O REGIÓN DE ARTICULACIÓN DE LA CADERA; ABSCESO PROFUNDO O HEMATOMA	8.0
26991	INCISIÓN Y DRENAJE, PELVIS O REGION DE LA ARTICULACIÓN DE LA CADERA; BOLSA SINOVIAL INFECTADA	8.0
27001	TENOTOMÍA, ADUCTOR DE LA CADERA, ABIERTO	9.6
27003	TENOTOMIA, ADUCTOR, SUBCUTÁNEO, ABIERTA, CON NEURECTOMÍA DEL OBTURADOR	17.6
27005	TENOTOMÍA, FLEXORES DE LA CADERA, ABIERTA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	14.4
27006	TENOTOMÍA, ABDUCTORES Y/O EXTENSORES DE LA CADERA, ABIERTA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	17.6
27025	FASCIOTOMÍA, CADERA O MUSLO, DE CUALQUIER TIPO	19.2
27030	ARTROTOMIA, CADERA, CON DRENAJE (P.EJ., INFECCIÓN)	22.4

PELVIS Y ARTICULACIÓN DE LA CADERA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
27033	ARTROTOMÍA, CADERA, INCLUYENDO EXPLORACIÓN O EXTIRPACIÓN DE CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRAÑO	22.4
27048	ESCISIÓN, TUMOR, PELVIS Y REGIÓN DE LA CADERA; PROFUNDO, SUBFACIAL, INTRAMUSCULAR	24.0
27049	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR, TEJIDO BLANDO DE PELVIS Y REGION DE LA CADERA (P.EJ., NEOPLASIA MALIGNA)	25.6
27050	ARTROTOMÍA, CON BIOPSIA; ARTICULACIÓN SACROILIACA	22.4
27052	ARTROTOMÍA, CON BIOPSIA; ARTICULACIÓN DE LA CADERA	22.4
27054	ARTROTOMÍA CON SINOVECTOMIA, ARTICULACIÓN DE LA CADERA	23.2
27075	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR O INFECCIÓN; ALA DEL ILION, UNA RAMA DEL ISQUIÓN O DEL PUBIS, O SÍNFISIS DEL PUBIS	24.0
27080	COXIGECTOMÍA, PRIMARIA	14.4
27090	REMOCIÓN DE PROTESIS DE CADERA; (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	40.0
27097	LIBERACIÓN O RESECCIÓN, TENDONES DE LA CORVA, PROXIMAL	32.0
27098	TRANSFERENCIA, DE ADUCTOR AL ISQUIÓN	27.2
27100	TRANSFERENCIA DEL MÚSCULO OBLICUO EXTERNO DEL ABDOMEN AL TROCANTER MAYOR INCLUYENDO EXTENSIÓN FASCIAL O DE TENDON (INJERTO)	34.4
27120	ACETABULOPLASTIA; (P. EJ., WHITMAN, COLONNA, HAYGROVES. O EN COPA)	57.6
27122	ACETABULOPLASTÍA; RESECCIÓN DE CABEZA DEL FÉMUR (P. EJ., PROCEDIMIENTO DE GIRDLESTONE)	61.6
27125	HEMIARTROPLASTÍA, CADERA, PARCIAL (P.EJ., TALLO FEMORAL PROTÉSICO, ARTROPLASTIA BIPOLAR)	53.6
27130	ARTROPLASTÍA, REEMPLAZO PROTÉSICO ACETABULAR Y FEMORAL PROXIMAL (REEMPLAZO TOTAL DE CADERA), CON O SIN INJERTO AUTÓLOGO O ALOINJERTO	68.0
27179	TRATAMIENTO ABIERTO DEL DESLIZAMIENTO DE LA EPIFISIS FEMORAL; OSTEOPLASTÍA DEL CUELLO FEMORAL (PROCEDIMIENTO DE HEYMAN)	40.0
27181	TRATAMIENTO ABIERTO DEL DESLIZAMIENTO DE LA EPÍFISIS FEMORAL; OSTEOTOMIA Y FIJACION INTERNA	41.6

PELVIS Y ARTICULACIÓN DE LA CADERA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
27194	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DEL ANILLO PELVIANO, DISLOCACIÓN, DIÁSTASIS O SUBLUXACIÓN; CON MANIPULACIÓN, QUE REQUIERE MÁS QUE ANESTESIA LOCAL	15.2
27202	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA COXIGEA	26.4
27215	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURAS DE ESPINAS ILIACAS, AVULSIVA DE LA TUBEROSIDAD, O DE LA CRESTA ILIACA (P. EJ., FRACTURAS PELVICAS QUE NO COMPROMETEN EL ANILLO PELVIANO), CON FIJACIÓN INTERNA	43.2
27216	FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTANEA DE FRACTURA Y/O DISLOCACIÓN DEL ANILLO PELVIANO POSTERIOR (INCLUYE ILION, ARTICULACIÓN SACROILIACA Y SACRO)	41.6
27217	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA Y/O DISLOCACIÓN DEL ANILLO PELVIANO ANTERIOR CON FIJACIÓN INTERNA (INCLUYE SINFISIS Y RAMAS DEL PUBIS)	36.0
27227	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURAS ACETABULARES QUE COMPROMETEN LA COLUMNA ANTERIOR O POSTERIOR (UNA O LA OTRA), O UNA FRACTURA DE TRAYECTO TRANSVERSAL A TRAVES DEL ACETABULO, CON FIJACIÓN INTERNA	68.0
27232	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA FEMORAL, EXTREMO PROXIMAL, CUELLO; CON MANIPULACIÓN, CON O SIN TRACCIÓN ESQUELÉTICA	28.0
27235	FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA DE FRACTURA FEMORAL, EXTREMO PROXIMAL, CUELLO, FRACTURA NO DESPLAZADA, CON DESPLAZAMIENTO MODERADO, O IMPACTADA	32.0
27236	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA FEMORAL, EXTREMO PROXIMAL, CUELLO, FIJACIÓN INTERNA O REEMPLAZO PROTÉSICO	37.6
27240	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA FEMORAL PERTROCANTÉRICA O SUBTROCANTÉRICA; CON MANIPULACIÓN, CON O SIN TRACCIÓN DE PIEL O TRACCION ESQUELÉTICA	28.0
27244	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA FEMORAL INTERTROCANTÉRICA, PERTROCANTÉRICA, O SUBTROCANTÉRICA; CON IMPLANTE DEL TIPO PLACA/TORNILLO, CON O SIN CERCLAJE	36.0

PELVIS Y ARTICULACIÓN DE LA CADERA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
27245	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA FEMORAL INTERTROCANTÉRICA, PERTROCANTÉRICA O SUBTROCANTÉRICA; CON IMPLANTE INTRAMEDULAR, CON O SIN TORNILLOS FIJADORES Y/O CERCLAJE	40.0
27248	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DEL TROCANTER MAYOR, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	32.0
27252	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN DE LA CADERA, TRAUMÁTICA; CADERA CON ANESTESIA	17.6
27253	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN DE LA CADERA, TRAUMÁTICA, SIN FIJACIÓN INTERNA	28.0
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	36.0
27284	ARTRODESIS, ARTICULACIÓN DE LA CADERA (INCLUYENDO OBTENCIÓN DEL INJERTO)	56.0
27286	ARTRODESIS, ARTICULACIÓN DE LA CADERA (INCLUYENDO LA OBTENCIÓN DE INJERTO); CON OSTEOTOMÍA SUBTROCANTÉRICA	56.0
27290	AMPUTACIÓN INTERPELVIABDOMINAL (AMPUTACIÓN DE CUARTO TRASERO)	28.0

FÉMUR (REGIÓN DEL MUSLO) Y ARTICULACIÓN DE LA RODILLA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
27303	INCISIÓN, PROFUNDA, CON APERTURA DE HUESO CORTICAL, FÉMUR O RODILLA (P. EJ., OSTEOMIELITIS O ABSCESEO OSEO)	17.6
27305	FASCIOTOMÍA, ILIOTIBIAL (TENOTOMÍA), ABIERTA	16.8
27310	ARTROTOMÍA, RODILLA, CON EXPLORACIÓN, DRENAJE O EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO (P.EJ., INFECCIÓN)	21.6
27315	NEURECTOMÍA, MÚSCULO DE LA CORVA	19.2
27320	NEURECTOMÍA, POPLITEA (MÚSCULOS GEMELOS)	19.2
27328	ESCISIÓN, TUMOR, REGIÓN DEL MUSLO O LA RODILLA; PROFUNDA, SUBFACIAL, O INTRAMUSCULAR	20.0
27329	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR (P.EJ., NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO O REGIÓN DEL MUSLO O LA RODILLA	25.6
27330	ARTROTOMÍA, RODILLA; CON BIOPSIA SINOVIOL SOLAMENTE	21.6

FÉMUR (REGIÓN DEL MUSLO) Y ARTICULACIÓN DE LA RODILLA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
27332	ARTROTOMÍA, CON ESCISIÓN DE CARTÍLAGO SEMILUNAR (MENISCECTOMÍA), RODILLA; MEDIAL O LATERAL	36.0
27333	ARTROTOMÍA, CON ESCISIÓN DE CARTÍLAGO SEMILUNAR, RODILLA; MEDIAL Y LATERAL	36.0
27334	ARTROTOMÍA, CON SINOVECTOMÍA, RODILLA; ANTERIOR O POSTERIOR	29.6
27340	ESCISIÓN, BOLSA SINOVIOL PRERROTULIANA	24.0
27345	ESCISIÓN DE QUISTE SINOVIOL DEL ESPACIO POPLITEO (P. EJ., QUISTE DE BAKER)	20.0
27350	ROTULECTOMÍA O HEMIROTULECTOMÍA	36.0
27355	ESCISIÓN O LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO DE FÉMUR	9.6
27380	SUTURA DE TENDÓN INFRARROTULIANO; PRIMARIA	16.8
27385	SUTURA DE RUPTURA DEL MÚSCULO CUADRICEPS O DE UNIDAD MUSCULOTENDINOSA DE LA CORVA; PRIMARIA	16.8
27400	TRASLADO, TENDÓN O MÚSCULO, DE LA CORVA AL FÉMUR (P. EJ., PROCEDIMIENTO TIPO EGGERS)	21.6
27405	CORRECCIÓN, PRIMARIA, LIGAMENTO Y/O CÁPSULA DESGARRADOS, RODILLA; COLATERAL	28.0
27407	CORRECCIÓN, PRIMARIA, LIGAMENTO Y/O CÁPSULA DESGARRADO; CRUZADO	29.6
27409	CORRECCIÓN, PRIMARIA, LIGAMENTO Y/O CÁPSULA DESGARRADOS; LIGAMENTOS COLATERAL Y CRUZADO	29.6
27420	RECONSTRUCCIÓN DE DISLOCACIÓN DE LA RÓTULA; (P. EJ., PROCEDIMIENTO TIPO HAUSER)	29.6
27427	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS (AUMENTO), RODILLA, EXTRAARTICULAR	42.4
27428	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS (AUMENTO), RODILLA; INTRAARTICULAR (ABIERTA)	42.4
27429	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS (AUMENTO), RODILLA; INTRAARTICULAR (ABIERTA) Y EXTRAARTICULAR	42.4
27430	CUADRICEPLASTÍA (P. EJ., PROCEDIMIENTO TIPO BENNETT O THOMPSON)	25.6

FÉMUR (REGIÓN DEL MUSLO) Y ARTICULACIÓN DE LA RODILLA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
27435	CAPSULOTOMÍA, LIBERACIÓN DE LA CÁPSULA POSTERIOR, RODILLA	20.0
27437	ARTROPLASTÍA, ROTULA; SIN PRÓTESIS	44.0
27442	ARTROPLASTÍA, CONDILOS FEMORALES O MESETAS TIBIALES, RODILLA	40.0
27445	ARTROPLASTÍA, RODILLA, PROTESIS CON BISAGRAS (P. EJ., TIPO WALLDIUS)	46.8
27448	OSTEOTOMÍA, FÉMUR, DIÁFISIS O SUPRACONDILEA; SIN FIJACIÓN	20.0
27450	OSTEOTOMÍA, FÉMUR, DIÁFISIS O SUPRACONDILEA; CON FIJACIÓN	29.6
27502	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE LA DIÁFISIS FEMORAL, CON MANIPULACIÓN, CON O SIN TRACCIÓN DE PIEL O ESQUELÉTICA	17.6
27503	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA FEMORAL SUPRACONDILAR O TRANSCONDILAR CON O SIN EXTENSIÓN INTERCONDILAR, CON MANIPULACIÓN. CON O SIN TRACCIÓN DE PIEL O ESQUELÉTICA	18.4
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	32.0
27510	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA FEMORAL, EXTREMO DISTAL, CONDILO MEDIAL O LATERAL, CON MANIPULACIÓN	17.6
27511	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA FEMORAL SUPRACONDILAR O TRANSCONDILAR SIN EXTENSIÓN INTERCONDILAR, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	36.0
27513	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA FEMORAL SUPRACONDILAR O TRANSCONDILAR CON EXTENSIÓN INTERCONDILAR, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	36.0
27514	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA FEMORAL, EXTREMO DISTAL, CONDILO MEDIAL O LATERAL, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	36.0
27517	TRATAMIENTO CERRADO DE SEPARACIÓN EPIFISARIA FEMORAL DISTAL; CON MANIPULACIÓN, CON O SIN TRACCIÓN DE PIEL O ESQUELÉTICA	16.0

FÉMUR (REGIÓN DEL MUSLO) Y ARTICULACIÓN DE LA RODILLA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
27519	TRATAMIENTO ABIERTO DE SEPARACIÓN EPIFISARIA FEMORAL DISTAL, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	25.6
27520	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA ROTULIANA, SIN MANIPULACIÓN	8.8
27524	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA ROTULIANA, CON FIJACIÓN INTERNA Y/O ROTULECTOMÍA PARCIAL O COMPLETA Y CORRECCIÓN DE TEJIDO BLANDO	29.6
27532	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA TIBIAL, PROXIMAL (MESETA); CON O SIN MANIPULACIÓN, CON TRACCIÓN ESQUELÉTICA	10.4
27535	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA TIBIAL, PROXIMAL (MESETA); UNICONDILAR, CON O FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	24.0
27538	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE ESPINAS INTERCONDILOIDAS Y/O DE FRACTURAS TUBEROSITARIAS DE LA RODILLA, CON O SIN MANIPULACIÓN	8.0
27540	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE ESPINAS INTERCONDILOIDAS Y/O DE FRACTURAS TUBEROSITARIAS DE LA RODILLA, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	24.8
27552	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN DE RODILLA; CON ANESTESIA	14.4
27556	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN ROTULIANA, CON O SIN ROTULECTOMÍA PARCIAL O TOTAL	25.6
27557	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN DE RODILLA, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA; CON CORRECCIÓN PRIMARIA DE LIGAMENTO	25.6
27562	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN ROTULIANA; CON ANESTESIA	11.2
27566	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN ROTULIANA CON O SIN ROTULECTOMÍA PARCIAL O TOTAL	25.6
27580	ARTRODESIS, RODILLA, CUALQUIER TÉCNICA	31.2
27590	AMPUTACIÓN, MUSLO, A TRAVÉS DEL FÉMUR, CUALQUIER NIVEL	28.0
27598	DESARTICULACIÓN A NIVEL DE LA RODILLA	25.6

PIERNA (TIBIA Y PERONE) Y ARTICULACIÓN DEL TOBILLO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
27600	FASCIOTOMÍA DESCOMPRESIVA, PIERNA; COMPARTIMIENTOS ANTERIORES Y/O LATERALES SOLAMENTE	12.0
27604	INCISIÓN Y DRENAJE, PIERNA O TOBILLO; BOLSA SINOVIAL INFECTADA	7.2
27605	TENOTOMIA, PERCUTANEA, TENDON DE AQUILES (PROCEDIMIENTO SEPARADO); ANESTESIA LOCAL	8.0
27607	INCISIÓN, (P. EJ., OSTEOMIELITIS O ABSCESO OSEO), PIERNA O TOBILLO	9.6
27610	ARTROTOMÍA, TOBILLO, INCLUYENDO EXPLORACIÓN DRENAJE, O EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	13.6
27614	BIOPSIA, TEJIDO BLANDO DE PIERNA O REGIÓN DE TOBILLO; PROFUNDO (SUBFACIAL O INTRAMUSCULAR)	12.0
27615	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR (P. EJ., NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE PIERNA O REGIÓN DE TOBILLO	18.4
27619	ESCISIÓN, TUMOR, PIERNA O REGIÓN TOBILLO; PROFUNDO (SUBFACIAL O INTRAMUSCULAR)	9.6
27625	ARTROTOMÍA CON SINOVECTOMIA, TOBILLO	15.2
27630	ESCISIÓN DE LESIÓN DE VAINA TENDINOSA O CÁPSULA (P. EJ., QUISTE O GANGLIO), PIERNA Y/O TOBILLO	14.4
27635	ESCISIÓN O LEGRADO DE QUISTE ÓSEO O TUMOR BENIGNO; TIBIA O PERONE	12.0
27645	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR, HUESO; TIBIA	32.0
27646	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR, HUESO; PERONE	28.0
27650	CORRECCIÓN PRIMARIA, ABIERTA O PERCUTÁNEA, RUPTURA DEL TENDÓN DE AQUILES	32.8
27658	CORRECCIÓN, TENDÓN FLEXOR, PIERNA; PRIMARIA, SIN INJERTO, CADA TENDÓN	28.0
27664	CORRECCIÓN, TENDÓN EXTENSOR, PIERNA; PRIMARIA, SIN INJERTO, CADA TENDÓN	28.0
27685	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DE TENDÓN, PIERNA O TOBILLO; UN SOLO TENDÓN (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	20.0
27695	CORRECCIÓN, PRIMARIA, LIGAMENTO LESIONADO, TOBILLO; COLATERAL	20.0
27700	ARTROPLASTIA, TOBILLO	44.0
27705	OSTEOTOMÍA; TIBIA	24.0

PIERNA (TIBIA Y PERONE) Y ARTICULACIÓN DEL TOBILLO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
27707	OSTEOTOMÍA; PERONE	24.0
27709	OSTEOTOMÍA; TIBIA Y PERONE	34.0
27724	CORRECCIÓN DE FALTA DE UNIÓN O UNIÓN DEFECTUOSA, TIBIA; CON INJERTO AUTÓLOGO ILIACO U OTRO (INCLUYE OBTENCIÓN DEL INJERTO)	44.0
27752	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE LA DIÁFISIS TIBIAL; CON MANIPULACIÓN, CON O SIN TRACCIÓN ESQUELÉTICA	16.0
27756	FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA DE FRACTURA DE LA DIÁFISIS TIBIAL (CON O SIN FRACTURA DEL PERONÉ) (P. EJ., CLAVIJAS O TORNILLOS)	24.0
27758	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE LA DIÁFISIS TIBIAL, (CON O SIN FRACTURA DEL PERONÉ) CON PLACA/TORNILLOS, CON O SIN CERCLAJE	24.0
27762	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE MALEOLO MEDIAL; CON MANIPULACIÓN, CON O SIN TRACCIÓN DE PIEL O ESQUELÉTICA	13.6
27766	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE MALEOLO MEDIAL, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	28.0
27781	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE PERONÉ PROXIMAL, O DIÁFISIS DEL PERONÉ; CON MANIPULACIÓN	16.0
27784	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE PERONÉ PROXIMAL, O DIÁFISIS DEL PERONÉ, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	24.8
27788	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DEL PERONÉ DISTAL (MALEOLO LATERAL); CON MANIPULACIÓN	12.0
27792	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DEL PERONÉ DISTAL (MALEOLO LATERAL), CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	28.0
27808	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA BIMALEOLAR DEL TOBILLO, (INCLUYENDO FRACTURA DE POTT); SIN MANIPULACIÓN	12.0
27810	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA BIMALEOLAR DEL TOBILLO, (INCLUYENDO FRACTURA DE POTT); CON MANIPULACIÓN	12.8
27814	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA BIMALEOLAR DEL TOBILLO, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	28.0

PIERNA (TIBIA Y PERONE) Y ARTICULACIÓN DEL TOBILLO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
27825	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE LA PORCIÓN ARTICULAR DE LA TIBIA DISTAL QUE SOPORTA CARGA AXIL, CON O SIN ANESTESIA; CON TRACCIÓN ESQUELETICA Y/O CON REQUERIMIENTO DE MANIPULACIÓN	12.0
27826	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE LA PORCIÓN DE LA SUPERFICIE ARTICULAR DE LA TIBIA DISTAL QUE SOPORTA CARGA AXIL (P. EJ., PILON Y PLAFON TIBIAL), CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA; SOLO DE PERONÉ	28.0
27831	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TIBIOPERONEA PROXIMAL; CON ANESTESIA	8.0
27832	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN DE ARTICULACIÓN TIBIOPERONEA PROXIMAL, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA, O CON ESCISIÓN DE PERONÉ PROXIMAL	28.0
27842	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACIÓN DEL TOBILLO; CON ANESTESIA, CON O SIN FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA	8.0
27848	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN DE TOBILLO CON O SIN FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA; CON CORRECCIÓN O FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	28.0
27870	ARTRODESIS, TOBILLO, CUALQUIER MÉTODO	29.6
27871	ARTRODESIS, ARTICULACIÓN TIBIOPERONEA, PROXIMAL O DISTAL	29.6
27880	AMPUTACIÓN, PIERNA, A NIVEL DE TIBIA Y PERONE	26.4
27889	DESARTICULACIÓN DEL TOBILLO	25.6
27894	FASCIOTOMÍA DESCOMPRESIVA, PIERNA; COMPARTIMIENTOS ANTERIOR Y/O LATERAL, Y POSTERIOR, CON DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULOS Y/O NERVIOS DESVITALIZADOS	20.0
PIE Y DEDOS DEL PIE		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
28001	INCISIÓN Y DRENAJE, BOLSA SINOVIAL, PIE	4.0
28008	FASCIOTOMÍA, PIE Y/O DEDO DEL PIE	12.8
28010	TENOTOMÍA, PERCUTÁNEA, DEDO DEL PIE; UN SOLO TENDÓN	6.4
28011	TENOTOMÍA PERCUTÁNEA, DEDO DEL PIE; VARIOS TENDONES	9.6
28020	ARTROTOMÍA, INCLUYENDO EXPLORACIÓN, DRENAJE, O EXTIRPACIÓN DE CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRAÑO; ARTICULACIONES INTERTARSIANA O TARSOMETATARSIANA	12.0

PIE Y DEDOS DEL PIE		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
28022	ARTROTOMÍA, INCLUYENDO EXPLORACIÓN, DRENAJE O EXTIRPACIÓN DE CUERPO SUELTO O CUERPO EXTRAÑO; ARTICULACIÓN METATARSOFALÁNGICA	11.2
28024	ARTROTOMÍA INCLUYENDO EXPLORACIÓN, DRENAJE O EXTIRPACIÓN DE CUERPO SUELTO O EXTRAÑO; ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA	8.8
28030	NEURECTOMÍA, MUSCULATURA INTRÍNSECA DEL PIE	18.4
28035	LIBERACIÓN DE TÚNEL DEL TARSO (DESCOMPRESIÓN DEL NERVIOS TIBIAL POSTERIOR)	22.4
28045	ESCISIÓN, TUMOR, PIE; PROFUNDA, SUBFACIAL, INTRAMUSCULAR	11.2
28046	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR (P. EJ., NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DEL PIE	17.6
28050	ARTROTOMÍA CON BIOPSIA; ARTICULACIÓN INTERTARSIANA O TARSOMETATARSIANA	10.4
28052	ARTROTOMÍA CON BIOPSIA; ARTICULACIÓN METATARSOFALÁNGICA	12.0
28054	ARTROTOMÍA CON BIOPSIA; ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA	12.8
28060	FASCIECTOMÍA, FASCIA PLANTAR; PARCIAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	20.0
28070	SINOVECTOMÍA; ARTICULACIÓN INTERTARSIANA O TARSOMETATARSIANA, CADA UNA	15.2
28072	SINOVECTOMÍA; ARTICULACIÓN METATARSOFALÁNGICA, CADA UNA.	13.6
28080	ESCISIÓN, NEUROMA INTERDIGITAL (MORTÓN), UNO SOLO, CADA UNO	11.2
28086	SINOVECTOMÍA, VAINA TENDINOSA, PIE; FLEXOR	15.2
28088	SINOVECTOMÍA, VAINA TENDINOSA, PIE; EXTENSOR	15.2
28100	ESCISIÓN O LEGRADO DE QUISTE ÓSEO O TUMOR BENIGNO, ASTRÁGALO O CALCÁNEO	10.4
28104	ESCISIÓN O LEGRADO DE QUISTE ÓSEO O TUMOR BENIGNO, HUESOS TARSAL O METARSAL, EXCEPTO ASTRÁGALO O CALCÁNEO	8.8
28110	OSTECTOMÍA, ESCISIÓN PARCIAL, CABEZA DEL QUINTO METATARSIANO (BUNIONETE) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	9.6



PIE Y DEDOS DEL PIE		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
28112	OSTECTOMÍA, ESCISIÓN COMPLETA; OTRAS CABEZAS METATARSIANAS (SEGUNDA TERCERA O CUARTA)	9.6
28113	OSTECTOMÍA, ESCISIÓN COMPLETA; QUINTA CABEZA METATARSIANA	9.6
28119	OSTECTOMÍA, CALCÁNEO; POR ESPOLÓN DEL CALCÁNEO, CON O SIN LIBERACIÓN DE FASCIA PLANTAR	12.8
28130	TALECTOMÍA (ASTRAGALECTOMIA)	12.8
28140	METATARSECTOMÍA	13.6
28150	FALANGECTOMÍA, DEDO DEL PIE, CADA DEDO DEL PIE	8.0
28171	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR, HUESO; TARSIANO (EXCEPTO ASTRÁGALO O CALCÁNEO)	14.4
28173	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR, HUESO; METATARSIANO	12.8
28200	CORRECCIÓN, TENDÓN, FLEXOR, PIE; PRIMARIA O SECUNDARIA, SIN INJERTO LIBRE, CADA TENDÓN	13.6
28208	CORRECCIÓN, TENDÓN, EXTENSOR, PIE; PRIMARIA O SECUNDARIA, CADA TENDÓN	12.0
28220	TENOLISIS, FLEXOR, PIE; UN SOLO TENDÓN	9.6
28225	TENOLISIS, EXTENSOR, PIE; UN SOLO TENDÓN	7.2
28270	CAPSULOTOMÍA; ARTICULACIÓN METATARSOFALÁNGICA, CON O SIN TENORRAFIA, CADA ARTICULACIÓN (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	8.8
28290	CORRECCIÓN, HALLUX VALGUS (BUNIO), CON O SIN SESAMOIDECTOMÍA, EXOSTECTOMÍA SIMPLE (P. EJ., PROCEDIMIENTO TIPO SILVER)	16.0
28296	CORRECCIÓN, HALLUX VALGUS (BUNIO), CON O SIN SESAMOIDECTOMÍA; CON OSTEOTOMÍA METATARSIANA (PROCEDIMIENTOS TIPO MITCHELL, CHEVRÓN O CONCÉNTRICA)	25.6
28300	OSTEOTOMÍA; CALCÁNEO (P. EJ., PROCEDIMIENTO TIPO DWYER O CHAMBERS), CON O SIN FIJACIÓN INTERNA	19.2
28302	OSTEOTOMÍA; ASTRÁGALO	23.2
28344	RECONSTRUCCIÓN, DEDOS DEL PIE; POLIDACTILIA	16.8
28405	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE CALCÁNEO; CON MANIPULACIÓN	9.6

PIE Y DEDOS DEL PIE		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
28406	FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA DE FRACTURA DEL CALCÁNEO, CON MANIPULACIÓN	10.4
28415	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DEL CALCÁNEO, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	18.4
28420	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE CALCÁNEO; CON INJERTO ÓSEO ILIACO PRIMARIO U OTRO INJERTO AUTÓGENO (INCLUYE OBTENCIÓN DEL INJERTO)	17.6
28435	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DEL ASTRÁGALO; CON MANIPULACIÓN	9.6
28436	FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA DE FRACTURA DEL ASTRÁGALO, CON MANIPULACIÓN	10.4
28445	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DEL ASTRÁGALO, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	17.6
28455	TRATAMIENTO DE FRACTURA DE HUESO TARSIANO (EXCEPTO ASTRÁGALO Y CALCÁNEO); CON MANIPULACIÓN, CADA UNA	9.6
28465	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE HUESO TARSIANO (EXCEPTO ASTRÁGALO Y CALCÁNEO), CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA, CADA UNA	17.6
28475	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA METATARSIANA; CON MANIPULACIÓN, CADA UNA	5.6
28485	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA METATARSIANA, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA, CADA UNA	12.0
28515	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA, FALANGE O FALANGES, QUE NO SEA DEL DEDO GORDO; CON MANIPULACIÓN, CADA UNA	5.6
28605	TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCACION DE LA ARTICULACIÓN TARSOMETATARSIANA; CON ANESTESIA	7.2
28705	ARTRODESIS, PANASTRAGALINA	25.6
28750	ARTRODESIS, DEDO GORDO; ARTICULACIÓN METATARSOFALÁNGICA	20.8
28755	ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA, ARTRODESIS, DEDO GORDO.	12.8
28800	AMPUTACIÓN, PIE, METATARSIANA (P. EJ., PROCEDIMIENTO TIPO CHOPART)	25.6
28810	AMPUTACIÓN, METATARSIANA, CON DEDO, UNA SOLA	13.6
28820	AMPUTACIÓN, DEDO; ARTICULACIÓN METATARSOFALÁNGICA	13.6

PIE Y DEDOS DEL PIE		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
28825	AMPUTACIÓN, DEDO; ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA	13.6

APLICACIÓN DE YESO Y VENDAJE		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
29065	APLICACIÓN, YESO; DE HOMBRO A MANO (LARGO, DEL BRAZO)	4.8
29075	APLICACIÓN, YESO; DE CODO A DEDO (CORTO, DEL BRAZO)	4.8
29085	APLICACIÓN, YESO; DE MANO A ANTEBRAZO BAJO (GUANTE)	4.8
29105	APLICACIÓN DE FÉRULA LARGA PARA EL BRAZO (HOMBRO A MANO)	4.8
29125	APLICACIÓN DE FÉRULA CORTA PARA EL BRAZO (ANTEBRAZO A MANO), ESTÁTICA	2.4
29130	APLICACIÓN DE FÉRULA DIGITAL; ESTÁTICA	2.4
29305	APLICACIÓN DE ENYESADO EN ESPIGA DE LA CADERA; UNA PIERNA	4.0
29365	APLICACIÓN DE ENYESADO CILÍNDRICO (MUSLO A TOBILLO)	2.4
29405	APLICACIÓN DE ENYESADO CORTO PARA LA PIERNA (DEBAJO DE LA RODILLA HASTA DEDOS DE LOS PIES)	2.4
29505	APLICACIÓN DE FÉRULA LARGA PARA LA PIERNA (MUSLO A TOBILLO O DEDOS DE LOS PIES)	4.0
29515	APLICACIÓN DE FÉRULA CORTA DE PIERNA (PANTORRILLA A PIE)	3.2

ENDOSCOPIA - ARTROSCOPIA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
29819	ARTROSCOPIA, HOMBRO, QUIRÚRGICA; CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRAÑO	30.4
29820	ARTROSCOPIA, HOMBRO, QUIRÚRGICA; SINOVECTOMÍA, PARCIAL	36.8
29821	ARTROSCOPIA, HOMBRO QUIRÚRGICA; SINOVECTOMÍA, COMPLETA	36.8
29826	ARTROSCOPIA, HOMBRO, QUIRÚRGICA; DESCOMPRESIÓN DE ESPACIO SUBACROMIAL CON ACROMIOPLASTÍA PARCIAL, CON O SIN LIBERACIÓN CORACOACROMIAL	52.5
29834	ARTROSCOPIA, CODO, QUIRÚRGICA; CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRAÑO	23.2
29835	ARTROSCOPIA, CODO, QUIRÚRGICA; SINOVECTOMÍA, PARCIAL	36.8

ENDOSCOPIA - ARTROSCOPIA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
29836	ARTROSCOPIA, CODO, QUIRÚRGICA; SINOVECTOMÍA, COMPLETA	36.8
29843	ARTROSCOPIA, MUÑECA, QUIRÚRGICA; POR INFECCIÓN, IRRIGACIÓN Y DRENAJE	23.2
29844	ARTROSCOPIA MUÑECA, QUIRÚRGICA; SINOVECTOMÍA, PARCIAL	36.8
29845	ARTROSCOPIA, MUÑECA, QUIRÚRGICA; SINOVECTOMIA, COMPLETA	36.8
29860	ARTROSCOPIA, CADERA, DIAGNÓSTICO CON O SIN BIOPSIA SINOVIAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	47.2
29863	ARTROSCOPIA, CADERA, QUIRÚRGICA; CON SINOVECTOMIA	52.0
29871	ARTROSCOPIA, RODILLA, QUIRÚRGICA; POR INFECCIÓN, IRRIGACIÓN Y DRENAJE	38.4
29874	ARTROSCOPIA, RODILLA, QUIRÚRGICA; PARA EXTIRPACIÓN DE CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRAÑO (P. EJ., FRAGMENTACIÓN POR OSTEOCONDritis DISECANTE, FRAGMENTACIÓN CARTILAGINOSA)	36.0
29875	ARTROSCOPIA, RODILLA, QUIRÚRGICA; SINOVECTOMIA, CONSERVADORA (P. EJ., RESECCIÓN PLIEGUES O DE SALIENTES) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	31.8
29877	ARTROSCOPIA, RODILLA, QUIRÚRGICA; DESBRIDAMIENTO/RASPADURA DE CARTILAGO ARTICULAR (CONDROPLASTIA)	36.0
29880	ARTROSCOPIA, RODILLA, QUIRURGICA; DESBRIDAMIENTO/RASPADURA DE CARTILAGO ARTICULAR CONDROPLASTIA)	36.0
29888	ARTROSCOPIA, RODILLA, QUIRÚRGICA; CORRECCIÓN, AUMENTO, O RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR ASISTIDOS POR ARTROSCOPIA	54.6
29889	CORRECCIÓN, AUMENTO, O RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR ASISTIDOS POR ARTROSCOPIA	36.0
29894	ARTROSCOPIA, TOBILLO (ARTICULACIONES TIBIOASTRAGALINA Y PERONEOASTRAGALINA), QUIRÚRGICA; CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRAÑO	30.4
29895	ARTROSCOPIA, TOBILLO (ARTICULACIONES TIBIOASTRAGALINA, PERONEOASTRAGALINA), QUIRÚRGICA; SINOVECTOMIA, PARCIAL	30.4

SISTEMA RESPIRATORIO NARIZ		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
30000	DRENAJE DE ABSCESO O HEMATOMA, NASAL, ABORDAJE INTERNO	8.8
30020	DRENAJE DE ABSCESO O HEMATOMA, TABIQUE NASAL	8.8
30130	ESCISIÓN DE CORNETE NASAL, PARCIAL O COMPLETA, CUALQUIER MÉTODO	12.0
30140	RESECCIÓN SUBMUCOSA DE CORNETE NASAL, PARCIAL O COMPLETA, CUALQUIER MÉTODO	11.2
30300	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, INTRANASAL; PROCEDIMIENTO REALIZADO EN EL CONSULTORIO	8.8
30410	RINOPLASTÍA, PRIMARIA; COMPLETA, PARTES EXTERNAS INCLUYENDO PIRÁMIDE ÓSEA, CARTÍLAGOS LATERALES Y ALARES, Y/O ELEVACIÓN DE LA PUNTA NASAL	37.6
30460	RINOPLASTIA POR DEFORMACIÓN NASAL SECUNDARIA A LABIO Y/O PALADAR HENDIDOS CONGÉNITOS, INCLUYENDO ALARGAMIENTO DE COLUMELA; SOLAMENTE LA PUNTA	29.6
30520	SEPTOPLASTÍA O RESECCIÓN SUBMUCOSA, CON O SIN MARCACIÓN DE CARTÍLAGO, MODIFICACIÓN DEL CONTORNO O REEMPLAZO CON INJERTO	24.3
30540	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANA; INTRANASAL	42.4
30545	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANA; TRANSPALATINA	42.4
30560	LISIS DE SINEQUIA INTRANASAL	12.0
30801	CAUTERIZACIÓN Y/O ABLACIÓN, MUCOSA DE CORNETE NASAL, UNILATERAL O BILATERAL, CUALQUIER MÉTODO, PROCEDIMIENTO SEPARADO), SUPERFICIAL	11.2
30903	CONTROL DE HEMORRAGIA NASAL, ANTERIOR, COMPLEJA (CAUTERIZACIÓN AMPLIA Y/O TAPONAMIENTO MEDIANTE EMPAQUE) CUALQUIER MÉTODO	7.2
30905	CONTROL DE HEMORRAGIA NASAL, POSTERIOR, CON EMPAQUE POSTNASAL Y/O CAUTERIZACIÓN POSTERIOR, CUALQUIER MÉTODO; INICIAL	11.2

SENOS PARANASALES		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
31020	SINUSOTOMÍA, MAXILAR (ANTROTOMÍA); INTRANASAL	27.2

SENOS PARANASALES		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
31030	SINUSOTOMÍA, MAXILAR (ANTROTOMÍA); RADICAL (CALDWELL-LUC) SIN EXTIRPACIÓN DE PÓLIPOS ANTROCOANALES	27.2
31032	SINUSOTOMÍA, MAXILAR (ANTROTOMÍA); RADICAL (CALDWELL-LUC) CON EXTIRPACIÓN DE PÓLIPOS ANTROCOANALES	27.2
31090	SINUSOTOMÍA, UNILATERAL, TRES O MAS SENOS PARANASALES (FRONTAL, MAXILAR, ETMOIDAL, ESFENOIDAL)	36.8
31201	ETMOIDECTOMÍA; INTRANASAL, TOTAL	32.0
31205	ETMOIDECTOMÍA; EXTRANASAL, TOTAL	37.6
31225	MAXILECTOMÍA, SIN EXENTERACIÓN ORBITARIA	30.4
31237	ENDOSCOPIA NASAL/SINUSOIDAL, QUIRÚRGICA; CON BIOPSIA, POLIPECTOMÍA O DESBRIDAMIENTO PROCEDIMIENTO SEPARADO)	35.2
31238	ENDOSCOPIA NASAL/ SINUSOIDAL, QUIRÚRGICA; CON CONTROL DE EPISTAXIS	36.8
31254	ENDOSCOPIA NASAL/SINUSOIDAL, QUIRÚRGICA; CON ETMOIDECTOMÍA, PARCIAL (ANTERIOR)	34.4
31255	ENDOSCOPIA NASAL/ SINUSOIDAL, QUIRÚRGICA; CON ETMOIDECTOMÍA, TOTAL (ANTERIOR Y POSTERIOR)	23.7
31256	ENDOSCOPIA NASAL/SINUSOIDAL, QUIRÚRGICA, CON ANTROSTOMÍA MAXILAR	44.0
31276	ENDOSCOPIA NASAL/SINUSOIDAL, QUIRÚRGICA CON EXPLORACIÓN DEL SENO FRONTAL, CON O SIN EXTIRPACIÓN DE TEJIDO DEL SENO FRONTAL	45.6
31287	ENDOSCOPIA NASAL/SINUSOIDAL, QUIRURGICA, CON ESFENOIDECTOMÍA;	40.8
31288	ENDOSCOPIA NASAL/ SINUSOIDAL, QUIRÚRGICA CON ESFENOIDECTOMÍA; CON EXTIRPACIÓN DE TEJIDO DEL SENO ESFENOIDAL	40.8
31294	ENDOSCOPIA NASAL/ SINUSOIDAL, QUIRÚRGICA; CON DESCOMPRESIÓN DEL NERVIÓ ÓPTICO	57.6

LARINGE		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
31300	LARINGOTOMÍA (TIROTOMIA, FISURA DE LARINGE); CON EXTIRPACIÓN DE TUMOR O LARINGOCELE, CORDECTOMÍA	41.6

LARINGE		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
31360	LARINGECTOMÍA; TOTAL, SIN DISECCIÓN RADICAL DEL CUELLO	44.0
31365	LARINGECTOMÍA; TOTAL, CON DISECCIÓN RADICAL DEL CUELLO	44.0
31367	LARINGECTOMÍA; SUBTOTAL SUPRAGLÓTICA, SIN DISECCIÓN RADICAL DEL CUELLO	36.0
31368	LARINGECTOMÍA; SUBTOTAL SUPRAGLÓTICA, CON DISECCIÓN RADICAL DEL CUELLO	36.0
31370	LARINGECTOMÍA PARCIAL (HEMILARINGECTOMÍA); HORIZONTAL	36.0
31390	FARINGOLARINGECTOMÍA, CON DISECCIÓN RADICAL DEL CUELLO; SIN RECONSTRUCCIÓN	44.0
31395	FARINGOLARINGECTOMÍA, CON DISECCIÓN RADICAL DEL CUELLO; CON RECONSTRUCCIÓN	44.0
31420	EPIGLOTIDECTOMÍA	24.0
31500	INTUBACIÓN, ENDOTRAQUEAL, PROCEDIMIENTO DE URGENCIA	8.0
31502	CAMBIO DE TUBO DE TRAQUEOTOMÍA PREVIO AL ESTABLECIMIENTO DE VIA FISTULAR	3.2
31515	LARINGOSCOPIA DIRECTA, CON O SIN TRAQUEOSCOPIA; PARA ASPIRACIÓN	11.2
31520	LARINGOSCOPIA DIRECTA, CON O SIN TRAQUEOSCOPIA; DIAGNÓSTICA, EN RECIEN NACIDO	11.2
31530	LARINGOSCOPIA, DIRECTA, OPERATORIA, CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	10.4
31531	LARINGOSCOPIA, DIRECTA, OPERATORIA, CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO CON MICROSCOPIO QUIRÚRGICO	11.2
31535	LARINGOSCOPIA, DIRECTA, OPERATORIA, CON BIOPSIA	11.2
31536	LARINGOSCOPIA, DIRECTA, OPERATORIA, CON BIOPSIA CON MICROSCOPIO QUIRÚRGICO	11.2
31540	LARINGOSCOPIA, DIRECTA, OPERATORIA, CON ESCISIÓN DE TUMOR Y/O DENUDDADO DE CUERDAS VOCALES O EPIGLOTIS	12.8
31541	LARINGOSCOPIA DIRECTA OPERATORIA, CON EXCISIÓN DE TUMOR Y/O DENUDDADOS DE CUERDAS VOCALES, CON MICROSCOPIO QUIRÚRGICO	24.0
31560	LARINGOSCOPIA, DIRECTA, OPERATORIA, CON ARITENOIDECTOMÍA	20.0

LARINGE		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
31561	LARINGOSCOPIA, DIRECTA, OPERATORIA, CON ARITENOIDECTOMÍA; CON MICROSCOPIO QUIRÚRGICO	20.0
31588	LARINGOPLASTÍA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN (P. EJ., POR QUEMADURAS, RECONSTRUCCIÓN DESPUES DE LARINGECTOMÍA PARCIAL)	21.6

TRAQUEA Y BRONQUIOS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
31600	TRAQUEOSTOMÍA, PLANEADA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	21.6
31603	TRAQUEOSTOMÍA, PROCEDIMIENTO DE URGENCIA; TRANSTRAQUEAL	33.6
31611	CONSTRUCCIÓN DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA Y SUBSIGUIENTE INSERCIÓN DE UN APRÓTESIS VOCAL ALARÍNGEA (P. EJ., BOTÓN PARA VOZ, PRÓTESIS DE BLOMSINGER)	24.0
31622	BRONCOSCOPIA; DIAGNÓSTICA, (FLEXIBLE O RÍGIDA) CON O SIN LAVADO CELULAR	20.0
31625	BRONCOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON BIOPSIA	20.0
31628	BRONCOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON BIOPSIA PULMONAR TRANSBRONQUIAL, CON O SIN GUÍA FLUOROSCÓPICA	24.0
31635	BRONCOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	20.0
31640	BRONCOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON ESCISIÓN DE TUMOR	16.0
31641	BRONCOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON DESTRUCCIÓN DE TUMOR O LIBERACIÓN DE ESTENOSIS MEDIANTE CUALQUIER MÉTODO QUE NO SE ESCISIÓN (P.EJ., LASER)	24.0
31645	BRONCOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON ASPIRACIÓN TERAPÉUTICA DEL ÁRBOL TRAQUEOBRONQUIAL, INICIAL (P. EJ., DRENAJE DE UN ABSCESO PULMONAR)	21.6
31646	BRONCOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON ASPIRACIÓN TERAPÉUTICA DEL ÁRBOL TRAQUEOBRONQUIAL, SUBSIGUIENTE	25.6
31750	TRAQUEOPLASTÍA; CERVICAL	33.6
31755	TRAQUEOPLASTÍA; FISTULIZACIÓN TRAQUEOFARÍNGEA, CADA ESTADIO	33.6
31785	ESCISIÓN DE TUMOR TRAQUEAL O CARCINOMA; CERVICAL	32.0
31786	ESCISIÓN DE TUMOR TRAQUEAL O CARCINOMA; TORÁCICO	40.0

TRAQUEA Y BRONQUIOS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
31820	CIERRE QUIRÚRGICO DE TRAQUEOSTOMÍA O FÍSTULA; SIN CORRECCIÓN PLÁSTICA	16.0
PULMONES Y PLEURA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
32000	TORACENTÉSIS, PUNCIÓN DE LA CAVIDAD PLEURAL PARA ASPIRACIÓN, INICIAL O SUBSIGUIENTE	9.6
32002	TORACENTÉSIS CON INSERCIÓN DE SONDA CON O SIN SISTEMA DE SELLO BAJO AGUA (P. EJ., NEUMOTORAX) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	9.6
32005	PLEURODESIS QUÍMICA (P.EJ., PARA NEUMOTORAX RECURRENTE O PERSISTENTE)	12.0
32035	TORACOSTOMÍA, CON RESECCIÓN DE COSTILLA POR EMPIEMA	37.6
32095	TORACOTOMÍA, LIMITADA, PARA BIÓPSIA PULMONAR O PLEURAL	40.8
32100	TORACOTOMÍA, MAYOR; CON EXPLORACIÓN Y BIÓPSIA	36.8
32110	TORACOTOMÍA, MAYOR; CON CONTROL DE HEMORRAGIA TRAUMÁTICA Y/O CORRECCIÓN DE DESGARRO PULMONAR	41.6
32141	TORACOTOMÍA, MAYOR; CON ESCISIÓN-PLIEGUE DE BULLAS, CON O SIN PROCEDIMIENTO PLEURAL	41.6
32150	TORACOTOMÍA, MAYOR; CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPLEURAL O DEPÓSITO DE FIBRINA	41.6
32200	NEUMONOTOMÍA, CON DRENAJE ABIERTO DE ABSCESO O QUISTE	60.0
32220	DECORTICACIÓN, PULMONAR (PROCEDIMIENTO SEPARADO); TOTAL	56.0
32225	DECORTICACIÓN, PULMONAR; PARCIAL	56.0
32310	PLEURECTOMÍA, PARIETAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	36.0
32320	DECORTICACIÓN Y PLEURECTOMÍA PARIETAL	58.4
32400	BIÓPSIA, PLEURA; AGUJA PERCUTÁNEA	9.6
32405	BIÓPSIA, PULMÓN O MEDIASTINO, AGUJA PERCUTÁNEA	9.6
32440	EXTIRPACIÓN DE PULMÓN, NEUMECTOMÍA TOTAL	68.0
32480	EXTIRPACIÓN DE PULMÓN, QUE NO SEA NEUMONECTOMÍA TOTAL; UN SOLO LÓBULO (LOBECTOMÍA)	68.0

PULMONES Y PLEURA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
32482	EXTIRPACIÓN DE PULMÓN, QUE NO SEA NEUMONECTOMÍA TOTAL; DOS LÓBULOS (BILOBECTOMÍA)	60.0
32484	EXTIRPACIÓN DE PULMÓN, QUE NO SEA NEUMONECTOMÍA TOTAL; UN SOLO SEGMENTO (SEGMENTECTOMIA)	60.0
32500	EXTIRPACIÓN DE PULMÓN, QUE NO SEA NEUMONECTOMÍA TOTAL; RESECCIÓN EN CUÑA, UNA SOLA O VARIAS	49.6
32650	TORACOSCOPIA, QUIRÚRGICA; CON PLEURODESIS, CUALQUIER MÉTODO	33.6
32905	TORACOPLASTÍA, TIPO SCHEDE O EXTRAPLEURAL (TODOS LOS ESTADIOS)	33.6
32906	TORACOPLASTÍA, TIPO SCHEDE O EXTRAPLEURAL (TODOS LOS ESTADIOS); CON CIERRE DE FÍSTULA BRONCOPEURAL	33.6
SISTEMA CARDIOVASCULAR		
CORAZÓN Y PERICARDIO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
33010	PERICARDIOCENTÉSIS; INICIAL	28.0
33011	PERICARDIOCENTÉSIS; SUBSIGUIENTE	16.0
33020	PERICARDIOTOMÍA PARA EXTIRPACIÓN DE COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO (PROCEDIMIENTO PRIMARIO)	48.0
33025	CREACIÓN DE VENTANA PERICARDICA O RESECCIÓN PARCIAL PARA DRENAJE	32.0
33031	PERICARDIECTOMÍA, SUBTOTAL O COMPLETA; CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	54.4
33050	ESCISIÓN DE QUISTE O TUMOR PERICÁRDICO	57.6
33120	ESCISIÓN DE TUMOR INTRACARDIACO, RESECCIÓN CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	60.0
33200	INSERCIÓN DE MARCAPASO PERMANENTE CON ELECTRÓDOS EPICÁRDICOS; MEDIANTE TORACOTOMÍA	53.6
33201	INSERCIÓN DE MARCAPASO PERMANENTE CON ELECTRÓDOS EPICÁRDICOS; MEDIANTE ABORDAJE XIFOIDEO	53.6
33207	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE UN MARCAPASO PERMANENTE CON ELECTRÓDOS TRANSVENOSOS; VENTRICULAR	56.0

SISTEMA CARDIOVASCULAR		
CORAZÓN Y PERICARDIO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
33208	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE UN MARCAPASO PERMANENTE CON ELECTRÓDOS TRANSVENOSOS; AURICULAR Y VENTRICULAR	72.0
33210	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE ELECTRÓDO CARDÍACO O CATETER MARCAPASOS TRANSVENOSOS PROVISORIOS DE UNA SOLA CÁMARA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	72.0
33216	INSERCIÓN O REUBICACIÓN DE UN ELECTÓRODO TRANSVENOSOS (15 DIAS O MÁS DESPUÉS DE LA INSERCIÓN INICIAL); CÁMARA ÚNICA, MARCAPASO PERMANENTE O CON DESFIBRILADOR CARDIOVERSOR DE UNA SOLA CÁMARA	36.0
33236	REMOCIÓN DE MARCAPASO EPICÁRDICO Y ELECTRÓDOS PERMANENTES MEDIANTE TORACOTOMÍA; SISTEMA DE UN SOLO ALAMBRE (MONOPOLAR), AURICULAR O VENTRICULAR	72.0
33243	REMOCIÓN DE ELECTRÓDO(S) DE MARCAPASO CON DESFIBRILADOR-CARDIOVERSOR DE UNA O DOS CÁMARAS; MEDIANTE TORACOTOMÍA	36.0
33244	REMOCIÓN DE ELECTRÓDO(S) DE MARCAPASO CON DESFIBRILADOR CARDIOVERSOR DE UNA O DOS CÁMARAS; MEDIANTE EXTRACCIÓN TRANSVENOSA	44.0
33250	ABLACIÓN QUIRÚRGICA DE FOCO O VIA ARRITMOGÉNICASUPRAVENTRICULAR (P. EJ. SÍNDROME DE WOLFFPARKINSON- WHITE, REENTRADA DE UN NODO A-V), VIAS Y/O FOCOS: SIN DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	60.0
33251	ABLACIÓN QUIRÚRGICA DE FOCO O VÍA ARRITMOGÉNICA SUPRAVENTRICULAR, VIAS Y/O FOCOS; CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR.	72.0
33300	CORRECCIÓN DE LESIÓN CARDIACA; SIN DERIVACIÓN	72.0
33305	CORRECCIÓN DE LESIÓN CARDIACA; CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	77.6
33310	CARDIOTOMÍA, EXPLORADORA (INCLUYE EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO); SIN DERIVACIÓN	56.8
33315	CARDIOTOMÍA EXPLORADORA (INCLUYE EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO); CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	58.4
33320	CORRECCIÓN POR SUTURA DE AORTA Y GRANDES VASOS; SIN CORTOCIRCUITO O DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	76.0

SISTEMA CARDIOVASCULAR		
CORAZÓN Y PERICARDIO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
33322	CORRECCIÓN POR SUTURA DE AORTA Y GRANDES VASOS; CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	76.0
33330	INSERCIÓN DE INJERTO, AORTA O GRANDES VASOS: SIN CORTOCIRCUITO, O DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	76.0
33335	INSERCIÓN DE INJERTO, AORTA O GRANDES VASOS; CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	76.0
33400	VALVULOPLASTÍA, VÁLVULA AORTICA: ABIERTA, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	76.0
33405	REEMPLAZO, VÁLVULA AORTICA, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR; CON VÁLVULA PROTÉSICA QUE NO SEA HOMOIJERTO O VÁLVULA CARENTE DE STENT (EXPANSOR)	73.6
33406	REEMPLAZO, VÁLVULA AORTICA, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR; CON HOMOIJERTO DE VÁLVULA (A PULSO)	73.6
33411	REEMPLAZO, VÁLVULA AORTICA; CON AGRANDAMIENTO DEL ANILLO AORTICO, CÚSPIDE NO CORONARIA	73.6
33415	RESECCIÓN O INCISIÓN DE TEJIDO SUBVALVULAR POR ESTENOSIS AORTICA SUBVALVULAR DISCRETA	56.0
33417	AORTOPLASTÍA (PLACA) POR ESTENOSIS SUPRAVALVULAR	56.0
33420	VALVOTOMÍA, VÁLVULA MITRAL; A CORAZÓN CERRADO	53.6
33422	VALVOTOMÍA, VÁLVULA MITRAL; A CORAZÓN ABIERTO, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	70.4
33425	VALVULOPLASTÍA, VÁLVULA MITRAL, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	71.2
33426	VALVULOPLASTÍA, VÁLVULA MITRAL, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR; CON ANILLO PROTÉSICO	80.0
33430	REEMPLAZO, VÁLVULA MITRAL, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	80.0
33460	VALVECTOMÍA, VÁLVULA TRICÚSPIDE, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	80.0
33464	VALVULOPLASTÍA, VÁLVULA TRICÚSPIDE; CON INSERCIÓN DE ANILLO	62.4
33465	REEMPLAZO, VÁLVULA TRICÚSPIDE, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	80.0

SISTEMA CARDIOVASCULAR		
CORAZÓN Y PERICARDIO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
33470	VALVOTOMÍA, VÁLVULA PULMONAR. A CORAZÓN CERRADO; TRANSVENTRICULAR	53.6
33471	VALVOTOMÍA, VÁLVULA PULMONAR, A CORAZÓN CERRADO; VIA ARTERIA PULMONAR	53.6
33472	VALVOTOMÍA, VÁLVULA PULMONAR, A CORAZÓN ABIERTO; CON OCLUSIÓN DEL FLUJO DE ENTRADA	53.6
33474	VALVOTOMÍA, VÁLVULA PULMONAR, A CORAZÓN ABIERTO; CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	76.0
33475	REEMPLAZO, VÁLVULA PULMONAR	76.0
33476	RESECCIÓN VENTRICULAR DERECHA POR ESTENOSIS INFUNDIBULAR, CON O SIN COMISURO TOMÍA	76.0
33500	CORRECCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA CORONARIA O DE FÍSTULA DE ARTERIA CON CÁMARA CARDIACA; CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	51.2
33501	CORRECCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA CORONARIA O DE FÍSTULA DE ARTERIA CON CÁMARA CARDIACA; SIN DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	51.2
33502	CORRECCIÓN DE ANORMALIDADES DE LA ARTERIA CORONARIA; MEDIANTE LIGADURA	41.6
33503	CORRECCIÓN DE ANORMALIDADES DE LA ARTERIA CORONARIA; MEDIANTE INJERTO, SIN DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	41.6
33504	CORRECCIÓN DE ANORMALIDADES DE LA ARTERIA CORONARIA; MEDIANTE INJERTO, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	48.0
33505	CORRECCIÓN DE ANORMALIDADES DE LA ARTERIA CORONARIA; CON CONSTRUCCIÓN DE TÚNEL ARTERIAL INTRAPULMONAR (PROCEDIMIENTO DE TAKEUCHI)	56.0
33506	CORRECCIÓN DE ANORMALIDADES DE LA ARTERIA CORONARIA; MEDIANTE TRANSLOCACIÓN DESDE LA ARTERIA PULMONAR A LA AORTA	53.6
33510	DERIVACIÓN DE ARTERIA CORONARIA, VENA SOLAMENTE, UN SOLO INJERTO VENOSO CORONARIO	60.0

SISTEMA CARDIOVASCULAR		
CORAZÓN Y PERICARDIO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
33517	DERIVACIÓN DE ARTERIA CORONARIA, EMPLEANDO INJERTOS VENOSOS E INJERTOS ARTERIALES; UN SOLO INJERTO VENOSO (ANOTE SEPARADAMENTE ADEMÁS DEL CÓDIGO DEL INJERTO ARTERIAL)	62.4
33533	DERIVACIÓN DE ARTERIA CORONARIA, USANDO INJERTOS ARTERIALES; UN SOLO INJERTO ARTERIAL	61.6
33542	RESECCIÓN MIOCÁRDICA (P. EJ. ANEURISMECTOMIA VENTRICULAR)	69.6
33572	ENDARTERECTOMÍA CORONARIA, ABIERTA, CUALQUIER MÉTODO, DE ARTERIAS CORONARIAS IZQUIERDA ANTERIOR DESCENDENTE, CIRCUNFLEJA O DERECHA, REALIZADA EN CONJUNCIÓN CON EL PROCEDIMIENTO DE INJERTO PARA DERIVACIÓN DE ARTERIA CORONARIA, CADA VASO (ANOTE SEPARADAMENTE ADEMÁS DEL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)	68.0
33600	CIERRE DE VÁLVULA AURICULOVENTRICULAR (MITRAL O TRICÚSPIDE) MEDIANTE SUTURA O PARCHÉ	58.4
33602	CIERRE DE VÁLVULA SEMILUNAR (AORTICA O PULMONAR) MEDIANTE SUTURA O PARCHÉ	58.4
33606	ANASTOMOSIS DE ARTERIA PULMONAR CON LA AORTA (PROCEDIMIENTO DE DAMUS-KAYE-STANSEL)	80.0
33610	CORRECCIÓN DE ANOMALIAS CARDIACAS COMPLEJAS (P. EJ. VENTRÍCULO ÚNICO CON OBSTRUCCIÓN SUBAORTICA) MEDIANTE AGRANDAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DEFECTO DEL TABIQUE INTERVENTRICULAR	69.6
33615	CORRECCIÓN DE ANOMALIAS CARDIACAS COMPLEJAS (P. EJ. ATRESIA TRICÚSPIDEA) MEDIANTE CIERRE DE DEFECTO DEL TABIQUE AURICULAR Y ANASTOMOSIS DE AURICULA O VENA CAVA A LA ARTERIA PULMONAR (PROCEDIMIENTO DE FONTAN SIMPLE)	65.6
33619	CORRECCIÓN DE VENTRÍCULO ÚNICO CON OBSTRUCCIÓN DEL FLUJO DE SALIDA AORTICO E HIPOPLASIA DEL CAYADO DE LA AORTA (SÍNDROME DE HEMICARDIO IZQUIERDO HIPOPLÁSICO) (P. EJ. PROCEDIMIENTO DE NORWOOD)	65.6

SISTEMA CARDIOVASCULAR		
CORAZÓN Y PERICARDIO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
33641	CORRECCIÓN DE DEFECTO DEL TABIQUE AURICULAR, TIPO SECUNDUM, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR, CON O SIN CIERRE CON PARCHES	65.6
33645	CIERRE DIRECTO O CIERRE CON PARCHES, SENOS VENOSOS, CON O SIN DRENAJE ANÓMALO DE LAS VENAS PULMONARES	73.6
33647	CORRECCIÓN DE DEFECTO DEL TABIQUE AURICULAR Y DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR, CON CIERRE DIRECTO O CON PARCHES	73.6
33660	CORRECCIÓN DE CANAL AURICULOVENTRICULAR PARCIAL O INCOMPLETO (DEFECTO DEL TABIQUE AURICULAR TIPO OSTIUM PRIMUM), CON O SIN CORRECCIÓN DE VÁLVULA AURICULOVENTRICULAR	73.6
33681	CIERRE DE DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR, CON O SIN CIERRE CON PARCHES;	67.2
33684	CIERRE DE DEFECTO DE TABIQUE VENTRICULAR CON O SIN CIERRE CON PARCHES; CON VALVOTOMÍA PULMONAR O RESECCIÓN INFUNDIBULAR (ACIANÓTICA)	68.8
33692	CORRECCIÓN COMPLETA DE TETRALOGÍA DE FALLOT SIN ATRESIA PULMONAR	68.8
33694	CORRECCIÓN COMPLETA DE TETRALOGÍA DE FALLOT, SIN ATRESIA PULMONAR; CON PARCHES TRANSANULARES	68.8
33697	CORRECCIÓN COMPLETA DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON ATRESIA PULMONAR INCLUYENDO LA CONSTRUCCIÓN DE CONDUCTO DESDE EL VENTRÍCULO DERECHO A LA ARTERIA PULMONAR Y CIERRE DEL DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR	80.0
33735	SEPTECTOMÍA O SEPTOSTOMÍA AURICULAR; CORAZÓN CERRADO (PROCEDIMIENTO DE BLALOCK-HANION)	44.0
33736	SEPTECTOMÍA O SEPTOSTOMÍA AURICULAR; CORAZÓN ABIERTO CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	44.0
33737	SEPTECTOMÍA O SEPTOSTOMÍA AURICULAR; CORAZÓN ABIERTO, CON OCLUSIÓN DE FLUJO DE ENTRADA	44.0
33750	CORTOCIRCUITO; DE ARTERIAS SUBCLAVIAS A ARTERIA PULMONAR (OPERACIÓN DE BLALOCK-TAUSSIG)	40.0
33755	CORTOCIRCUITO; AORTA ASCENDENTE A ARTERIA PULMONAR (OPERACIÓN DE WATERSTON)	40.0

SISTEMA CARDIOVASCULAR		
CORAZÓN Y PERICARDIO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
33762	CORTOCIRCUITO; AORTA DESCENDENTE A ARTERIA PULMONAR (OPERACIÓN DE POTTS-SMITH)	40.0
33766	CORTOCIRCUITO; VENA CAVA SUPERIOR A ARTERIA PULMONAR PARA FLUJO HACIA UN PULMÓN (PROCEDIMIENTO CLÁSICO DE GLENN)	56.8
33767	CORTOCIRCUITO; VENA CAVA SUPERIOR A ARTERIA PULMONAR PARA FLUJO HACIA AMBOS PULMONES (PROCEDIMIENTO BIDIRECCIONAL DE GLENN)	56.8
33770	CORRECCIÓN DE LA TRANSPOSICIÓN DE LAS GRANDES ARTERIAS CON DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR Y ESTENOSIS SUBPULMONAR; SIN AGRANDAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR	56.8
33774	CORRECCIÓN DE LA TRANSPOSICIÓN DE LAS GRANDES ARTERIAS, PROCEDIMIENTO DE CONTRAPUERTA AURICULAR (P. EJ. PROCEDIMIENTO DE MUSTARD Ó SENNING) CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	56.8
33820	CORRECCIÓN DE PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO; MEDIANTE LIGADURA	56.8
33840	ESCISIÓN DE COARTACIÓN DE AORTA, CON Ó SIN PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO ASOCIADA; CON ANASTOMOSIS DIRECTA	62.4
33910	EMBOLECTOMÍA DE ARTERIA PULMONAR; CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	44.0
33916	ENDARTERECTOMÍA PULMONAR, CON Ó SIN EMBOLECTOMÍA, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR	44.0
33917	CORRECCIÓN DE ESTENOSIS DE ARTERIA PULMONAR MEDIANTE RECONSTRUCCIÓN CON PARCHES Ó INJERTO	44.0
ARTERIAS Y VENAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
34001	EMBOLECTOMÍA O TROMBECTOMÍA, CON Ó SIN CATÉTER, CAROTÍDEO, ARTERIA SUBCLAVIA O ARTERIA INNOMINADA, MEDIANTE INCISIÓN DEL CUELLO	40.0



ARTERIAS Y VENAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
34051	EMBOLECTOMÍA O TROMBECTOMÍA, CON Ó SIN CATETER; ARTERIA INNOMINADA O ARTERIA SUBCLAVIA, MEDIANTE INCISION TORÁCICA	43.2
34201	EMBOLECTOMÍA Ó TROMBECTOMÍA, CON Ó SIN CATÉTER; ARTERIA FEMOROPOPLÍTEA, AORTOILIACA, MEDIANTE INCISIÓN DE LA PIERNA	31.2
34421	TROMBECTOMÍA, DIRECTA Ó CON CATÉTER; VENA CAVA ILIACA, VENA FEMOROPOPLÍTEA, MEDIANTE INCISIÓN DE LA PIERNA	43.2
34451	TROMBECTOMÍA, DIRECTA O CON CATÉTER; VENA CAVA, ILIACA, VENA FEMOROPOPLÍTEA, MEDIANTE INCISIÓN ABDOMINAL Y DE LA PIERNA	43.2
35001	CORRECCIÓN DIRECTA DE ANEURISMA, FALSO ANEURISMA, O ESCISIÓN (PARCIAL Ó TOTAL) E INSERCIÓN DE INJERTO, CON Ó SIN INJERTO DE PARCHÉ POR ANEURISMA Y ENFERMEDAD OCLUSIVA ASOCIADA, ARTERIA CARÓTIDA, ARTERIA SUBCLAVIA, MEDIANTE INCISIÓN DE CUELLO	53.6
35002	CORRECCIÓN DIRECTA DE ANEURISMA, FALSO ANEURISMA, O ESCISIÓN (PARCIAL Ó TOTAL) E INSERCIÓN DE INJERTO, CON Ó SIN INJERTO DE PARCHÉ; POR ROTURA DE ANEURISMA, ARTERIA CARÓTIDA ARTERIA SUBCLAVIA, MEDIANTE INCISIÓN DE CUELLO	53.6
35082	CORRECCIÓN DIRECTA DE ANEURISMA Ó FALSO ANEURISMA, O ESCISIÓN (PARCIAL Ó TOTAL), É INSERCIÓN DE INJERTO, CON Ó SIN INJERTO DE PARCHÉ; POR ROTURA DE ANEURISMA, AORTA ABDOMINAL	52.0
35091	CORRECCIÓN DE ANEURISMA Ó FALSO ANEURISMA, ESCISIÓN (PARCIAL Ó TOTAL), E INSERCIÓN DE INJERTO, CON Ó SIN INJERTO DE PARCHÉ; POR ANEURISMA, FALSO ANEURISMA, Y ENFERMEDAD OCLUSIVA ASOCIADA, AORTA ABDOMINAL COMPRENDIENDO VASOS VISCERALES (MESÉNTERICA, CELIACA, RENAL)	60.0
35132	CORRECCIÓN DIRECTA DE ANEURISMA Ó FALSO ANEURISMA, Ó ESCISIÓN (PARCIAL Ó TOTAL) E INSERCIÓN DE INJERTO, CON Ó SIN INJERTO DE PARCHÉ; POR ROTURA DE ANEURISMA, ARTERIA ILÍACA (PRIMITIVA, HIPOGÁSTRICA (ILIACA INTERNA), EXTERNA)	53.6

ARTERIAS Y VENAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
35142	CORRECCIÓN DIRECTA DE ANEURISMA Ó FALSO ANEURISMA. Ó ESCISIÓN (PARCIAL Ó TOTAL) E INSERCIÓN DE INJERTO, CON Ó SIN INJERTO DE PARCHÉ; POR ROTURA DE ANEURISMA, ARTERIA FEMORAL COMÚN (PROFUNDA, SUPERFICIAL)	56.8
35152	CORRECCIÓN DIRECTA DE ANEURISMA Ó FALSO ANEURISMA, ESCISIÓN (PARCIAL O TOTAL) E INSERCIÓN DE INJERTO, CON Ó SIN INJERTO DE PARCHÉ; POR ROTURA DE ANEURISMA, ARTERIA POPLÍTEA	56.8
35189	CORRECCIÓN, FÍSTULA ARTERIOVENOSA ADQUIRIDA Ó TRAUMÁTICA; TÓRAX Y ABDÓMEN	41.6
35190	CORRECCIÓN, FÍSTULA ARTERIOVENOSA ADQUIRIDA O TRAUMÁTICA; EXTREMIDADES	32.0
35301	TROMBOENDARTERECTOMÍA, CON Ó SIN INJERTO CON PARCHÉ; CAROTIDA, VERTEBRAL, SUBCLAVIA, MEDIANTE INCISIÓN DE CUELLO	40.0
35321	TROMBOENDARTERECTOMÍA, CON Ó SIN INJERTO CON PARCHÉ; AXILAR-BRAQUIAL	32.0
35331	TROMBOENDARTERECTOMÍA, CON Ó SIN INJERTO CON PARCHÉ; AORTA ABDOMINAL	48.0
35341	TROMBOENDARTERECTOMÍA CON Ó SIN INJERTO CON PARCHÉ; MESÉNTERICA, CELIACA, O RENAL	48.0
35351	TROMBOENDARTERECTOMÍA, CON Ó SIN INJERTO CON PARCHÉ; ILIACA	29.6
35361	TROMBOENDARTERECTOMÍA CON Ó SIN INJERTO CON PARCHÉ; AORTOILIACA COMBINADA	32.8
35372	TROMBOENDARTERECTOMIA CON Ó SIN INJERTO CON PARCHÉ; FEMORAL PROFUNDA	32.0
35381	TROMBOENDARTERECTOMÍA CON Ó SIN INJERTO CON PARCHÉ; FEMORAL Y/O POPLITEA, Y/O TIBIOPEROÉA	32.0
36000	INTRODUCCIÓN DE AGUJA O INTRACATETER, VENA	3.2
36010	INTRODUCCIÓN DE CATETER, VENACAVA SUPERIOR O INFERIOR	13.6
36145	INTRODUCCIÓN DE AGUJA O INTRACATETER; CORTOCIRCUITO ARTERIOVENOSO CREADO PARA DIALISIS (CANULA, FISTULA O INJERTO)	12.0
36450	EXANGUINOTRANSFUSIÓN, SANGRE, RECIEN NACIDO	12.0

ARTERIAS Y VENAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
36468	UNA ÚNICA O VARIAS INYECCIONES DE SOLUCIONES ESCLEROSANTES, ARAÑAS VASCULARES (TELANGIECTASIA); EXTREMIDAD O TRONCO	3.2
36488	COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL (SUBCLAVIA, YUGULAR, U OTRA VENA) (P. EJ. PARA PRESIÓN VENOSA CENTRAL, HIPERALIMENTACIÓN, HEMODIALISIS, O QUIMIOTERAPIA), PERCUTÁNEA, MENOS DE 2 AÑOS DE EDAD	8.5
36490	COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL; VENOSTOMÍA, 2 AÑOS DE EDAD O MENOR	12.8
36491	COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL; VENOSTOMÍA, MÁS DE 2 AÑOS DE EDAD	9.6
36510	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL PARA DIAGNÓSTICO Ó TRATAMIENTO, RECIÉN NACIDO ( ONFALOCLISIS )	3.2
36531	REVISIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN INTRAVENOSA IMPLANTABLE	12.0
36533	INSERCIÓN DE PUERTO DE ACCESO VENOSO IMPLANTABLE, CON Ó SIN RESERVOIRIO SUBCUTÁNEO	9.6
36821	ANASTOMOSIS ARTERIOVENOSA, ABIERTA; DIRECTA, CUALQUIER SITIO (P. EJ. PROCEDIMIENTO DE CIMINO) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	36.0
37140	ANASTOMOSIS VENOSA; PORTOCAVA	60.0
37145	ANASTOMOSIS VENOSA; RENIportal	60.0
37160	ANASTOMOSIS VENOSA; CAVA-MESÉNTERICA	60.0
37195	TROMBOLISIS, CEREBRAL, MEDIANTE INFUSIÓN INTRAVENOSA	18.4
37205	COLOCACIÓN TRANSCATÉTER DE DILATADORES INTRAVASCULARES, (VASOS NO CORONARIOS), PERCUTÁNEO; VASO INICIAL	28.8
37207	COLOCACIÓN TRANSCATETER DE DILATADORES INTRAVASCULARES, (VASO NO CORONARIO), ABIERTO VASO INICIAL	28.8
37565	LIGADURA, VENA YUGULAR INTERNA	24.0
37605	LIGADURA; ARTERIA CARÓTIDA INTERNA O PRIMITIVA	24.0
37607	LIGADURA O BANDEO DE ANGIOACCESO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA	32.0

ARTERIAS Y VENAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
37617	LIGADURA, ARTERIA GRANDE (P EJ., POSTRAUMÁTICA, RUPTURA); ABDÓMEN	48.0
37618	LIGADURA, ARTERIA GRANDE (P.EJ., POSTRAUMÁTICA, RUPTURA); EXTREMIDAD	34.4
37620	INTERRUPCIÓN, PARCIAL O COMPLETA, DE VENA CAVA INFERIOR POR SUTURA, LIGADURA, PLIEGUE, GRAPA, EXTRAVASCULAR, INTRAVASCULAR (DISPOSITIVO EN SOMBRILLA)	36.0
37650	LIGADURA DE VENA FEMORAL	32.0
37660	LIGADURA DE VENA ILIACA COMÚN PRIMITIVA	32.0
37700	LIGADURA Y DIVISIÓN DE VENA SAFENA LARGA A NIVEL DE LA UNIÓN SAFENOFEMORAL, O INTERRUPCIONES DISTALES	22.4
37720	LIGADURA Y DIVISIÓN Y DENUDACIÓN COMPLETA DE VENA SAFENA LARGA O CORTA	22.4
37730	LIGADURA Y DIVISIÓN Y DENUDACIÓN COMPLETA DE VENA SAFENA LARGA Y CORTA	22.4
37735	LIGADURA Y DIVISIÓN Y DENUDACIÓN COMPLETA DE VENA SAFENA LARGA O CORTA CON ESCISIÓN RADICAL DE ÚLCERA E INJERTO CUTÁNEO Y Ó INTERRUPCIÓN DE VENAS COMUNICANTES DE PARTE BAJA DE LA PIERNA, CON ESCISIÓN DE LA FASCIA PROFUNDA	28.0
37760	LIGADURA DE VASOS PERFORANTES, SUBFACIAL, RADICAL (TIPO LINTON), CON Ó SIN INJERTO CUTANEO	24.8
37785	LIGADURA, DIVISION Y Ó ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS RECURRENTES O SECUNDARIAS (RACIMOS), UNA PIERNA	20.0

## SISTEMAS HEMÁTICO Y LINFÁTICO

## BAZO

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
38100	ESPLENECTOMÍA; TOTAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	40.0
38115	CORRECCIÓN DE ROTURA DE BAZO (ESPLENORRAFIA) CON Ó SIN ESPLENECTOMÍA PARCIAL	44.8

## TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA O DE CÉLULAS GERMINALES

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
38230	TOMA DE MÉDULA ÓSEA PARA TRASPLANTE	36.0

TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA O DE CÉLULAS GERMINALES		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
38240	TRASPLANTE DE MÉDULA ÉSEA Ó DE CÉLULAS GERMINALES PERIFÉRICAS HEMODERIVADAS ALOGÉNICO	72.0
38241	TRANSPLANTE DE MÉDULA ÉSEA Ó DE CÉLULAS GERMINALES PERIFÉRICAS HEMODERIVADAS; AUTÓLOGO	72.0

GANGLIOS LINFÁTICOS Y CONDUCTOS LINFÁTICOS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
38308	LINFANGIOTOMÍA U OTRAS OPERACIONES SOBRE LOS CANALES LINFÁTICOS	33.6
38500	BIOPSIA O ESCISIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS; ABIERTA, SUPERFICIAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	12.0
38505	BIOPSIA O ESCISIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS; CON AGUJA, SUPERFICIAL (P. EJ. CERVICAL, INGUINAL, AXILAR)	8.0
38510	BIOPSIA O ESCISIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS; ABIERTA, GANGLIOS CERVICALES PROFUNDOS	8.0
38525	BIOPSIA O ESCISIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS; ABIERTA, GANGLIOS AXILARES PROFUNDOS	12.0
38720	LINFADENECTOMÍA CERVICAL (COMPLETA)	25.6
38740	LINFADENECTOMÍA AXILAR; SUPERFICIAL	28.0
38765	LINFADENECTOMÍA INGUINFEMORAL, SUPERFICIAL, EN CONTINUIDAD CON LINFADENECTOMÍA PÉLVICA, INCLUYENDO GANGLIOS ILÍACOS EXTERNOS, HIPOGÁSTRICOS, Y OBTURADORES (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	24.0
38770	LINFADENECTOMÍA PÉLVICA, INCLUYENDO GANGLIOS ILÍACOS EXTERNOS, HIPOGÁSTRICOS, Y OBTURADORES (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	40.0
38790	PROCEDIMIENTO DE INYECCIÓN, LINFANGIOGRAFÍA	12.0

MEDIASTINO Y DIAFRAGMA MEDIASTINO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
39010	EMEDIASTINOTOMÍA CON EXPLORACIÓN, DRENAJE, EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O BIOPSIA; ABORDAJE TRANSTORÁCICO, INCLUYENDO YA SEA ESTERNOTOMIA TRANSTORÁCICA Ó MEDIAL	40.0
39200	ESCISIÓN DE QUISTE MEDIASTÍNICO	56.0
39400	MEDIASTINOSCOPIA, CON O SIN BIOPSIA	16.0

DIAFRAGMA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
39501	CORRECCIÓN, LACERACIÓN DE DIAFRAGMA CUALQUIER ABORDAJE	40.0
39502	CORRECCIÓN, HERNIA HIATAL PARAESOFÁGICA TRANSABDOMINAL, CON O SIN FUNDOPLASTÍA, VAGOTOMÍA, Y/O PILOROPLASTÍA, EXCEPTO NEONATAL	55.2
39503	CORRECCIÓN, HERNIA DIAFRAGMÁTICA NEONATAL, CON O SIN INSERCIÓN DE Sonda TORÁCICA Y CON O SIN CREACIÓN DE HERNIA VENTRAL	56.0
39520	CORRECCIÓN, HERNIA DIAFRAGMÁTICA (HIATAL ESOFÁGICA); TRANSTORÁCICA	56.0
39530	CORRECCIÓN HERNIA DIAFRAGMÁTICA (HIATAL ESOFÁGICA); COMBINADA, TORACOABDOMINAL	56.0
39540	CORRECCIÓN, HERNIA DIAFRAGMÁTICA (QUE NO SEA NEONATAL), TRAUMÁTICA; AGUDA	45.6
39545	IMBRICACIÓN DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN, TRANSTORÁCICA O TRANSABDOMINAL, PARALÍTICA O NO PARALÍTICA	36.0

LABIOS, BOCA, LENGUA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
40490	BIOPSIA DE LABIO	4.0
40650	CORRECCIÓN DE LABIO, ESPESOR TOTAL; BERMELLÓN SOLAMENTE	5.6
40700	CORRECCIÓN PLÁSTICA DE LABIO HENDIDO O DEFORMIDAD NASAL; PRIMARIA, PARCIAL O COMPLETA, UNILATERAL	24.0
40800	DRENAJE DE ABSCESO, QUISTE, HEMATOMA, VESTÍBULO DE LA BOCA; SIMPLE	5.6
40808	BIOPSIA, VESTÍBULO DE LA BOCA	4.0
40812	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MUCOSA Y SUBMUCOSA, VESTÍBULO DE LA BOCA; CON CORRECCIÓN SIMPLE	4.0
40819	ESCISIÓN DE FRENILLO, LABIAL O BUCAL (FRENUMECTOMÍA, FRENULECTOMÍA, FRENECTOMÍA)	5.6
40820	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O CICATRIZ DEL VESTÍBULO DE LA BOCA MEDIANTE MÉTODOS FÍSICOS (P. EJ. LASER, TÉRMICOS, CRIOMÉTODOS, QUÍMICOS)	12.0

LABIOS, BOCA, LENGUA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
40830	CIERRE DE LACERACIÓN, VESTÍBULO DE LA BOCA; 2.5 CM O MENOS	5.6
41130	GLOSECTOMÍA; HEMIGLOSECTOMÍA	26.4
41252	CORRECCIÓN DE LACERACIÓN DE LA LENGUA, PISO DE LA BOCA, MÁS DE 2.6 CM O COMPLEJA	7.2
42145	PALATOFARINGOPLASTÍA(P.EJ.UVULOPALATOFARINGOPLASTIA, UVULOFARINGOPLASTIA)	27.2
42200	PALATOPLASTÍA PARA PALADAR HENDIDO, PALADAR BLANDO Y/O DURO SOLAMENTE	48.0
42260	CORRECCIÓN DE FISTULA NASOLABIAL	40.0
42300	DRENAJE DE ABSCESO; PAROTIDA, SIMPLE	12.8
42325	FISTULIZACIÓN DE QUISTE SALIVAL SUBLINGUAL (RANULA)	8.8
42330	SIALOLITOTOMÍA: SUBMANDIBULAR (SUBMAXILAR), SUBLINGUAL O PARÓTIDA, SIN COMPLICACIONES, INTRAORAL	7.2
42340	SIALOLITOTOMÍA: PARÓTIDA, EXTRAORAL, O INTRAORAL COMPLICADO	24.0
42408	ESCISIÓN DE QUISTE SALIVAR SUBLINGUAL (RÁNULA)	12.0
42410	ESCISIÓN DE TUMOR O DE GLÁNDULA PARÓTIDA, LÓBULO LATERAL, SIN DISECCIÓN DE NERVIOS	32.0
42420	ESCISIÓN DE TUMOR O DE GLÁNDULA PARÓTIDA TOTAL, CON DISECCIÓN Y PRESERVACIÓN DEL NERVIOS FACIAL	44.0
42440	ESCISIÓN DE GLÁNDULA SUBMANDIBULAR (SUBMAXILAR)	25.6
42660	DILATACIÓN Y CATETERISMO DE CONDUCTO SALIVAL, CON O SIN INYECCIÓN	10.4
42700	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO; PERIAMIGDALINO	17.6
42800	BIOPSIA; OROFARINGE	12.0
42804	BIOPSIA; NASOFARINGE, LESIÓN VISIBLE, SIMPLE	4.0
42808	ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE FARINGE, CUALQUIER MÉTODO	13.6
42809	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE FARINGE	10.4
42820	AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA; MENOR DE 12 AÑOS DE EDAD	23.5

LABIOS, BOCA, LENGUA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
42825	AMIGDALECTOMIA, PRIMARIA O SECUNDA MENOR DE 12 AÑOS DE EDAD	26.4
42826	AMIGDALECTOMIA, PRIMARIA O SECUNDARIA; 12 AÑOS DE EDAD O MAYOR	25.3
42890	FARINGECTOMÍA CONSERVADORA	28.0
42960	CONTROL DE HEMORRAGIA OROFARÍNGEA, PRIMARIA SECUNDARIA (P. EJ. POST-AMIGDALECTOMÍA); SIMPLE	16.0

GASTROINTESTINAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
43020	ESOFAGOTOMÍA, ABORDAJE CERVICAL, CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	36.0
43030	MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA	24.0
43200	ESOFAGOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; DIAGNÓSTICA, CON O SIN RECOLECCIÓN DE ESPECÍMENES POR CEPILLADO O LAVADO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	8.0
43202	ESOFAGOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON BIOPSIA, ÚNICA O MÚLTIPLE	8.0
43204	ESOFAGOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON ESCLEROSIS, MEDIANTE INYECCIÓN, DE VÁRICES ESOFÁGICAS	9.6
43205	ESOFAGOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON LIGADURA ELÁSTICA DE VÁRICES ESOFÁGICAS	9.6
43215	ESOFAGOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	9.6
43216	ESOFAGOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON EXTIRPACIÓN DE TUMORES, PÓLIPOS, U OTRAS LESIONES CON PINZA DE BIOPSIA DE ELECTROCOAGULACIÓN O CAUTERIO BIPOLAR	9.6
43217	ESOFAGOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON EXTIRPACIÓN DE TUMORES, PÓLIPOS, U OTRAS LESIONES MEDIANTE TÉCNICA CON ASA	9.6
43227	ESOFAGOSCOPIA, RÍGIDA O FLEXIBLE; CON CONTROL DE SANGRADO, CUALQUIER MÉTODO	9.6

## CONDICIONES GENERALES

GASTROINTESTINAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
43234	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA, EXAMEN PRIMARIO SIMPLE (P. EJ. CON ENDOSCOPIO FLEXIBLE DE CALIBRE PEQUEÑO) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	9.6
43235	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESÓFAGO, ESTÓMAGO, Y YA SEA EL DUODENO Y/O EL YEYUNO, SEGÚN CORRESPONDA; DIAGNOSTICA, CON O SIN RECOLECCIÓN DE ESPECIMENES MEDIANTE CEPILLADO O LAVADO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	9.6
43239	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESÓFAGO, ESTÓMAGO, Y YA SEA DUODENO Y/O EL YEYUNO, SEGÚN CORRESPONDA; CON BIOPSIA, UNICA O MULTIPLE	11.9
43243	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO ESÓFAGO, ESTÓMAGO, Y YA SEA EL DUODENO Y/O EL YEYUNO, SEGÚN CORRESPONDA; CON ESCLEROSIS, MEDIANTE INYECCIÓN, DE VÁRICES ESOFÁGICAS Y/O GÁSTRICAS	9.6
43246	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO EL ESÓFAGO, ESTÓMAGO, Y YA SEA EL DUODENO Y/O EL YEYUNO, SEGÚN CORRESPONDA; CON COLOCACIÓN DIRIGIDA DE TUBO PERCUTÁNEO DE GASTROSTOMÍA	12.0
43250	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA INCLUYENDO, ESÓFAGO, ESTÓMAGO, Y YA SEA DUODENO Y/O YEYUNO, SEGÚN CORRESPONDA; CON EXTIRPACIÓN DE TUMORES, PÓLIPO OTRAS LESIONES CON PINZA DE BIOPSIA ELECTROCOAGULACIÓN O CAUTERIO BIPOLAR	16.0
43260	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPER); DIAGNÓSTICA, CON O SIN RECOLECCIÓN DE ESPÉCIMENES MEDIANTE CEPILLADO O LAVADO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	20.0
43261	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (CPER); CON BIOPSIA, UNICA O MULTIPLE	20.0
43262	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPER); CON ESFINTERECTOMÍA / PAPILOTOMÍA	20.0
43264	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPER); CON EXTIRPACIÓN ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA DE CÁLCULO(S) DE LOS CONDUCTOS BILIARES Y/O PANCREÁTICOS	20.0

## CONDICIONES GENERALES

GASTROINTESTINAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
43268	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (CPER); CON INSERCIÓN ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA DE TUBO O DILATADOR EN CONDUCTO BILIAR O PANCREÁTICO	20.0
43310	ESOFAGOPLASTÍA, (CORRECCIÓN PLÁSTICA O RECONSTRUCCIÓN), ABORDAJE TORÁCICO; SIN CORRECCIÓN DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA	48.0
43312	ESOFAGOPLASTÍA (CORRECCIÓN PLÁSTICA O RECONSTRUCCIÓN), ABORDAJE TORÁCICO; CON CORRECCIÓN DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA	40.0
43324	FUNDOPLASTÍA ESOFAGOGÁSTRICA (P. EJ. PROCEDIMIENTOS DE NISSEN, BELSEY IV, HILI)	49.6
43330	ESOFAGOMIOTOMÍA (TIPO HELLER); ABORDAJE ABDOMINAL	29.6
43331	ESOFAGOMIOTOMIA (TIPO HELLER); ABORDAJE TORACICO	32.0
43340	ESOFAGOYEYUNOSTOMÍA (SIN GASTRECTOMÍA TOTAL); ABORDAJE ABDOMINAL	36.0
43350	ESOFAGOSTOMÍA, FISTULIZACIÓN DE ESÓFAGO, EXTERNA; ABORDAJE ABDOMINAL	32.0
43351	ESOFAGOSTOMÍA, FISTULIZACIÓN DE ESÓFAGO, EXTERNA; ABORDAJE TORÁCICO	36.0
43400	LIGADURA, DIRECTA, VÁRICES ESOFÁGICAS	14.4
43405	LIGADURA O ENGRANADO DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA POR PERFORACIÓN ESOFÁGICA PREEXISTENTE	20.0
43420	CIERRE DE ESOFAGOSTOMÍA O FÍSTULA; ABORDAJE CERVICAL	24.0
43425	CIERRE DE ESOFAGOSTOMÍA O FISTULA; ABORDAJES TRANSTORÁCICOS O ABDOMINAL	24.0
43450	DILATACIÓN DE ESÓFAGO, MEDIANTE SONDA SIN GUÍA O BUJÍA, UNO O VARIOS PASAJES	8.8
43458	DILATACIÓN DE ESÓFAGO CON BALÓN (DIÁMETRO DE 30 MM O MAYOR) POR ACALASIA	20.0
43500	GASTROTOMÍA: CON EXPLORACIÓN O EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	24.0
43501	GASTROTOMÍA; CON CORRECCIÓN POR SUTURA DE ÚLCERA SANGRANTE	36.0

## CONDICIONES GENERALES

GASTROINTESTINAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
43520	PILOROMIOTOMÍA, CORTE DE MÚSCULO PILÓRICO (PROCEDIMIENTO DE FREDT-RAMSTEDT)	26.4
43605	BIOPSIA DE ESTÓMAGO; MEDIANTE LAPAROTOMÍA	8.0
43610	ESCISIÓN, LOCAL; ULCERA O TUMOR BENIGNO DE ESTÓMAGO	20.0
43611	ESCISIÓN, LOCAL; TUMOR MALIGNO DE ESTÓMAGO	32.0
43620	GASTRECTOMÍA, TOTAL; CON ESOFAGOENTEROSTOMÍA	56.0
43621	GASTRECTOMÍA, TOTAL; CON RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX	56.0
43631	GASTRECTOMÍA, PARCIAL, DISTAL: CON GASTRODUODENOSTOMÍA	52.0
43632	GASTRECTOMÍA, PARCIAL, DISTAL; CON GASTROYEYUNOSTOMÍA	52.0
43635	VAGOTOMÍA REALIZADA JUNTO CON GASTRECTOMÍA DISTAL PARCIAL (ANOTE SEPARADAMENTE ADEMÁS DEL CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)	52.0
43638	GASTRECTOMÍA, PARCIAL, PROXIMAL, ABORDAJES TORÁCICO O ABDOMINAL, INCLUYENDO ESOFAGOGASTROSTOMÍA, CON VAGOTOMÍA	60.0
43639	GASTRECTOMÍA, PARCIAL, PROXIMAL, ABORDAJES TORÁCICO O ABDOMINAL, INCLUYENDO ESOFAGOGASTROSTOMÍA, CON VAGOTOMÍA; CON PILOROPLASTÍA O PILOROMIOTOMÍA	56.0
43640	VAGOTOMÍA INCLUYENDO PILOROPLASTÍA, CON O SIN GASTROSTOMÍA: TRONCAL O SELECTIVA	40.0
43750	COLOCACIÓN PERCUTÁNEA DE TUBO DE GASTROSTOMÍA	16.0
43760	CAMBIO DE TUBO DE GASTROSTOMIA	8.0
43800	PILOROPLASTÍA	28.8
43810	GASTRODUODENOSTOMÍA	32.0
43820	GASTROYEYUNOSTOMÍA; SIN VAGOTOMÍA	32.0
43825	GASTROYEYUNOSTOMÍA; CON VAGOTOMÍA, CUALQUIER TIPO	36.0
43830	GASTROSTOMÍA, ABIERTA; SIN CONSTRUCCIÓN DE TUBO GÁSTRICO (P.EJ., PROCEDIMIENTO DE STAMM) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	40.0
43831	GASTROSTOMÍA, ABIERTA; NEONATAL, PARA ALIMENTACIÓN	32.0
43832	GASTROSTOMÍA, ABIERTA; CON CONSTRUCCIÓN DE TUBO GSTRICO (P.EJ., PROCEDIMIENTO DE JANEWAY)	36.0

## CONDICIONES GENERALES

GASTROINTESTINAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
43840	GASTRORRAFÍA, SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL O GÁSTRICA PERFORADA, HERIDA, O LESIÓN	26.4
43870	CIERRE DE GASTROSTOMÍA, QUIRÚRGICA	16.0
43880	CIERRE DE FÍSTULA GASTROCÓLICA	16.0
44005	ENTEROLISIS LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS INTESTINALES (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	36.8
44010	DUODENOTOMÍA, PARA EXPLORACIÓN, BIOPSIA(S), O EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	24.0
44050	REDUCCIÓN DE VÓLVULO, INTUSUSCEPCIÓN, HERNIA INTERNA, MEDIANTE LAPAROTOMÍA	36.0
44110	ESCISIÓN DE UNA O MÁS LESIONES DEL INTESTINO DELGADO O GRUESO QUE NO REQUIERA ANASTOMOSIS, EXTERIORIZACIÓN, O FISTULIZACIÓN; UNA SOLA ENTEROTOMÍA	36.0
44120	ENTERECTOMÍA, RESECCIÓN DEL INTESTINO DELGADO: UNA SOLA RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS	36.0
44130	ENTEROSTOMÍA, ANASTOMOSIS DE INTESTINO, CON O SIN ENTEROSTOMÍA CUTÁNEA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	36.0
44140	COLECTOMÍA, PARCIAL: CON ANASTOMOSIS	48.8
44143	COLECTOMÍA, PARCIAL; CON COLOSTOMÍA TERMINAL Y CIERRE DEL SEGMENTO DISTAL (OPERACIÓN DE HARTMANN)	44.0
44145	COLECTOMÍA, PARCIAL; CON COLOPROCTOSTOMÍA (ANASTOMOSIS PÉLVICA BAJA)	49.6
44150	COLECTOMÍA, TOTAL, ABDOMINAL, SIN PROCTECTOMÍA CON ILEOSTOMÍA O ILIOPROCTOSTOMÍA	52.0
44155	COLECTOMÍA, TOTAL, ABDOMINAL, CON PROCTECTOMÍA; CON ILEOSTOMÍA	52.0
44310	ILEOSTOMÍA O YEYUNOSTOMÍA, SIN TUBO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	31.2
44312	REVISIÓN DE ILEOSTOMÍA; SIMPLE (LIBERACIÓN DE CICATRIZ SUPERFICIAL) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	12.0
44316	ILEOSTOMÍA CONTINENTE (PROCEDIMIENTO DE KOCK) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	40.0
44320	COLOSTOMÍA O CECOSTOMÍA CON EXTERIORIZACIÓN A LA PIEL: (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	32.8

GASTROINTESTINAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
44340	REVISIÓN DE COLOSTOMÍA; SIMPLE (LIBERACIÓN DE CICATRIZ SUPERFICIAL) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	12.0
44360	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA MÁS ALLÁ DE LA SEGUNDA PORCIÓN DEL DUODENO, SIN INCLUIR EL ÍLEON; DIAGNÓSTICA, CON O SIN RECOLECCIÓN DE ESPÉCIMENES MEDIANTE CEPILLADO O LAVADO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	8.0
44361	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA MÁS ALLÁ DE LA SEGUNDA PORCIÓN DEL DUODENO, SIN INCLUIR EL ÍLEON; CON BIOPSIA, ÚNICA O MÚLTIPLE	8.0
44363	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA MÁS ALLÁ DE LA SEGUNDA PORCIÓN DEL DUODENO, SIN INCLUIR EL ÍLEON; CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	8.0
44364	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 MEDIANTE TÉCNICA CON ASA	9.6
44366	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA MÁS ALLÁ DE LA SEGUNDA PORCIÓN DEL DUODENO, SIN INCLUIR EL ÍLEON; CON CONTROL DE SANGRADO, CUALQUIER MÉTODO	9.6
44376	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA MÁS ALLÁ DE LA SEGUNDA PORCIÓN DEL DUODENO, INCLUYENDO ÍLEON; DIAGNÓSTICA, CON O SIN RECOLECCIÓN DE ESPÉCIMENES MEDIANTE CEPILLADO O LAVADO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	9.6
44377	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA MÁS ALLÁ DE LA SEGUNDA PORCIÓN DEL DUODENO, INCLUYENDO ÍLEON; CON BIOPSIA, ÚNICA O MÚLTIPLE	9.6
44500	INTRODUCCIÓN DE TUBO GASTROINTESTINAL LARGO (P. EJ.. MILLER-ABBOTT) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	4.0
44602	SUTURA DE INTESTINO DELGADO (ENTERORRAFÍA) POR ÚLCERA PERFORADA, DIVERTÍCULO, HERIDA, LESIÓN O RUPTURA; UNA SOLA PERFORACIÓN	32.0
44604	SUTURA DEL INTESTINO GRUESO (COLORRAFÍA) POR ÚLCERA PERFORADA, DIVERTÍCULO, HERIDA, LESIÓN O RUPTURA (UNA SOLA O VARIAS PERFORACIONES); SIN COLOSTOMÍA	32.0

GASTROINTESTINAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
44605	SUTURA DEL INTESTINO GRUESO (COLORRAFIA) POR ÚLCERA PERFORADA, DIVERTÍCULO, HERIDA, LESIÓN O RUPTURA (UNA SOLA O VARIAS PERFORACIONES); CON COLOSTOMÍA	32.0
44620	CIERRE DE ENTEROSTOMÍA, INTESTINO GRUESO O DELGADO;	25.6
44625	CIERRE DE ENTEROSTOMÍA, INTESTINO GRUESO Y DELGADO; CON RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS QUE NO SEA COLORRECTAL	25.6
44626	CIERRE DE ENTEROSTOMÍA, INTESTINO GRUESO O DELGADO; CON RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS COLORRECTAL (P EJ. CIERRE DE OPERACIÓN DE HARTMANN)	25.6
44640	CIERRE DE FÍSTULA INTESTINAL CUTÁNEA	28.0
44650	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROENTÉRICA O ENTERO CÓLICA	28.0
44660	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROVESICAL; SIN RESECCIÓN INTESTINAL O DE VEJIGA	32.0
44661	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROVESICAL; CON RESECCIÓN DE INTESTINO Y/O VEJIGA	40.0
44680	PLIEGUE INTESTINAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	20.0
44800	ESCISIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL (DIVERTICULECTOMÍA) O CONDUCTO ONFALOMESENTERICO	35.2
44950	APENDICECTOMÍA	31.1
44960	APENDICECTOMÍA; PARA RUPTURA DE APÉNDICE CON ABSCESO O PERITONITIS GENERALIZADA	32.0
44970	LAPAROSCOPIA, QUIRÚRGICA, APENDICECTOMÍA	34.0
45000	DRENAJE TRANSRECTAL DE ABSCESO PÉLVICO	12.0
45005	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO SUBMUCOSO, RECTO	12.0
45020	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO SUPRAELEVADOR, PELVIRRECTAL O RETORRECTAL	12.0
45100	BIOPSIA DE LA PARED ANORRECTAL, ABORDAJE ANAL (P. EJ., MEGACOLON CONGÉNITO)	8.0
45108	MIOMECTOMÍA ANORRECTAL	28.0
45110	PROCTECTOMÍA; COMPLETA, COMBINADA ABDOMINOPERINEAL, CON COLOSTOMÍA	40.0
45111	RESECCIÓN PARCIAL DEL RECTO, ABORDAJE TRANSABDOMINAL	40.0

## CONDICIONES GENERALES

GASTROINTESTINAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
45120	PROCTECTOMÍA, COMPLETA (POR MEGACOLON CONGÉNITO), ABORDAJES ABDOMINAL Y PERINEAL; CON PROCEDIMIENTO TELESCÓPICO Y ANASTOMOSIS (OPERACIÓN DE SWENSON, DUHAMEL O SOAVE)	40.0
45130	ESCISIÓN DE PROLAPSO RECTAL, CON ANASTOMOSIS; ABORDAJE PERINEAL	44.0
45170	ESCISIÓN DE TUMOR RECTAL, ABORDAJE TRANSANAL	44.0
45300	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA, RÍGIDA, DIAGNÓSTICA, CON O SIN RECOLECCIÓN DE ESPECÍMENES MEDIANTE CEPILLADO O LAVADO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	6.4
45305	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA, RÍGIDA; CON BIOPSIA, ÚNICA O MÚLTIPLE	6.4
45307	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA, RÍGIDA; CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	7.2
45308	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA, RÍGIDA; CON EXTIRPACIÓN DE UN SOLO TUMOR, PÓLIPO, U OTRA LESIÓN CON PINZA DE BIOPSIA DE ELECTROCOAGULACIÓN O CAUTERIO BIPOLAR	7.2
45315	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA, RÍGIDA; CON EXTIRPACIÓN DE VARIOS TUMORES, PÓLIPOS, U OTRAS LESIONES CON PINZA DE BIOPSIA DE ELECTROCOAGULACIÓN, CAUTERIO BIPOLAR O TÉCNICA DE ASA	7.2
45330	SIGMOIDOSCOPIA, FLEXIBLE; DIAGNÓSTICA, CON O SIN RECOLECCIÓN DE ESPECÍMENES MEDIANTE CEPILLADO O LAVADO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	7.2
45331	SIGMOIDOSCOPIA, FLEXIBLE; CON BIOPSIA, ÚNICA O MÚLTIPLE	7.2
45332	SIGMOIDOSCOPIA, FLEXIBLE; CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	7.2
45333	SIGMOIDOSCOPIA, FLEXIBLE; CON EXTIRPACIÓN DE TUMOR(ES), PÓLIPO(S), U OTRA(S) LESION(ES) CON PINZA DE BIOPSIA DE ELECTROCOAGULACIÓN O CAUTERIO BIPOLAR	7.2
45378	COLONOSCOPIA, FLEXIBLE, PROXIMAL AL ÁNGULO ESPLÉNICO; DIAGNÓSTICA, CON O SIN RECOLECCIÓN DE ESPECÍMENES MEDIANTE CEPILLADO O LAVADO, CON O SIN DESCOMPRESIÓN DEL COLON (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	7.2
45380	COLONOSCOPIA, FLEXIBLE, PROXIMAL AL ÁNGULO ESPLÉNICO; CON BIOPSIA, ÚNICA O MÚLTIPLE	7.2

## CONDICIONES GENERALES

GASTROINTESTINAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
45382	COLONOSCOPIA, FLEXIBLE, PROXIMAL AL ÁNGULO ESPLÉNICO; CON CONTROL DE SANGRADO, CUALQUIER MÉTODO	12.0
45384	COLONOSCOPIA, FLEXIBLE, PROXIMAL AL ÁNGULO ESPLÉNICO; CON EXTIRPACIÓN DE TUMOR(ES), PÓLIPO(S), U OTRA(S) LESION(ES) CON PINZA DE BIOPSIA DE ELECTROCOAGULACIÓN O CAUTERIO BIPOLAR	12.8
45500	PROCTOPLASTÍA: POR ESTENOSIS	16.8
45560	CORRECCIÓN DE RECTOCELE (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	16.8
45800	CIERRE DE FISTULA RECTOVESICAL	26.4
45820	CIERRE DE FÍSTULA RECTOURETRAL	26.4
45900	REDUCCIÓN DE PROLAPSO (PROCEDIMIENTO SEPARADO) BAJO ANESTESIA	16.0
46040	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO ISQUIORRECTAL Y/O PERIRRECTAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	9.6
46050	INCISIÓN Y DRENAJE, ABSCESO PERIANAL, SUPERFICIAL	5.6
46060	INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO ISQUIORRECTAL O INTRAMURAL, CON FISTULECTOMIA O FISTULOTOMIA, SUBMUSCULAR, CON O SIN COLOCACION DE SETON	22.4
46200	FISURECTOMÍA, CON O SIN ESFINTERECTOMÍA	12.0
46210	CRIPTECTOMÍA, UNA SOLA	14.4
46220	PAPILECTOMÍA O ESCISIÓN DE UN SOLO PÓLIPO FIBROCATÁNEO, ANO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	16.0
46221	HEMORROIDECTOMÍA, MEDIANTE LIGADURA SIMPLE (P. EJ.. BANDA DE CAUCHO)	24.0
46250	HEMORROIDECTOMÍA, EXTERNA, COMPLETA	24.0
46255	HEMORROIDECTOMÍA, INTERNA Y EXTERNA, SIMPLE;	24.0
46257	HEMORROIDECTOMÍA, INTERNA Y EXTERNA, SIMPLE, CON FISURECTOMÍA	26.4
46258	HEMORROIDECTOMÍA, INTERNA Y EXTERNA, SIMPLE; CON FISTULECTOMÍA, CON O SIN FISURECTOMÍA	26.4
46270	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA ANAL (FISTULECTOMÍA/ FISTULOTOMÍA); SUBCUTÁNEA	24.0
46275	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA ANAL (FISULECTOMÍA/ FISTULOTOMÍA); SUBMUSCULAR	24.0



## CONDICIONES GENERALES

GASTROINTESTINAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
46320	ENUCLEACIÓN O ESCISIÓN DE HEMORROIDE EXTERNA TROMBÓTICA	20.0
46705	ANOPLASTÍA, OPERACIÓN PLÁSTICA PARA ESTRECHEZ; LACTANTE	28.8
46715	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO BAJO; CON FÍSTULA ANOPERINEAL (PROCEDIMIENTO DE REDUCCION	28.8
46730	CORRECCIÓN DE ANO IMPERFORADO ALTO SIN FÍSTULA; ABORDAJE PERINEAL O SACROPERINEAL	28.8
46750	ESFINTEROPLASTÍA, ANAL, POR INCONTINENCIA O PROLAPSO, ADULTO	28.8
46900	DESTRUCCIÓN DE LESION(ES), ANO (P. EJ. CONDILOMA, PAPILOMA, MOLUSCO CONTAGIOSO, VESÍCULA HERPÉTICA), SIMPLE; QUÍMICA	4.0
46910	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN(S), ANO (P.EJ., CONDILOMA, PAPILOMA, MOLUSCO CONTAGIOSO, VESÍCULA HERPÉTICA), SIMPLE; ELECTRODESECACIÓN	4.8
46916	DESTRUCCION DE LESION(S), ANO (P..EJ.,CONDILOMA, PAPILOMA, MOLUSCO CONTAGIOSO, VESICULA HERPETICA), SIMPLE; CRIOCIRUGIA	4.8
46917	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN(ES), ANO (P..EJ.,CONDILOMA, PAPILOMA, MOLUSCO CONTAGIOSO, VESÍCULA HERPÉTICA), SIMPLE; CRIOCIRUGÍA DESTRUCCIÓN DE LESIÓN (S), ANO	8.8
46922	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN (S), ANO (P. EJ.,CONDILOMA, PAPILOMA, MOLUSCO CONTAGIOSO, VESÍCULA HERPÉTICA), SIMPLE; ESCISIÓN QUIRÚRGICA	8.8
46934	DESTRUCCIÓN DE HEMORROIDES, CUALQUIER MÉTODO; INTERNAS	12.0
46935	DESTRUCCIÓN DE HEMORROIDES, CUALQUIER MÉTODO; EXTERNAS	12.0
46936	DESTRUCCIÓN DE HEMORROIDES, CUALQUIER MÉTODO; INTERNAS Y EXTERNAS	12.0
46937	CRIOCIRUGÍA DE TUMOR RECTAL; BENIGNO	16.0
46938	CRIOCIRUGÍA DE TUMOR RECTAL; MALIGNO	20.0

## CONDICIONES GENERALES

HIGADO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
47000	BIOPSIA HEPÁTICA, AGUJA; PERCUTÁNEA	8.0
47010	HEPATOTOMÍA; PARA DRENAJE A CIELO ABIERTO DE ABSCESO O QUISTE, UNO O DOS PASOS	44.0
47015	LAPAROTOMÍA, CON ASPIRACIÓN Y/O INYECCIÓN DE QUISTE(S) O ABSCESO(S) PARASÍTICOS HEPÁTICOS (P. EJ., AMEBIANO O EQUINOCÓSICO)	44.0
47100	BIOPSIA HEPÁTICA, EN CUÑA	15.2
47120	HEPATECTOMÍA, RESECCIÓN DE HIGADO, LOBECTOMÍA PARCIAL	40.0
47125	HEPATECTOMÍA, RESECCIÓN DE HIGADO; LOBECTOMÍA IZQUIERDA TOTAL	52.0
47130	HEPATECTOMIA, RESECCION DE HIGADO; LOBECTOMIA DERECHA TOTAL	60.0
47300	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE O ABSCESO HEPÁTICOS	20.0
47556	ENDOSCOPIA BILIAR, PERCUTÁNEA CON TUBO EN "T" U OTRA VÍA; CON DILATACIÓN DE ESTRECHEZ DE CONDUCTO BILIAR, CON DILATADOR	12.0
47600	COLECISTECTOMÍA	38.4
47605	COLECISTECTOMÍA; CON COLANGIOGRAFÍA	38.4
47610	COLECISTECTOMÍA CON EXPLORACIÓN DE CONDUCTO BILIAR COMÚN (COLÉDOCO);	44.0
47701	PORTOENTEROSTOMÍA (P. EJ. PROCEDIMIENTO DE KASAI)	32.0
47715	ESCISIÓN DE QUISTE DEL COLEDOCO	36.0
47760	ANASTOMOSIS, DE CONDUCTOS BILIARES EXTRAHEPATICOS Y TRACTO GASTROINTESTINAL	24.0
47780	ANASTOMOSIS, EN Y DE ROUX, DE CONDUCTO BILIARES EXTRAHEPÁTICOS Y TRACTO GASTROINTESTINAL	40.0
48000	COLOCACIÓN DE DRENES, PERIPANCREÁTICOS, POR PANCREATITIS AGUDA;	12.0
48001	COLOCACIÓN DE DRENES, PERIPANCREÁTICOS, POR PANCREATITIS AGUDA; CON COLECISTOSTOMÍA, GASTROSTOMÍA, Y YEYUNOSTOMIA	40.0
48005	RESECCIÓN O DESBRIDAMIENTO DE PÁNCREAS Y TEJIDOS PERIPANCREÁTICOS POR PANCREATITIS NECROSANTE AGUDA	44.0

## CONDICIONES GENERALES

48100	BIOPSIA DE PÁNCREAS, ABIERTA, CUALQUIER MÉTODO (P. EJ. ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA, CON AGUJA DE VIMSILVERMAN, EN CUÑA)	36.0
48120	ESCISIÓN DE LESIÓN DE PÁNCREAS (P. EJ. QUISTE, ADENOMA)	56.0
48140	PANCREATECTOMÍA, DISTAL SUBTOTAL, CON O SIN ESPLENECTOMÍA; SIN PANCREATICOYEYUNOSTOMIA	76.0
48150	PANCREATECTOMÍA, PROXIMAL SUBTOTAL CON DUODENECTOMIA TOTAL, GASTRECTOMÍA PARCIAL, COLEDOCOENTEROSTOMÍA Y GASTROYEYUNOSTOMÍA (PROCEDIMIENTO DE WHIPPLE); CON PANCREATOYEYUNOSTOMÍA	76.0
48152	PANCREATECTOMÍA, PROXIMAL SUBTOTAL CON DUODENECTOMÍA TOTAL, GASTRECTOMÍA PARCIAL, COLEDOCOENTEROSTOMÍA Y GASTROYEYUNOSTOMÍA; SIN PANCREATOYEYUNOSTOMÍA	72.0
48153	PANCREATECTOMÍA, PROXIMAL SUBTOTAL CON CASI TOTAL DUODENECTOMÍA, COLEDOCOENTEROSTOMÍA Y DUODENOYEYUNOSTOMÍA (CON CONSERVACIÓN DEL PÍLORO, PROCEDIMIENTO DE WHIPPLE); CON PANCREATOYEYUNOSTOMÍA	80.0
48155	PANCREATECTOMÍA, TOTAL	70.4
49010	EXPLORACIÓN, ÁREA RETROPERITONEAL CON O SIN BIOPSIA(S) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	28.0
49020	DRENAJE DE ABSCESO PERITONEAL O PERITONITIS LOCALIZADA, CON EXCEPCIÓN DE ABSCESO APENDICULAR; ABIERTO	24.0
49040	DRENAJE DE ABSCESO SUBDIAFRAGMÁTICO O SUBFRÉNICO; A CIELO ABIERTO	24.0
49080	PERITONEOCENTESIS, PARACENTESIS ABDOMINAL, O LAVAJE PERITONEAL (DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO), INICIAL	16.0
49200	ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN MEDIANTE CUALQUIER MÉTODO DE TUMORES O QUISTES O ENDOMETRIOMAS INTRAABDOMINALES O RETROPERITONEALES:	20.0
49420	INSERCIÓN DE CÁNULA O CATETER INTRAPERITONEAL PARA DRENAJE O DIÁLISIS; PROVISORIA	6.4
	<b>HERNIAS</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	
49421	INSERCIÓN DE CÁNULA O CATETER INTRAPERITONEAL PARA DRENAJE O DIALISIS; PERMANENTE	11.2

## CONDICIONES GENERALES

	<b>HERNIAS</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	
49495	CORRECCIÓN DE HERNIA INGUINAL INICIAL, MENOS DE LOS 6 MESES DE EDAD, CON O SIN HIDROCELECTOMÍA; REDUCIBLE	24.0
49496	CORRECCIÓN DE HERNIA INGUINAL INICIAL, MENOS DE LOS SEIS MESES DE EDAD, CON O SIN HIDROCELECTOMÍA; INCARCERADA O ESTRANGULADA	24.0
49500	CORRECCIÓN DE HERNIA INGUINAL INICIAL, 6 MESES A MENOS DE 5 AÑOS DE EDAD, CON O SIN HIDROCELECTOMÍA; REDUCIBLE	24.0
49501	CORRECCIÓN DE HERNIA INGUINAL, 6 MESES A MENOS DE 5 AÑOS DE EDAD, CON O SIN HIDROCELECTOMÍA; INCARCERADA O ESTRANGULADA	24.0
49505	CORRECCIÓN DE HERNIA INGUINAL INICIAL, 5 AÑOS DE EDAD O MAYOR; REDUCIBLE	28.0
49507	CORRECCIÓN DE HERNIA INGUINAL INICIAL, 5 AÑOS DE EDAD O MAYOR; INCARCERADA O ESTRANGULADA	21.6
49520	CORRECCIÓN DE HERNIA INGUINAL RECURRENTE, CUALQUIER EDAD; REDUCIBLE	24.0
49550	CORRECCION DE HERNIA FEMORAL INICIAL, CUALQUIER EDAD REDUCTIBLE;	24.0
49560	CORRECCION DE HERNIA INCISIONAL O VENTRAL INICIALES; REDUCIBLE	27.2
49580	CORRECCIÓN DE HERNIA UMBILICAL, MENOS DE 5 AÑOS DE EDAD; REDUCIBLE	20.8
49582	CORRECCIÓN DE HERNIA UMBILICAL, MENOS DE 5 AÑOS DE EDAD; INCARCERADA O ESTRANGULADA	24.0
49585	CORRECCIÓN DE HERNIA UMBILICAL, 5 AÑOS DE EDAD O MAYOR; REDUCIBLE	24.0
49587	CORRECCIÓN DE HERNIA UMBILICAL, 5 AÑOS DE EDAD O MAYOR; INCARCERADA O ESTRANGULADA	24.0
49600	CORRECCIÓN DE ONFALOCELE PEQUEÑO, CON CIERRE PRIMARIO	28.0
49605	CORRECCIÓN DE ONFALOCELE GRANDE O GASTROSQUISIS: CON O SIN PRÓTESIS	40.0
49900	SUTURA, SECUNDARIA, DE PARED ABDOMINAL POR EVISCERACIÓN O DEHISCENCIA	24.0

## CONDICIONES GENERALES

RENAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
50020	DRENAJE DE ABSCESO PERIRRENAL O RENAL; A CIELO ABIERTO	20.0
50040	NEFROSTOMÍA, NEFROTOMÍA CON DRENAJE	36.0
50060	NEFROLITOTOMÍA; EXTIRPACIÓN DE CÁLCULO	40.0
50080	PIELOTOMÍA; CON EXTIRPACIÓN DE CÁLCULO (PIELOTITOTOMÍA, PELVIOLITOTOMÍA, INCLUYENDO PIELOLITOTOMÍA POR COÁGULO)	52.0
50130	PIELOTOMÍA; CON EXTIRPACIÓN DE CÁLCULO (PIELOTITOTOMÍA, PELVIOLITOTOMÍA, INCLUYENDO PIELOLITOTOMIA POR COÁGULO)	44.0
50200	BIOPSIA RENAL; PERCUTÁNEA, CON TROCAR O AGUJA	16.0
50205	BIOPSIA RENAL; MEDIANTE EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DEL RIÑÓN	17.6
50220	NEFRECTOMÍA, INCLUYENDO URETERECTOMIA PARCIAL, CUALQUIER ABORDAJE INCLUYENDO RESECCIÓN DE COSTILLA	72.0
50230	NEFRECTOMÍA, INCLUYENDO URETERECTOMÍA PARCIAL, CUALQUIER ABORDAJE INCLUYENDO RESECCIÓN DE COSTILLA; RADICAL, CON LINFADENECTOMIA REGIONAL Y/O TROMBECTOMÍA DE LA VENA CAVA	32.0
50234	NEFRECTOMÍA CON URETERECTOMÍA TOTAL Y MANGUITO VESICAL, A TRAVÉS DE LA MISMA INCISIÓN	32.0
50240	NEFRECTOMIA, PARCIAL	68.0
50300	NEFRECTOMIA DONANTE, CON PREPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ALOINJERTO; DE CADÁVER DONANTE, UNILATERAL O BILATERAL	24.0
50320	NEFRECTOMÍA DONANTE, ABIERTA DE DONANTE VIVO (EXCLUYENDO LA PREPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL ALOINJERTO)	52.0
50365	ALOTRANSPLANTE RENAL, IMPLANTACIÓN DE INJERTO; CON NEFRECTOMÍA RECEPTORA	80.0
50390	ASPIRACIÓN Y/O INYECCIÓN CON AGUJA DE QUISTE O PELVIS RENAL, PERCUTÁNEA	8.0
50395	INTRODUCCIÓN DE GUÍA DENTRO DE LA PELVIS RENAL Y/O URETER, CON DILATACIÓN, PARA ESTABLECER TRAYECTO DE NEFROSTOMIA, PERCUTÁNEO	9.6

## CONDICIONES GENERALES

RENAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
50405	PIELOPLASTÍA (PIELOPLASTIA EN "Y" DE FOLEY), OPERACIÓN PLÁSTICA DE LA PELVIS RENAL, CON O SIN OPERACIÓN PLÁSTICA DE URETER, NEFROPEXÍA, NEFROSTOMÍA, PIELOSTOMÍA O FÉRULA DE URETER; CON COMPLICACIONES (ANOMALIA RENAL CONGENITA, PIELOPLASTIA SECUNDARIA, RIÑÓN SOLITARIO, CALICOPLASTÍA)	44.0
50520	CIERRE DE FÍSTULA NEFRO CUTÁNEA O PIELO CUTÁNEA	44.0
50540	SINFISIOTOMÍA POR RIÑÓN EN HERRADURA CON O SIN PIELOPLASTÍA Y/U OTRO PROCEDIMIENTO PLÁSTICO, UNILATERAL O BILATERAL (UNA OPERACIÓN)	44.0
50600	URETEROTOMÍA CON EXPLORACIÓN O DRENAJE (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	28.0
50610	URETEROLITOTOMÍA; TERCIO SUPERIOR DEL URÉTER	31.2
50620	URETEROTOMÍA; TERCIO MEDIO DEL URÉTER	28.8
50630	URETEROTOMÍA; TERCIO INFERIOR DEL URÉTER	32.8
50700	URETEROPLÁSTICA, OPERACIÓN PLÁSTICA EN URÉTER (P. EJ., POR ESTRECHÉZ)	32.0
50760	URETEROURETEROSTOMÍA	34.0
50800	URETEROENTEROSTOMÍA, ANASTOMOSIS DIRECTA DEL URÉTER AL INTESTINO	52.0
50840	REEMPLAZO DE LA TOTALIDAD O PARTE DEL URÉTER CON SEGMENTO DEL INTESTINO, INCLUYENDO ANASTOMOSIS DE INTESTINO	43.2
50920	CIERRE DE FÍSTULA URETEROCUTÁNEA	40.0
50930	CIERRE DE FÍSTULA URETEROVISCERAL (INCLUYENDO CORRECCIÓN VISCERAL)	48.0
50970	ENDOSCOPIA URETERAL A TRAVÉS DE URETEROTOMÍA CON O SIN IRRIGACIÓN, INSTALACIÓN O URETEROPIELOGRAFÍA, SIN CONTAR EL SERVICIO RADIOLÓGICO	20.0
50976	ENDOSCOPIA URETERAL A TRAVÉS DE URETEROTOMÍA, CON O SIN IRRIGACIÓN, INSTILACIÓN O URETEROPIELOGRAFÍA, SIN CONTAR CON EL SERVICIO RADIOLÓGICO; CON FULGURACIÓN Y/O INCISIÓN, CON O SIN BIOPSIA	20.0
51020	CISTOTOMÍA O CISTOSTOMÍA; CON FULGURACIÓN Y/O INSERCIÓN DE MATERIAL RADIOACTIVO	56.0
51040	CISTOSTOMÍA, CISTOTOMÍA CON DRENAJE	40.0

## CONDICIONES GENERALES

RENAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
51050	CISTOLITOTOMÍA, CISTOTOMÍA CON EXTIRPACIÓN DE CÁLCULO, SIN RESECCIÓN DEL CUELLO VESICAL	44.0
51060	URETEROLITOTOMÍA TRANSVESICAL	40.0
51500	ESCISIÓN DE QUISTE DEL URACO O DE SENO URACAL, CON O SIN CORRECCIÓN DE HERNIA UMBILICAL	35.2
51525	CISTOTOMÍA; PARA ESCISIÓN DE DIVERTÍCULO VESICAL, UNO SOLO O VARIOS (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	40.0
51530	CISTOTOMÍA; PARA ESCISIÓN DE TUMOR DE LA VEJIGA	48.0
51535	CISTOTOMÍA PARA ESCISIÓN, INCISIÓN, O CORRECCIÓN DE URETEROCELE	60.0
51550	CISTECTOMÍA, PARCIAL; SIMPLE	48.0
51570	CISTECTOMÍA, COMPLETA; (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	66.4
51580	CISTECTOMIA, COMPLETA, CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA O TRASPLANTES URETEROCUTÁNEOS.	68.0
51590	CISTECTOMÍA, COMPLETA, CON CONDUCTO URETEROILEAL O VEJIGA SIGMOIDEA, INCLUYENDO ANASTÓMOSIS DE INTESTINO	68.0
51800	CISTOPLASTÍA O CISTOURETROPLASTÍA, OPERACIÓN PLÁSTICA DE LA VEJIGA Y/O CUELLO VESICAL (Y PLASTÍA ANTERIOR, RESECCIÓN DEL FUNDUS VESICAL), CUALQUIER PROCEDIMIENTO, CON O SIN RESECCIÓN EN CUÑA DEL CUELLO VESICAL POSTERIOR	60.0
51820	CISTOURETROPLASTÍA CON URETERONEOCISTOSTOMÍA UNILATERAL O BILATERAL	60.0
51840	VESICOURTROPEXIA ANTERIOR, O URETROPEXIA (PROCEDIMIENTOS DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ, BURCH); SIMPLE	48.0
51845	SUSPENSIÓN DEL CUELLO VESICAL ABDOMINOVAGINAL, CON O SIN CONTROL ENDOSCÓPICO (POR EJEMPLO STAMEY, RAZ, PEREYRA MODIFICADO)	20.0
51880	CIERRE DE CISTOSTOMÍA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	28.0
51900	CIERRE DE FÍSTULA VESICOVAGINAL, ABORDAJE ABDOMINAL	44.0
51920	CIERRE DE FÍSTULA VESICOUTERINA	40.0
51940	CIERRE DE EXTROFIA DE VEJIGA	38.4
51960	ENTEROCISTOPLASTÍA, INCLUYENDO ANASTÓMOSIS DE INTESTINO	51.2

## CONDICIONES GENERALES

RENAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
52000	CISTOURETROSCOPIA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	20.0
52204	CISTOURETROSCOPIA, CON BIOPSIA	20.0
52234	CISTOURETROSCOPIA, CON FULGURACIÓN (INCLUYENDO CRIOCIRUGÍA O CIRUGÍA CON LASER) Y/O RESECCIÓN DE; TUMORES PEQUEÑOS DE LA VEJIGA (0.5 A 2.0 CM)	20.0
52235	CISTOURETROSCOPIA, CON FULGURACIÓN (INCLUYE CRIOCIRUGÍA O CIRUGÍA CON LASER) Y/O RESECCIÓN DE TUMORES MEDIANOS DE LA VEJIGA (2.0 A 5.0 CM)	20.0
52250	CISTOURETROSCOPIA CON INSERCIÓN DE SUBSTANCIA RADIOACTIVA, CON O SIN BIOPSIA O FULGURACIÓN	20.0
52270	CISTOURETROSCOPIA, CON URETROMÍA INTERNA; MUJER	20.0
52275	CISTOURETROSCOPIA, CON URETROMÍA INTERNA; HOMBRE	20.0
52290	CISTOURETROSCOPIA; CON MEATOTOMÍA URETERAL, UNILATERAL O BILATERAL	30.4
52300	CISTOURETROSCOPIA; CON RESECCIÓN O FULGURACIÓN DE URETEROCELE(S) ORTOTÓPICO(S), UNILATERAL O BILATERAL	24.0
52310	CISTOURETROSCOPIA, CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, CÁLCULO, O REMOCIÓN DE CATÉTER DILATADOR URETERAL DESDE LA URETRA O VEJIGA (PROCEDIMIENTO SEPARADO); SIMPLE	20.0
52320	CISTOURETROSCOPIA (INCLUYENDO CATETERIZACIÓN URETERAL); CON EXTIRPACIÓN DE CÁLCULO URETERAL	24.0
52325	CISTOURETROSCOPIA (INCLUYENDO CATETERIZACIÓN URETERAL); CON FRAGMENTACIÓN DE CÁLCULO URETERAL (P. EJ., TÉCNICA ULTRASÓNICA O ELECTROHIDRÁULICA)	28.0
52332	CISTOURETROSCOPIA, CON INSERCIÓN DE UN CATÉTER URETERAL DE SILASTIC DOBLE J	24.0
52332	CISTOUCISTOURETROSCOPIA, CON RETIRO DE UN CATÉTER URETERAL DE SILASTIC DOBLE J	12.1
52337	CON LITOTRIPSIA (LA CATETERIZACIÓN URETERAL ESTÁ INCLUIDA)	34.2
52340	CISTOURETROSCOPIA CON INCISIÓN, FULGURACIÓN O RESECCIÓN DE VÁLVULAS URETRALES POSTERIORES CONGÉNITAS, O PLEGUJES MUCOSOS HIPERTRÓFICOS OBSTRUCTIVOS CONGÉNITOS	24.0

## CONDICIONES GENERALES

RENAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
52450	INCISIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA	24.0
52500	RESECCIÓN TRANSURETRAL DE CUELLO VESICAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	28.0
52601	RESECCIÓN ELECTROQUIRÚRGICA TRANSURETRAL DE LA PRÓSTATA, INCLUYENDO CONTROL DE SANGRADO POSTOPERATORIO, COMPLETA (INCLUYE VASECTOMÍA, MEATOTOMIA, CISTOURETROSCOPIA, CALIBRACION Y/O DILATACIÓN URETRAL Y URETROTOMÍA INTERNA)	28.0
52612	RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LA PROSTATA; PRIMER ESTADIO DE UNA RESECCIÓN EN DOS ESTADIOS (RESECCION PARCIAL)	40.0
52620	RESECCIÓN TRANSURETRAL; DE TEJIDO RESIDUAL OBSTRUCTIVO DESPUÉS DE 90 DIAS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	32.0
53000	URETROTOMÍA O URETROSTOMÍA, EXTERNA (PROCEDIMIENTO SEPARADO); URÉTRA PÉNDULA	20.0
53020	MEATOTOMÍA, CORTE DE MEATO (PROCEDIMIENTO SEPARADO); EXCEPTO LACTANTE	9.6
53025	MEATOTOMÍA, CORTE DE MEATO (PROCEDIMIENTO SEPARADO); LACTANTE	9.6
53040	DRENAJE DE ABSCESO PERIURETRAL PROFUNDO	13.6
53200	BIOPSIA DE URETRA	6.4
53250	ESCISIÓN DE GLÁNDULA BULBOURETRAL (GLÁNDULA DE COWPER)	8.0
53260	ESCISIÓN O FULGURACIÓN; POLIPO(S) URETRAL(ES), URETRA DISTAL	6.4
53270	ESCISIÓN O FULGURACIÓN; GLÁNDULAS DE SKENE	6.4
53430	URETROPLASTÍA, RECONSTRUCCIÓN DE URETRA FEMENINA	20.0
53440	OPERACIÓN PARA CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA, CON O SIN INTRODUCCIÓN DE PRÓTESIS	60.0
53450	URETROMEATOPLASTÍA, CON AVANCE DE LA MUCOSA	19.2
53502	URETRORRAFIA, SUTURA DE HERIDA O LESIÓN URETRAL MUJER	20.0
53505	URETRORRAFIA, SUTURA DE HERIDA O LESIÓN URETRAL; PENEANA	24.0
53600	DILATACIÓN DE ESTRECHÉZ URETRAL MEDIANTE PASAJE DE SONDA O DILATADOR URETRAL, HOMBRE; INICIAL	6.4

## CONDICIONES GENERALES

RENAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
53601	DILATACIÓN DE ESTRECHÉZ URETRAL MEDIANTE PASAJE DE SONDA O DILATADOR URETRAL, HOMBRE; SUBSIGUIENTE	6.4
53665	DILATACIÓN DE URETRA FEMENINA, ANESTESIA GENERAL O DE CONDUCCIÓN (ESPINAL)	6.4
54056	DESTRUCCIÓN DE LESIONES, PENE (P.EJ., CONDILOMA, PAPILOMA, MOLUSCO CONTAGIOSO, VESÍCULA HERPÉTICA); CRIOCIRUGÍA	6.4
54057	DESTRUCCIÓN DE LESIONES, PENE (P. EJ., CONDILOMA, PAPILOMA, MOLUSCO CONTAGIOSO, VESÍCULA HERPÉTICA); CIRUGÍA CON LÁSER	6.4
54125	AMPUTACIÓN DE PENE; COMPLETA	30.4
54161	CIRCUNCISIÓN, ESCISIÓN QUIRÚRGICA QUE NO SEA CON CLAMP, CON DISPOSITIVO O CON CORTE DORSAL; EXCEPTO RECIÉN NACIDO	9.6
54220	IRRIGACIÓN DE CUERPOS CAVERNOSOS DEBIDO A PRIAPISMO	23.2
54304	OPERACIÓN PLÁSTICA DEL PENE PARA CORRECCIÓN DE ENCORDAMIENTO O PARA EL PRIMER ESTADIO DE CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS CON O SIN TRASPLANTE DE PREPUCIO Y/O COLGAJOS CUTÁNEOS	44.0
54308	URETROPLASTÍA PARA EL SEGUNDO ESTADIO DE CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS (INCLUYENDO DESVIACIÓN URINARIA); MENOS DE 3 CM	44.0
54380	OPERACIÓN PLÁSTICA DEL PENE PARA EPISPADIAS DISTALES AL ESFÍNTER EXTERNO	44.0
54400	INSERCIÓN DE PRÓTESIS PENIANA; NO INFLABLE (SEMIRIGIDA)	40.0
54401	INSERCIÓN DE PRÓTESIS PENIANA; INFLABLE (AUTOSUFICIENTE)	40.0
54420	CORTOCIRCUITO DE CUERPOS CAVERNOSOS CON VENA SAFENA (OPERACIÓN PARA PRIAPISMO), UNILATERAL O BILATERAL	40.0
54500	BIOPSIA DE TESTÍCULOS, CON AGUJA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	6.4
54505	BIOPSIA DE TESTÍCULOS, INCISIONAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	11.2
54520	ORQUIECTOMÍA, SIMPLE (INCLUYENDO SUBCAPSULAR), CON O SIN PRÓTESIS TESTICULAR, ABORDAJE ESCROTAL O INGUINAL	36.0

## CONDICIONES GENERALES

RENAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
54530	ORQUIECTOMÍA, RADICAL, POR TUMOR, ABORDAJE INGUINAL	40.0
54535	ORQUIECTOMÍA, RADICAL, POR TUMOR; CON EXPLORACIÓN ABDOMINAL	40.0
54600	REDUCCIÓN DE TORSIÓN DE TESTÍCULOS, QUIRÚRGICA, CON O SIN FIJACIÓN DEL TESTÍCULO CONTRALATERAL	64.0
54640	ORQUIOPEXÍA, ABORDAJE INGUINAL, CON O SIN CORRECCIÓN DE HERNIA	40.0
54650	ORQUIOPEXÍA, ABORDAJE ABDOMINAL, PARA TESTÍCULOS INTRAABDOMINALES (P.EJ., FOWLER-STEPHENS)	40.0
54660	INSERCIÓN DE PRÓTESIS TESTICULAR (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	28.0
54700	INCISIÓN Y DRENAJE DEL EPIDIDIMO, TESTÍCULOS Y/O ESPACIO ESCROTAL (P. EJ., ABSCESO O HEMATOMA)	16.0
54800	BIOPSIA DE EPIDIDIMO, AGÚJA	6.4
54820	EXPLORACIÓN DE EPIDIDIMO, CON O SIN BIOPSIA	6.4
54830	ESCISIÓN DE LESIÓN LOCAL DE EPIDIDIMO	16.0
54840	ESCISIÓN DE ESPERMATOCELE, CON O SIN EPIDIDIMECTOMÍA	14.4
54860	EPIDIDIMECTOMÍA; UNILATERAL	16.0
54861	EPIDIDIMECTOMÍA; BILATERAL	21.6
55000	PUNCIÓN ASPIRATIVA DE HIDROCELE, TÚNICA VAGINAL DEL TESTÍCULO, CON O SIN INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS	8.0
55041	ESCISIÓN DE HIDROCELE; BILATERAL	40.0
55060	CORRECCIÓN DE HIDROCELE, TÚNICA VAGINAL DEL TESTÍCULO (PROCEDIMIENTO DE BOTTLE)	40.0
55100	DRENAJE DE ABSCESO DE LA PARED ESCROTAL	12.0
55150	RESECCIÓN DE ESCROTO	24.0
55175	ESCROTOPLASTÍA; SIMPLE	16.0
55500	ESCISIÓN DE HIDROCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO, UNILATERAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	24.0
55520	ESCISIÓN DE LESIÓN DE CORDÓN ESPERMÁTICO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	17.6
55700	BIOPSIA, PRÓSTATA; CON AGÚJA O EN SACABOCADO, UNA SOLA O VARIAS, CUALQUIER ABORDAJE	12.0

## CONDICIONES GENERALES

RENAL		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
55705	BIOPSIA PRÓSTATA; INCISIONES CUALQUIER ABORDAJE	12.0
55720	PROSTATOTOMIA, DRENAJE EXTERNO DE ABSCESO PROSTATICO, CUALQUIER ABORDAJE; SIMPLE	40.0
55815	PROSTATECTOMÍA, PERINEAL RADICAL; CON LINFADENECTOMIA PÉLVICA BILATERAL, INCLUYENDO GANGLIOS LINFÁTICOS ILIACOS EXTERNOS, HIPOGÁSTRICOS Y OBTURADORES	48.0
55821	PROSTATECTOMÍA (INCLUYENDO CONTROL DEL SANGRADO POSTOPERATORIO, VASECTOMÍA, MEATOTOMÍA, CALIBRACIÓN Y/O DILATACIÓN URETRAL Y URETROTOMÍA INTERNA); SUPRAPÚBICA, SUBTOTAL UNA O DOS ESTADIOS	48.0
55840	PROSTATECTOMÍA, RETROPUBICA RADICAL, CON O SIN CONSERVACION DE NERVIOS;	60.0
55842	PROSTATECTOMÍA, RETROPÚBICA RADICAL, CON O SIN CONSERVACIÓN DEL NERVIOS; CON BIOPSIA(S) DE GÁNGLIOS LINFÁTICOS (LINFADENECTOMÍA PÉLVICA CONSERVADORA)	64.0
55845	PROSTATECTOMÍA, RETROPÚBICA RADICAL, CON O SIN CONSERVACIÓN DEL NERVIOS; CON LINFADENECTOMÍA PÉLVICA BILATERAL, INCLUYENDO GÁNGLIOS LINFÁTICOS ILIACOS EXTERNOS, HIPOGÁSTRICOS Y OBTURADORES	60.0
56300	LAPAROSCOPIA (PERITONEOSCOPIA), DIAGNÓSTICA; (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	12.0
56324	COLECISTOENTEROSTOMÍA	32.0
56340	COLECISTECTOMÍA (CUALQUIER MÉTODO)	44.0
56342	COLECISTECTOMÍA CON EXPLORACIÓN DEL COLÉDOCO	44.0
56349	FUNDOPLASTÍA ESOFAGOGÁSTRICA (P. EJ., TÉCNICAS DE NISSEN, BELSEY IV, HILL, TOUPET)	60.0
GINECOOBSTETRICIA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
56351	HISTEROSCOPIA, QUIRÚRGICA; CON TOMA DE MUESTRA (BIOPSIA) DE ENDOMETRIO Y/O POLIPECTOMÍA, CON O SIN D Y L (DILATACION Y LEGRADO)	12.0
56405	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO VULVAR O PERINEAL	6.4
56420	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN	6.4
56440	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN	9.6

GINECOOBSTETRICIA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
56605	BIOPSIA DE VÚLVA O PERINEO (PROCEDIMIENTO SEPARADO); UNA LESIÓN	4.0
56620	VULVECTOMÍA SIMPLE; PARCIAL	12.8
56625	VULVECTOMÍA SIMPLE; COMPLETA	19.2
56631	VULVECTOMÍA, RADICAL, PARCIAL; CON LINFADENECTOMÍA INGUINFEMORAL UNILATERAL	27.2
56632	VULVECTOMÍA, RADICAL, PARCIAL; CON LINFADENECTOMÍA INGUINFEMORAL BILATERAL	36.0
56633	VULVECTOMÍA, RADICAL, COMPLETA	40.0
56634	VULVECTOMÍA, RADICAL, COMPLETA; CON LINFADENECTOMÍA INGUINFEMORAL UNILATERAL	40.0
56637	VULVECTOMÍA, RADICAL, COMPLETA; CON LINFADENECTOMÍA INGUINFEMORAL BILATERAL	36.0
56640	VULVECTOMÍA, RADICAL, COMPLETA, CON LINFADENECTOMÍA INGUINFEMORAL, ILIACA Y PÉLVICA	9.6
56740	ESCISIÓN DE QUISTE O GLÁNDULA DE BARTHOLIN	9.6
56810	PERINEOPLASTÍA, CORRECCIÓN DEL PERINEO, NO OBSTÉTRICO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	16.0
57000	COLPOTOMÍA; CON EXPLORACIÓN	8.0
57010	COLPOTOMÍA; CON DRENAJE DE ABSCESO PÉLVICO	8.0
57020	COLPOCENTESIS (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	6.4
57061	DESTRUCCIÓN DE LESIONES VAGINALES; SIMPLE, CUALQUIER MÉTODO	6.4
57100	BIOPSIA DE MUCOSA VAGINAL; SIMPLE (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	6.4
57105	BIOPSIA DE MUCOSA VAGINAL; AMPLIA, QUE REQUIERA SUTURA (INCLUYENDO QUISTES)	6.4
57110	VAGINECTOMÍA, EXTIRPACIÓN COMPLETA DE LA PARED VAGINAL	20.0
57120	COLPOCLEISIS (TIPO LE FORT)	11.2
57135	ESCISIÓN DE QUISTE O TUMOR VAGINAL	11.2
57210	COLPOPERINEORRAFÍA, SUTURA DE LESIÓN DE VAGINA Y/O PERINEO (NO OBSTÉTRICA)	32.8
57230	CORRECCION PLASTICA DE URETROCELE	32.0

GINECOOBSTETRICIA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
57240	COLPORRAFÍA ANTERIOR, CORRECCIÓN DE CISTOCELE CON O SIN CORRECCIÓN DE URETROCELE	32.0
57250	COLPORRAFÍA POSTERIOR, CORRECCIÓN DE RECTOCELE CON O SIN PERINEORRAFÍA	32.0
57260	COLPORRAFÍA ANTEROPOSTERIOR COMBINADA	32.0
57265	COLPORRAFÍA ANTEROPOSTERIOR COMBINADA; CON CORRECCIÓN DE ENTEROCELE	32.0
57268	CORRECCIÓN DE ENTEROCELE, ABORDAJE VAGINAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	32.0
57270	CORRECCIÓN DE ENTEROCELE, ABORDAJE ABDOMINAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	32.0
57280	COLPOPEXÍA, ABORDAJE ABDOMINAL	32.0
57282	FIJACIÓN DE LIGAMENTO SACROESPINOZO POR PROLAPSO DE VAGINA	32.0
57288	OPERACIÓN CON TÉCNICAS DE CABESTRILLO PARA INCONTINENCIA DE ESFUERZO (POR EJEMPLO FASCINA O SINTÉTICO)	32.0
57289	PROCEDIMIENTO DE PEREYRA, INCLUYENDO COLPORRAFÍA ANTERIOR	32.0
57292	CONSTRUCCIÓN DE UNA VAGINA ARTIFICIAL; CON INJERTO	48.0
57300	CIERRE DE FÍSTULA RECTOVAGINAL; ABORDAJE VAGINAL O TRANSANAL	40.0
57305	CIERRE DE FISTULA RETROVAGINAL; ABORDAJE ABDOMINAL // OCTAVA DESCRIPCIÓN PÁG 127	40.0
57307	CIERRE DE FÍSTULA RETROVAGINAL; ABORDAJE ABDOMINAL, CON COLOSTOMÍA CONCOMITANTE	40.0
57310	CIERRE DE FÍSTULA URETROVAGINAL	40.0
57320	CIERRE DE FÍSTULA VESICOVAGINAL; ABORDAJE VAGINAL	40.0
57330	CIERRE DE FÍSTULA VESICOVAGINAL; ABORDAJE VAGINAL Y TRANSVESICAL	40.0
57452	COLPOSCOPIA (VAGINOSCOPIA); (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	8.0
57454	COLPOSCOPIA (VAGINOSCOPIA); CON BIOPSIA(S) DEL CÉRVIX Y/O LEGRADO ENDOCERVICAL	16.0

## CONDICIONES GENERALES

GINECOOBSTETRICIA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
57500	BIOPSIA, UNA SOLA O VARIAS, O ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN, CON O SIN FULGURACIÓN (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	4.0
57505	LEGRADO ENDOCERVICAL (NO REALIZADO COMO PARTE DE UNA DILATACIÓN Y LEGRADO)	12.0
57510	CAUTERIZACIÓN DEL CÉRVIX; ELECTRO O TÉRMICA	4.0
57511	CAUTERIZACIÓN DEL CÉRVIX; CRIOCAUTERIO, INICIAL O REPETICIÓN	4.0
57513	CAUTERIZACION DEL CERVIX; ABLACION CON LASER	4.0
57520	CONIZACIÓN DEL CÉRVIX, CON O SIN FULGURACIÓN, CON O SIN DILATACIÓN Y LEGRADO, CON O SIN CORRECCIÓN; CUCHILLO FRÍO O LASER	16.0
57530	TRAQUELECTOMÍA (CERVICECTOMÍA), AMPUTACIÓN DEL CÉRVIX (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	28.0
57540	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL, ABORDAJE ABDOMINAL	20.0
57545	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL, ABORDAJE ABDOMINAL; CON CORRECCIÓN DEL PISO PÉLVICO	20.0
57550	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL, ABORDAJE VAGINAL	20.0
57555	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL, ABORDAJE VAGINAL; CON CORRECCIÓN ANTERIOR Y/O POSTERIOR	20.0
57720	TRAQUELORRAFÍA, CORRECCIÓN PLÁSTICA DEL CÉRVIX UTERINO, ABORDAJE VAGINAL	28.0
57820	DILATACIÓN Y LEGRADO DE MUÑÓN CERVICAL	7.2
58100	TOMA DE MUESTRA ENDOMETRIAL (BIOPSIA) CON SIN TOMA DE MUESTRA ENDOCERVICAL (BIOPSIA) SIN DILATACIÓN CERVICAL, CUALQUIER MÉTODO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	8.0
58120	DILATACIÓN Y LEGRADO, DIAGNÓSTICOS Y/ TERAPÉUTICOS (NO OBSTETRICOS)	12.0
58140	MIOMECTOMÍA, ESCISIÓN DE TUMOR FIBROIDE DEL ÚTERO, UNO SOLO O VARIOS (PROCEDIMIENTO SEPARADO), ABORDAJE ABDOMINAL	28.0
58145	MIOMECTOMÍA, ESCISIÓN DE TUMOR FIBROIDE DEL ÚTERO, UNO SOLO O VARIOS (PROCEDIMIENTO SEPARADO); ABORDAJE VAGINAL	28.0

## CONDICIONES GENERALES

GINECOOBSTETRICIA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
58150	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL (CUERPO Y CÉRVIX), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S)	44.0
58152	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL (CUERPO Y CÉRVIX), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S); CON COLPOURETROCISTOPEXÍA (P. EJ., MARSHALL-MARCHETTIKRANTZ, BURCH)	44.0
58200	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL, INCLUYENDO VAGINECTOMÍA PARCIAL, CON TOMA DE MUESTRA DE GÁNGLIOS LINFÁTICOS PARA AÓRTICOS Y PÉLVICOS, CON O SIN EXTIRPACIÓN DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S)	44.0
58210	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL RADICAL, CON INFADENECTOMÍA PÉLVICA TOTAL BILATERAL Y TOMA DE MUESTRA DE GÁNGLIOS LINFÁTICOS PARA AÓRTICOS (BIOPSIA), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S)	52.0
58240	EXENTERACIÓN PÉLVICA POR MALIGNIDAD GINECOLÓGICA, CON HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL O CERVICECTOMÍA, CON O SIN EXTIRPACIÓN TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S), CON EXTIRPACIÓN DE VEJIGA Y TRASPLANTES DE URÉTERES, Y/O RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL DE RECTO Y CÓLON Y COLOSTOMÍA, O CUALQUIER COMBINACIÓN DE AQUELLAS	64.0
58260	HISTERECTOMÍA VAGINAL	44.0
58262	HISTERECTOMÍA VAGINAL; CON EXTIRPACIÓN DE TUBO(S) Y/U OVARIO(S)	52.0
58263	HISTERECTOMÍA VAGINAL; CON EXTIRPACIÓN DE TUBO(S) Y/U OVARIO(S)	52.0
58267	HISTERECTOMÍA VAGINAL; CON COLPOURETROCISTOPEXÍA (PROCEDIMIENTO DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ, PROCEDIMIENTO DE PEREYRA, CON O SIN CONTROL ENDOSCÓPICO)	60.0
58275	HISTERECTOMÍA VAGINAL, CON COLPECTOMÍA TOTAL O PARCIAL	44.0
58285	HISTERECTOMÍA VAGINAL, RADICAL (OPERACIÓN DESCHAUTA)	48.0



## CONDICIONES GENERALES

GINECOOBSTETRICIA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
58400	SUSPENSIÓN UTERINA, CON O SIN ACORTAMIENTO DE LIGAMENTOS REDONDOS, CON O SIN ACORTAMIENTO DE LIGAMENTOS SACROUTERINOS; (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	24.0
58410	SUSPENSIÓN UTERINA, CON O SIN ACORTAMIENTO DE LIGAMENTOS REDONDOS, CON O SIN ACORTAMIENTO DE LIGAMENTOS SACROUTERINOS, (PROCEDIMIENTO SEPARADO); CON SIMPATECTOMÍA PRESACRA	24.0
58700	SALPINGECTOMÍA, COMPLETA O PARCIAL, UNILATERAL O BILATERAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	21.6
58720	SALPINGO-OOFORRECTOMÍA, COMPLETA O PARCIAL, UNILATERAL O BILATERAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	36.0
58800	DRENAJE DE QUÍSTES DE OVARIO, UNILATERAL O BILATERAL, (PROCEDIMIENTO SEPARADO); ABORDAJE VAGINAL	24.0
58805	DRENAJE DE QUÍSTES DE OVARIO, UNILATERAL O BILATERAL, (PROCEDIMIENTO SEPARADO); ABORDAJE ABDOMINAL	24.0
58820	DRENAJE DE ABSCESO OVÁRICO; ABORDAJE VAGINAL, A CIELO ABIERTO	24.0
58822	DRENAJE DE ABSCESO OVÁRICO; ABORDAJE ABDOMINAL	24.0
58900	BIOPSIA DE OVARIO, UNILATERAL O BILATERAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	15.2
58920	RESECCIÓN EN CUÑA O BISECCIÓN DE OVARIO, UNILATERAL O BILATERAL	20.0
58925	CISTECTOMÍA OVÁRICA, UNILATERAL O BILATERAL	21.6
58940	OOFORRECTOMÍA, PARCIAL O TOTAL, UNILATERAL O BILATERAL	36.0
58943	OOFORRECTOMÍA, PARCIAL O TOTAL, UNILATERAL O BILATERAL; PARA MALIGNIDAD OVÁRICA, CON BIOPSIAS DE GÁNGLIOS LINFÁTICOS PARAAÓRTICOS Y PÉLVICOS, LAVADOS PERITONEALES, BIOPSIAS PERITONEALES, INSPECCIÓN DIAFRAGMÁTICA, CON O SIN SALPINGECTOMÍAS. CON O SIN OMENTECTOMÍA	36.0
58950	RESECCIÓN DE MALIGNIDAD OVÁRICA CON SALPINGOOFORRECTOMÍA BILATERAL Y OMENTECTOMÍA	40.0

## CONDICIONES GENERALES

GINECOOBSTETRICIA		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
58951	RESECCIÓN DE MALIGNIDAD OVÁRICA, TUBARIA O MALIGNIDAD PERITONEAL PRIMARIA CON SALPINGOOFORRECTOMÍA BILATERAL Y OMENTECTOMÍA; CON HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL, LINFADENECTOMÍA PÉLVICA Y LINFADENECTOMÍA PARAAÓRTICA CONSERVADORA	43.2
58960	LAPAROTOMA PARA ESTADIFICACIÓN O RECLASIFICACIÓN DE MALIGNIDAD OVÁRICA, TUBAL O MALIGNIDAD PERITONEAL PRIMARIA (LAPAROTOMÍA DE SEGUNDA MIRADA), CON O SIN OMENTECTOMÍA, LAVADO PERITONEAL, BIOPSIA DE PERITONEO ABDOMINAL Y PÉLVICO, INSPECCIÓN DIAFRAGMÁTICA CON LINFADENECTOMÍA PÉLVICA Y LINFADENECTOMÍA PARAAÓRTICA CONSERVADORA	36.0
59100	HISTEROTOMÍA, ABDOMINAL (P. EJ., POR MOLA HIDATIFORME, ABORTO)	32.0
59120	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO; TUBÁRICO U OVÁRICO, QUE REQUIERA SALPINGECTOMIA Y/U OOFORRECTOMÍA, ABORDAJE ABDOMINAL O VAGINAL	32.0
59121	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO; TUBÁRICO U OVÁRICO, SIN SALPINGECTOMÍA Y/U OOFORRECTOMÍA	32.0
59150	TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE EMBARAZO ECTÓPICO; SIN SALPINGECTOMÍA Y/U OOFORRECTOMÍA	36.0
59151	TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE EMBARAZO ECTÓPICO; CON SALPINGECTOMÍA Y/U OOFORRECTOMÍA	40.0
59160	LEGRADO, POSTPARTO	12.0
59350	HISTERORRAFÍA DE ÚTERO ROTO	24.0
59410	PARTO VAGINAL SOLAMENTE (CON O SIN EPISIOTOMÍA Y/O FORCEPS); INCLUYENDO ATENCIÓN POSTPARTO	32.0
59515	SOLAMENTE PARTO POR CESÁREA; INCLUYENDO ATENCIÓN POSTPARTO	32.0
59870	EVACUACIÓN UTERINA Y LEGRADO POR MOLA HIDATIFORME	32.0

## CONDICIONES GENERALES

TIROIDES		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
60000	INCISIÓN Y DRENAJE DE QUISTE TIROGLOSO, INFECTADO	28.0
60100	BIOPSIA DE TIROIDES, AGUJA PERCUTANEA	12.0
60200	ESCISIÓN DE QUISTE O ADENOMA DE TIROIDES, O TRANSECCIÓN DEL ISTMO	28.0
60210	LOBECTOMÍA TIROIDEA PARCIAL, UNILATERAL; CON O SIN ISTMOSECTOMÍA	40.0
60220	LOBECTOMÍA TIROIDEA TOTAL, UNILATERAL; CON O SIN ISTMOSECTOMÍA	40.0
60225	LOBECTOMÍA TIROIDEA TOTAL, UNILATERAL; CON LOBECTOMIA SUBTOTAL CONTRALATERAL; INCLUYENDO ISTMOSECTOMIA	36.0
60240	TIROIDECTOMÍA, TOTAL O COMPLETA	40.0
60254	TIROIDECTOMÍA, TOTAL O SUBTOTAL POR MALIGNIDAD; CON DISECCIÓN RADICAL DEL CUELLO	48.0
60270	TIROIDECTOMÍA, INCLUYENDO GLÁNDULA TIROIDEA SUBESTERNAL; ESTERNOTOMIA O ABORDAJE TRANSTORÁCICO	52.0
60280	ESCISIÓN DE QUISTE O SENOS DEL CONDUCTO TIROGLOSO	28.0
60500	PARATIROIDECTOMÍA O EXPLORACIÓN DE PARATIROIDES	44.0

TIMO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
60520	TIMECTOMÍA, PARCIAL O TOTAL; ABORDAJE TRANSCERVICAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	52.0
60522	TIMECTOMÍA, PARCIAL O TOTAL; ESTERNOTOMÍA O ABORDAJE TRANSTORÁCICO, CON DISECCIÓN MEDIASTINICA RADICAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	56.0
60540	ADRENALECTOMÍA, PARCIAL O COMPLETA, O EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA ADRENAL CON O SIN BIOPSIA, TRANSABDOMINAL, LUMBAR O DORSAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	52.0
60545	ADRENALECTOMÍA, PARCIAL O COMPLETA, O EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA ADRENAL, CON O SIN BIOPSIA TRANSABDOMINAL, LUMBAR O DORSAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO); CON ESCISIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL ADYACENTE	56.0
60600	ESCISIÓN DE TUMOR DEL CUERPO CAROTIDEO, SIN ESCISIÓN DE ARTERIA CARÓTIDA	60.0
60605	ESCISIÓN DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO; CON ESCISIÓN DE ARTERIA CARÓTIDA	48.0

## CONDICIONES GENERALES

CRÁNEO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
61108	PERFORACIÓN CON TRÉPANO HELICOIDAL PARA PUNCIÓN SUBDURAL O VENTRICULAR; PARA EVACUACIÓN Y/O DRENAJE DE HEMATOMA SUBDURAL	44.0
61150	AGUJERO(S) DE TREPANO O TREFINA; CON DRENAJE DE ABSCESO O QUISTE CEREBRAL	32.0
61151	AGUJERO(S) DE TREPANO O TREFINA; CON PUNCIÓN EVACUADORA (ASPIRACION) SUBSIGUIENTE DE ABSCESO O QUISTE INTRACRANEAL	32.0
61154	AGUJERO(S) DE TREPANO CON EVACUACIÓN Y/O DRENAJE DE HEMATOMA, EXTRADURAL O SUBDURAL	32.0
61304	CRANIECTOMÍA O CRANIOTOMÍA, EXPLORADORA; SUPRATENTORIAL	72.0
61305	CRANIECTOMÍA O CRANEOTOMÍA, EXPLORADORA; INFRATENTORIAL (FOSA POSTERIOR)	72.0
61312	CRANIECTOMÍA O CRANIOTOMIA PARA EVACUACIÓN DE HEMATOMA, SUPRATENTORIAL; EXTRADURAL O SUBDURAL	70.2
61313	CRANIECTOMÍA O CRANEOTOMÍA PARA EVACUACIÓN DE HEMATOMA, SUPRATENTORIAL; INTRACEREBRAL	80.0
61314	CRANIECTOMÍA O CRANIOTOMÍA PARA EVACUACIÓN DE HEMATOMA, INFRATENTORIAL; EXTRADURAL O SUBDURAL	80.0
61315	CRANIECTOMÍA O CRANEOTOMÍA PARA EVACUACIÓN DE HEMATOMA, INFRATENTORIAL; INTRACEREBELAR	80.0
61320	CRANIECTOMÍA O CRANIOTOMÍA, DRENAJE DE ABSCESO INTRACRANEAL; SUPRATENTORIAL	80.0
61321	CRANIECTOMÍA O CRANEOTOMÍA, DRENAJE DE ABSCESO INTRACRANEAL; INFRATENTORIAL	80.0
61332	EXPLORACIÓN DE LA ÓRBITA (ABORDAJE TRANSCRANEAL); CON BIOPSIA	60.0
61333	EXPLORACIÓN DE LA ÓRBITA (ABORDAJE TRANSCRANEAL); CON EXTIRPACIÓN DE LESIÓN	60.0
61334	EXPLORACIÓN DE LA ÓRBITA (ABORDAJE TRANSCRANEAL); CON EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	60.0

## CONDICIONES GENERALES

CRÁNEO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
61343	CRANIECTOMÍA, SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMÍA CERVICAL PARA DESCOMPRESIÓN DEL BULBO Y MÉDULA ESPINAL, CON O SIN INJERTO DURAL (P. EJ., MALFORMACIÓN DE ARNOLD-CHIARI)	80.0
61450	CRANIECTOMÍA, SUBTEMPORAL, PARA SECCIÓN, COMPRESIÓN, O DESCOMPRESIÓN DE RAIZ SENSORIAL O GANGLIO DE GASSER	80.0
61458	CRANIECTOMÍA, SUBOCCIPITAL; PARA EXPLORACIÓN O DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS CRANEALES	80.0
61460	CRANIECTOMÍA, SUBOCCIPITAL; PARA SECCIÓN DE UNO O MÁS NERVIOS CRANEALES	80.0
61470	CRANIECTOMÍA, SUBOCCIPITAL; PARA TRACTOTOMÍA MEDULAR	80.0
61480	CRANIECTOMÍA, SUBOCCIPITAL; PARA TRACTOTOMÍA MESENFALICA O PEDUNCULOTOMÍA	80.0
61490	CRANIOTOMÍA PARA LOBOTOMÍA, INCLUYENDO CINGULOTOMÍA	60.0
61500	CRANIECTOMÍA; CON ESCISIÓN DE TUMOR U OTRA LESIÓN OSEA DEL CRÁNEO	80.0
61512	CRANIECTOMÍA, TREPANACIÓN, CRANEOTOMÍA CON COLGAJO ÓSEO; PARA ESCISIÓN DE MENINGIOMA, SUPRATENTORIAL	80.0
61514	CRANIECTOMÍA, TREPANACIÓN, CRANEOTOMÍA CON COLGAJO ÓSEO; PARA ESCISIÓN DE ABSCESO CEREBRAL, SUPRATENTORIAL	80.0
61516	CRANIECTOMÍA, TREPANACIÓN, CRANEOTOMÍA CON COLGAJO ÓSEO; PARA ESCISIÓN O FENESTRACIÓN DE QUISTE, SUPRATENTORIAL	80.0
61518	CRANIECTOMÍA PARA ESCISIÓN DE TUMOR CEREBRAL, INFRATENTORIAL O FOSA POSTERIOR; EXCEPTO MENINGIOMA, TUMOR DEL ÁNGULO PONTOCEREBELOSO, O TUMOR DE LA LÍNEA MEDIA DE LA BASE DEL CRÁNEO	80.0
61519	CRANIECTOMÍA PARA ESCISIÓN DE TUMOR CEREBRAL, INFRATENTORIAL O FOSA POSTERIOR; MENINGIOMA	80.0
61520	CRANIECTOMÍA PARA ESCISIÓN DE TUMOR CEREBRAL, INFRATENTORIAL O FOSA POSTERIOR; TUMOR DEL ÁNGULO PONTOCEREBELOSO	80.0

## CONDICIONES GENERALES

CRÁNEO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
61521	CRANIECTOMÍA PARA ESCISIÓN DE TUMOR CEREBRAL, INFRATENTORIAL O FOSA POSTERIOR; TUMOR DE LA LÍNEA MEDIA DE LA BASE DEL CRÁNEO	80.0
61522	CRANIECTOMÍA, INFRATENTORIAL O FOSA POSTERIOR; PARA ESCISIÓN DE ABSCESO CEREBRAL	80.0
61524	CRANIECTOMÍA, INFRATENTORIAL O FOSA POSTERIOR; PARA ESCISIÓN O FENESTRACIÓN DE QUISTE	80.0
61534	CRANEOTOMÍA CON ELEVACIÓN DE COLGAJO ÓSEO; PARA ESCISIÓN DE FOCO EPILEPTOGENICO SIN ELECTROCORTICOGRAFÍA DURANTE LA OPERACIÓN QUIRÚRGICA	60.0
61545	CRANEOTOMÍA CON ELEVACIÓN DE COLGAJO ÓSEO; PARA ESCISIÓN DE CRANIOFARINGIOMA	80.0
61546	CRANIOTOMÍA PARA HIPOFISECTOMÍA O ESCISIÓN DE TUMOR HIPOFISARIO, ABORDAJE INTRACRANEAL	80.0
61548	HIPOFISECTOMÍA O ESCISIÓN DE TUMOR HIPOFISARIO, ABORDAJE TRANSNASAL O TRANSEPTAL, NO ESTEREOTÁXICO	80.0
61550	CRANIECTOMÍA POR CRANIOSINOSTOSIS; UNA SOLA SUTURA CRANEAL	64.0
61559	CRANIECTOMÍA AMPLIA POR CRANIOSINOSTOSIS DE VARIAS SUTURAS CRANEALES; RECONSTRUCCIÓN DEL CONTORNO CRANEANO CON VARIAS OSTEOTOMÍAS E INJERTOS ÓSEOS AUTÓLOGOS (P. EJ., PROCEDIMIENTO DUELA DE BARRIL) (INCLUYE LA OBTENCIÓN DE INJERTOS)	80.0
61564	ESCISIÓN, INTRA Y EXTRACRANEAL, TUMOR BENIGNO DE HUESO DE CRÁNEO; CON DESCOMPRESIÓN DEL NERVIÓ ÓPTICO	80.0
61571	CRANIECTOMÍA O CRANEOTOMÍA; CON TRATAMIENTO DE HERIDA PENETRANTE DEL CEREBRO	80.0
61618	CORRECCIÓN SECUNDARIA DE LA DURAMADRE POR ESCAPE DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR), FOSA ANTERIOR, MEDIA O POSTERIOR, DESPUÉS DE CIRUGÍA DE LA BASE DEL CRÁNEO; MEDIANTE INJERTO LIBRE DE TEJIDO (P. EJ., PERIOSTIO, FASCIA, TENSOR DE LA FASCIA LATA, TEJIDO ADIPOSEO, INJERTOS HOMÓLOGOS O SINTÉTICOS)	80.0

CRÁNEO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
61624	OCLUSIÓN TRANSCATETER O EMBOLIZACIÓN (P. EJ., PARA DESTRUCCIÓN DE TUMOR, OBTENER HEMOSTASIS, OCLUIR UNA MALFORMACIÓN VASCULAR), PERCUTÁNEA, CUALQUIER MÉTODO; SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (INTRACRANEAL, MEDULA ESPINAL)	60.0
61680	CIRUGÍA DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA INTRACRANEAL; SUPRATENTORIAL, SIMPLE	69.6
61684	CIRUGÍA DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA INTRACRANEAL; INFRATENTORIAL, SIMPLE	72.0
61690	CIRUGÍA DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA INTRACRANEAL; DURAL, SIMPLE	68.0
61700	CIRUGÍA PARA ANEURISMA INTRACRANEAL, ABORDAJE INTRACRANEAL; CIRCULACIÓN CAROTIDEA	80.0
61702	CIRUGÍA PARA ANEURISMA INTRACRANEAL SIMPLE, ABORDAJE INTRACRANEAL; CIRCULACIÓN VERTEBROBASILAR	80.0
61705	CIRUGÍA PARA ANEURISMA, MALFORMACIÓN VASCULAR O FÍSTULA CARÓTIDA-CAVERNOSA; MEDIANTE OCLUSIÓN INTRACRANEAL Y CERVICAL DE ARTERIA CARÓTIDA	64.8
61710	CIRUGÍA PARA ANEURISMA, MALFORMACIÓN VASCULAR O FÍSTULA CARÓTIDA-CAVERNOSA; MEDIANTE EMBOLIZACIÓN INTRA-ARTERIAL, PROCEDIMIENTO DE INYECCIÓN, O CATETER CON BALÓN	56.0
61711	ANASTOMOSIS, ARTERIAL, ARTERIAS EXTRACRANEAL INTRACRANEAL (P. EJ., CEREBRAL MEDIA/CORTICAL)	42.4
61790	PRODUCCIÓN DE LESIÓN MEDIANTE MÉTODO ESTEREOTÁXICO, PERCUTÁNEA, MEDIANTE AGENTE NEUROLÍTICO (P. EJ., ALCOHOL, TÉRMICO, ELÉCTRICO, RADIOFRECUENCIA); GANGLIO DE GASSER	28.0
61850	AGUJERO(S) DE TREPANACIÓN O CON TREPANO HELICOIDAL PARA IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS NEUROESTIMULADORES; SUBCORTICAL	32.0
61860	CRANIECTOMÍA O CRANEOTOMÍA PARA IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS NEUROESTIMULADORES, CEREBRAL; CORTICAL	80.0
61880	REVISIÓN O REMOCIÓN DE ELECTRODOS NEUROESTIMULADORES INTRACRANEALES	20.0

CRÁNEO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
62100	CRANEOTOMÍA PARA CORRECCIÓN DE ESCAPE DURAL DE LCR, INCLUYENDO CIRUGÍA PARA RINORREA / OTORREA	80.0
62120	CORRECCIÓN DE ENCEFALOCELE, BÓVEDA CRANEANA, INCLUYENDO CRANEOPLASTÍA	80.0
62143	REEMPLAZO DE COLGAJO ÓSEO O DE PLACA PROTÉSICA DEL CRÁNEO	28.0
62180	VENTRICULOCISTERNOSTOMÍA (OPERACIÓN DE TORKILDSEN)	80.0
62190	CREACIÓN DE DERIVACIÓN; SUBARACNOIDEA SUBDURALATRIAL, YUGULAR, AURICULAR	72.0
62192	CREACIÓN DE DERIVACIÓN; SUBARACNOIDEO / SUBDURAL -PERITONEAL, -PLEURAL, OTRAS VÍAS	72.0
62200	VENTRICULOCISTERNOOSTOMÍA, TERCER VENTRÍCULO;	68.0
62220	CREACIÓN DE DERIVACIÓN; VENTRÍCULO-ATRIAL, - YUGULAR, -AURICULAR	72.0
62223	CREACIÓN DE DERIVACIÓN; VENTRÍCULO-PERITONEAL,- PLEURAL, OTRAS VÍAS	60.0
62230	REEMPLAZO O REVISIÓN DE DERIVACIÓN DE LCR, VÁLVULA OBSTRUIDA, O CATETER DISTAL EN SISTEMA DE DERIVACIÓN	60.0
62256	REMOCIÓN DE SISTEMA COMPLETO DE DERIVACIÓN DE LCR; SIN REEMPLAZO	44.0
62258	REMOCIÓN DE SISTEMA COMPLETO DE DERIVACIÓN DE LCR; CON REEMPLAZO POR UNO SIMILAR U OTRA DERIVACIÓN, EN LA MISMA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	44.0
62270	PUNCIÓN ESPINAL, LUMBAR, DIAGNÓSTICA	9.6
62350	IMPLANTACIÓN, REVISIÓN O REPOSICIONAMIENTO DE CATETER INTRATECAL O EPIDURAL TUNELIZADO, PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO VÍA UNA BOMBA EXTERNA O DE UN RESERVORIO/ BOMBA DE INFUSIÓN IMPLANTABLE; SIN LAMINECTOMÍA	28.0
63001	LAMINECTOMÍA CON EXPLORACIÓN Y/O DESCOMPRESIÓN DE MÉDULA ESPINAL O COLA DE CABALLO, SIN FACETECTOMÍA, FORAMINOTOMÍA O DISCOIDECTOMÍA, (P. EJ., ESTENOSIS ESPINAL), UNO O DOS SEGMENTOS VERTEBRALES; CERVICAL	76.0

CRÁNEO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
63003	LAMINECTOMÍA CON EXPLORACIÓN Y/O DESCOMPRESIÓN DE MÉDULA ESPINAL O COLA DE CABALLO, SIN FACECTOMÍA, FORAMINOTOMÍA O DISCECTOMÍA, (P.EJ., ESTENOSIS ESPINAL), UNO O DOS SEGMENTOS VERTEBRALES; TORÁCICA	55.1
63005	LAMINECTOMÍA CON EXPLORACIÓN Y/O DESCOMPRESIÓN DE MÉDULA ESPINAL O COLA DE CABALLO, SIN FACECTOMÍA, FORAMINOTOMÍA O DISCECTOMÍA, (P.EJ., ESTENOSIS ESPINAL), UNO O DOS SEGMENTOS; LUMBAR, EXCEPTO POR ESPONDILOLISTESIS	50.1
63012	LAMINECTOMÍA CON EXTIRPACIÓN DE FACETAS ARTICULARES ANORMALES O DE PARS INTERARTICULARIS CON DESCOMPRESIÓN DE COLA DE CABALLO Y RAÍCES NEURALES POR ESPONDILOLISTESIS, LUMBAR (PROCEDIMIENTO DE GILL)	76.0
63020	LAMINOTOMÍA (HEMILAMINECTOMÍA), CON DESCROMPRESIÓN DE RAÍCES NEURALES, INCLUYENDO FACETECTOMIA PARCIAL, FORAMINOTOMÍA Y/O ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL HERNIADO; UN INTERESPACIO, CERVICAL	76.0
63030	LAMINOTOMÍA (HEMILAMINECTOMÍA), CON DESCOMPRESIÓN DE RAÍCES NEURALES, INCLUYENDO FACETECTOMÍA PARCIAL, FORAMINOTOMÍA Y/O ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL HERNIADO; UN INTERESPACIO, LUMBAR (INCLUYENDOABORDAJE ABIERTO O ASISTIDO ENDOSCÓPICAMENTE)	51.0
63045	LAMINECTOMÍA, FACETECTOMÍA Y FORAMINOTOMÍA (UNILATERAL O BILATERAL CON DESCOMPRESIÓN DE MÉDULA ESPINAL, COLA DE CABALLO Y/O RAÍCES NEURALES, (P. EJ., ESTENOSIS ESPINAL O ESTENOSIS DEL RECESO LATERAL)), UN SOLO SEGMENTO VERTEBRAL; CERVICAL	76.0
63046	LAMINECTOMÍA, FACETECTOMÍA Y FORAMINOTOMÍA (UNILATERAL O BILATERAL CON DESCOMPRESIÓN DE MÉDULA ESPINAL, COLA DE CABALLO Y/O RAICES NEURALES, (P.EJ., ESTENOSIS ESPINAL O ESTENOSIS DEL RECESO LATERAL)), UN SOLO SEGMENTO; TORÁCICA	76.0
63047	LAMINECTOMÍA, FACETECTOMÍA Y FORAMINOTOMÍA (UNILATERAL O BILATERAL CON DESCOMPRESIÓN DE MÉDULA ESPINAL, COLA DE CABALLO Y/O RAICES NEURALES, (P.EJ., ESTENOSIS ESPINAL O ESTENOSIS DEL RECESO LATERAL)), UN SOLO SEGMENTO; LUMBAR	76.0

CRÁNEO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
63081	CORPECTOMÍA VERTEBRAL (RESECCIÓN DE CUERPO VERTEBRAL), PARCIAL O COMPLETA, ABORDAJE ANTERIOR CON DESCOMPRESIÓN DE MÉDULA ESPINAL Y/O DE RAÍCES NEURALES; CERVICAL, UN SOLO SEGMENTO	76.0
63085	CORPECTOMÍA VERTEBRAL (RESECCION DE CUERPO VERTEBRAL), PARCIAL O COMPLETA, ABORDAJE TRANSTORÁCICO CON DESCOMPRESIÓN DE MÉDULA ESPINAL Y/O DE RAICES NEURALES; TORÁCICO, UN SOLO SEGMENTO	76.0
63185	LAMINECTOMÍA CON RIZOTOMÍA; UNO O MÁS SEGMENTOS	76.0
63194	LAMINECTOMÍA CON CORDOTOMÍA, CON SECCIÓN DE UN HAZ ESPINOTALÁMICO, UN ESTADIO; CERVICAL	76.0
63195	LAMINECTOMÍA CON CORDOTOMIA, CON SECCION DE UN HAZ ESPINOTALÁMICO, UN ESTADIO; TORÁCICA	76.0
63265	LAMINECTOMÍA PARA ESCISIÓN O EVACUACIÓN DE LESIÓN INTRAESPINAL QUE NO SEA NEOPLASIA, EXTRADURAL; CERVICAL	76.0
63266	LAMINECTOMÍA PARA ESCISIÓN O EVACUACIÓN DE LESIÓN INTRAESPINAL QUE NO SEA NEOPLASIA; TORÁCICA	76.0
63267	LAMINECTOMÍA PARA ESCISIÓN O EVACUACIÓN DE LESIÓN INTRAESPINAL QUE NO SEA NEOPLASIA; LUMBAR	76.0
63275	LAMINECTOMÍA PARA BIOPSIA O ESCISIÓN DE NEOPLASIA INTRAESPINAL; EXTRADURAL, CERVICAL	76.0
63276	LAMINECTOMÍA PARA BIOPSIA O ESCISIÓN DE NEOPLASIA INTRAESPINAL; EXTRADURAL, TORÁCICA	76.0
63277	LAMINECTOMÍA PARA BIOPSIA O ESCISIÓN DE NEOPLASIA INTRAESPINAL; EXTRADURAL, LUMBAR	76.0
63300	CORPECTOMÍA VERTEBRAL (RESECCIÓN DE CUERPO VERTEBRAL), PARCIAL O COMPLETA, PARA ESCISIÓN DE LESIÓN INTRAESPINAL, UN SOLO SEGMENTO; EXTRADURAL, CERVICAL	76.0
63301	CORPECTOMIA VERTEBRAL (RESECCION DE CUERPO VERTEBRAL), PARCIAL O COMPLETA, PARA ESCISION DE LESION INTRAESPINAL, UN SOLO SEGMENTO; EXTRADURAL, TORACICA MEDIANTE ABORDAJE TRANSTORACICO	61.6

CRÁNEO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
63302	CORPECTOMÍA VERTEBRAL (RESECCIÓN DE CUERPO VERTEBRAL), PARCIAL O COMPLETA, PARA ESCISIÓN DE LESIÓN INTRAESPINAL, UN SOLO SEGMENTO; EXTRADURAL, TORÁCICA MEDIANTE ABORDAJE TORACOLUMBAR	61.6
63303	CORPECTOMÍA VERTEBRAL (RESECCIÓN DE CUERPO VERTEBRAL), PARCIAL O COMPLETA, PARA ESCISIÓN DE LESIÓN INTRAESPINAL, UN SOLO SEGMENTO; EXTRADURAL, LUMBAR O SACRA MEDIANTE ABORDAJE TRANSPERITONEAL O RETROPERITONEAL	61.6
63600	PRODUCCIÓN DE LESIÓN DE MÉDULA ESPINAL MEDIANTE MÉTODO ESTEREOTÁXICO, PERCUTÁNEO, CUALQUIER MODALIDAD (INCLUYENDO ESTIMULACIÓN Y/O REGISTRO)	32.0
63655	LAMINECTOMÍA PARA IMPLANTACIÓN DE ELECTRODO NEUROESTIMULADOR, PLACA/PALETA, EPIDURAL	44.0
63700	CORRECCIÓN DE MENINGOCELE; MENOR DE 5 CM DE DIÁMETRO	72.0
63704	CORRECCIÓN DE MIELOMENINGOCELE; MENOR DE 5 CM DE DIÁMETRO	76.0
63707	CORRECCIÓN DE ESCAPE DE LCR DURAL, QUE NO REQUIERA LAMINECTOMÍA	52.0
63709	CORRECCIÓN DE ESCAPE DE LCR DURAL O DE PSEUDOMENINGOCELE, CON LAMINECTOMÍA	76.0

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
64400	INYECCIÓN, AGENTE ANESTÉSICO; NERVIO TRIGÉMINO, CUALQUIER DIVISIÓN O RAMA	8.0
64402	INYECCIÓN, AGENTE ANESTÉSICO; NERVIO FACIAL	8.0
64408	INYECCIÓN, AGENTE ANESTÉSICO; NERVIO VAGO	8.0
64413	INYECCIÓN, AGENTE ANESTÉSICO; PLEXO CERVICAL	8.0
64415	INYECCIÓN, AGENTE ANESTÉSICO; PLEXO BRAQUIAL	8.0
64420	INYECCIÓN, AGENTE ANESTÉSICO; NERVIO INTERCOSTAL, UNO SOLO	8.0
64442	NERVIO PARAVERTEBRAL DE LA FACETA ARTICULAR, LUMBAR, UN SOLO NIVEL	8.0
64445	INYECCIÓN, AGENTE ANESTÉSICO; NERVIO CIÁTICO	8.0

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
64510	INYECCIÓN, AGENTE ANESTÉSICO; GANGLIO ESTRELLADO (SIMPÁTICO CERVICAL)	8.0
64600	DESTRUCCIÓN MEDIANTE AGENTE NEUROLÍTICO, NERVIO TRIGÉMINO; RAMAS SUPRAORBITAL, INFRAORBITAL, MENTONIANA, O ALVEOLAR INFERIOR	8.0
64605	DESTRUCCIÓN MEDIANTE AGENTE NEUROLÍTICO, NERVIO TRIGÉMINO; RAMAS DE SEGUNDA Y TERCERA DIVISIÓN A NIVEL DEL FORAMEN OVAL	12.0
64610	DESTRUCCIÓN MEDIANTE AGENTE NEUROLÍTICO, NERVIO TRIGÉMINO; RAMAS DE SEGUNDA Y TERCERA DIVISIÓN A NIVEL DEL FORAMEN OVAL, CON MONITORIZACIÓN RADIOLÓGICA	12.0
64613	QUIMIODENERVACIÓN DE MÚSCULOS; MÚSCULOS ESPINALES CERVICALES (P. EJ., PARA TORTÍCOLIS ESPASMÓDICO)	8.0
64622	DESTRUCCIÓN MEDIANTE AGENTE NEUROLÍTICO, NERVIO DE FACETA ARTICULAR PARAVERTEBRAL, LUMBAR, UN SOLO NIVEL	8.0
64721	NERVIO MEDIANO A NIVEL DEL TUNEL CARPAL	16.0
64732	TRANSECCIÓN O AVULSIÓN DE; NERVIO SUPRAORBITAL	12.0
64734	TRANSECCIÓN O AVULSIÓN DE; NERVIO INFRAORBITAL	12.0
64742	TRANSECCIÓN O AVULSIÓN DE; NERVIO FACIAL, DIFERENCIAL O COMPLETA	16.0
64752	TRANSECCIÓN O AVULSIÓN DE; NERVIO VAGO (VAGOTOMIA), TRANSTORÁCICA	28.0
64755	TRANSECCIÓN O AVULSIÓN DE; VAGOS LIMITADOS AL ESTOMÁGO PROXIMAL (VAGOTOMÍA PROXIMAL SELECTIVA, VAGOTOMÍA GÁSTRICA PROXIMAL, VAGOTOMÍA DE CÉLULAS PARIETALES, VAGOTOMÍA SUPRA- O ALTAMENTE SELECTIVA)	56.0
64760	TRANSECCIÓN O AVULSIÓN DE; NERVIO VAGO (VAGOTOMIA), ABDOMINAL	56.0
64774	ESCISIÓN DE NEUROMA; NERVIO CUTÁNEO, IDENTIFICABLE QUIRÚRGICAMENTE	12.0
64776	ESCISIÓN DE NEUROMA; NERVIO DIGITAL, UNO O AMBOS, UN MISMO DÍGITO	12.8
64782	ESCISIÓN DE NEUROMA; MANO O PIE, CON EXCEPCIÓN DE NERVIO DIGITAL	12.0

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
64786	ESCISIÓN DE NEUROMA; NERVIOS CIÁTICO	16.0
64788	ESCISIÓN DE NEUROFIBROMA O NEUROLEMOMA; NERVIOS CUTÁNEO	12.0
64792	ESCISIÓN DE NEUROFIBROMA O NEUROLEMOMA; AMPLIA (INCLUYENDO DE TIPO MALIGNO)	52.0
64795	BIOPSIA DE NERVIOS	12.0
64802	SIMPATECTOMÍA, CERVICAL	44.0
64804	SIMPATECTOMÍA, CERVICOTORÁCICA	44.0
64809	SIMPATECTOMÍA, TORACOLUMBAR	44.0
64818	SIMPATECTOMÍA, LUMBAR	44.0
64831	SUTURA DE NERVIOS DIGITAL, MANO O PIE; UN NERVIOS	40.0
64835	SUTURA DE UN NERVIOS, MANO O PIE; TENAR MOTOR MEDIANO	28.0
64836	SUTURA DE UN NERVIOS, MANO O PIE; MOTOR CUBITAL	24.0
64840	SUTURA DE NERVIOS TIBIAL POSTERIOR	24.0
64856	SUTURA DE NERVIOS PERIFÉRICO MAYOR, BRAZO O PIERNA, EXCEPTO CIÁTICO, INCLUYENDO TRANSPOSICIÓN	40.0
64857	SUTURA DE NERVIOS PERIFÉRICO MAYOR, BRAZO O PIERNA, EXCEPTO CIÁTICO; SIN TRANSPOSICIÓN	40.0
64858	SUTURA DEL NERVIOS CIÁTICO	40.0
64861	SUTURA DE PLEXO BRAQUIAL	36.0
64862	SUTURA DE PLEXO LUMBAR	36.0
64864	SUTURA DEL NERVIOS FACIAL; EXTRACRANEAL	28.0
64885	INJERTO DE NERVIOS (INCLUYE LA OBTENCIÓN DEL INJERTO), CABEZA O CUELLO; HASTA 4 CM DE LONGITUD	40.0
64886	INJERTO DE NERVIOS (INCLUYE LA OBTENCIÓN DEL INJERTO), CABEZA O CUELLO; MÁS DE 4 CM DE LONGITUD	40.0
64890	INJERTO DE NERVIOS (INCLUYE LA OBTENCIÓN DEL INJERTO), HEBRA ÚNICA, MANO O PIE; HASTA 4 CM DE LONGITUD	40.0
64892	INJERTO DE NERVIOS (INCLUYE LA OBTENCIÓN DEL INJERTO), HEBRA ÚNICA, BRAZO O PIERNA; HASTA 4 CM DE LONGITUD	40.0

ORBITA, OJO, CONJUNTIVA, RETINA, VITREO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
65091	EVISKERACIÓN DE CONTENIDOS OCULARES; SIN IMPLANTE	20.0
65093	EVISKERACIÓN DE CONTENIDOS OCULARES; CON IMPLANTE	20.0
65101	ENUCLEACIÓN DEL OJO; SIN IMPLANTE	28.0
65103	ENUCLEACIÓN DEL OJO; CON IMPLANTE, MÚSCULOS NO UNIDOS AL IMPLANTE	32.0
65105	CON IMPLANTE, MÚSCULOS UNIDOS AL IMPLANTE	35.0
65110	EXENTERACIÓN DE LA ÓRBITA (NO INCLUYE INJERTO CUTÁNEO), EXTIRPACIÓN DE CONTENIDOS OCULARES; SOLAMENTE	40.0
65130	INSERCIÓN DE IMPLANTE OCULAR, SECUNDARIO; DESPUÉS DE LA EVISKERACIÓN, ENVUELTO POR LA ESCLERÓTICA	36.0
65205	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, OJO EXTERNO; CONJUNTIVAL SUPERFICIAL	2.8
65210	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, OJO EXTERNO; CONJUNTIVAL INTERNO (INCLUYE CONCRECIONES), SUBCONJUNTIVAL, O ESCLERAL NO PERFORANTE	3.2
65222	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, OJO EXTERNO; CORNEAL, CON LÁMPARA DE HENDIDURA	2.8
65235	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, INTRAOCULAR; DE LA CÁMARA ANTERIOR O CRISTALINO	28.0
65265	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, INTRAOCULAR; DEL SEGMENTO POSTERIOR, EXTRACCIÓN NO MAGNÉTICA	24.0
65270	CORRECCIÓN DE LACERACIÓN; CONJUNTIVA, CON O SIN LACERACIÓN NO PERFORANTE DE ESCLERÓTICA, CIERRE DIRECTO	16.0
65272	CORRECCIÓN DE LACERACIÓN; CONJUNTIVA, MEDIANTE MOVILIZACIÓN Y REARREGLO, SIN HOSPITALIZACIÓN	24.0
65275	CORRECCIÓN DE LACERACIÓN; CórNEA, NO PERFORANTE, CON O SIN EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	28.0
65280	CORRECCIÓN DE LACERACIÓN; CórNEA Y/O ESCLERÓTICA, PERFORANTE, SIN INVOLUCRAR TEJIDO UVEAL	28.0
65290	CORRECCIÓN DE HERIDA, MÚSCULO EXTRAOCULAR, TENDÓN Y/O CÁPSULA DE TENON	32.0
65400	ESCISIÓN DE LESIÓN, CórNEA (QUERATECTOMÍA, LAMELAR, PARCIAL), EXCEPTO PTERIGIÓN	28.0

ORBITA, OJO, CONJUNTIVA, RETINA, VITREO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
65410	BIOPSIA DE CÓRNEA	12.0
65420	ESCISIÓN O TRANSPOSICIÓN DE PTERIGIÓN; SIN INJERTO	12.0
65426	ESCISIÓN O TRANSPOSICIÓN DE PTERIGIÓN; CON INJERTO	16.0
65450	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE CÓRNEA MEDIANTE CRIOTERAPIA, FOTOCOAGULACIÓN O TERMOCAUTERIZACIÓN	16.0
65710	QUERATOPLASTIA (TRASPLANTE DE CORNEA); LAMELAR	36.8
65730	QUERATOPLASTÍA (TRASPLANTE DE CÓRNEA); PENETRANTE (EXCEPTO EN AFAQUIA)	36.8
65750	QUERATOPLASTIA (TRASPLANTE DE CORNEA); PENETRANTE (EN AFAQUIA)	36.8
65760	QUERATOMILEUSIS / EXIMER LASSER	47.1
65765	QUERATOFAQUIA	40.0
65767	EPIQUERATOPLASTIA	40.0
65771	QUERATOTOMÍA RADIAL	32.0
65820	GONIOTOMÍA	20.0
65855	TRABECULOPLASTIA MEDIANTE CIRUGIA LÁSER, UNA O MÁS SESIONES (SERIE DE TRATAMIENTO DEFINIDA)	20.0
65860	SECCIÓN DE ADHERENCIAS DEL SEGMENTO ANTERIOR, TÉCNICA DE LÁSER (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	16.0
65865	SECCIÓN DE ADHERENCIAS DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO, TÉCNICA INCISIONAL (CON O SIN INYECCIÓN DE AIRE O LÍQUIDO) (PROCEDIMIENTO SEPARADO); GONIOSINEQUIAS	20.0
65870	SECCIÓN DE ADHERENCIAS DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO, TÉCNICA INCISIONAL (CON O SIN INYECCIÓN DE AIRE O LÍQUIDO) (PROCEDIMIENTO SEPARADO); SINEQUIA ANTERIOR, EXCEPTO GONIOSINEQUIAS	20.0
65875	SECCIÓN DE ADHERENCIAS DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO, TÉCNICA INCISIONAL (CON O SIN INYECCIÓN DE AIRE O LÍQUIDO) (PROCEDIMIENTO SEPARADO); SINEQUIA POSTERIOR	28.0
65880	SECCIÓN DE ADHERENCIAS DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO, TÉCNICA INCISIONAL (CON O SIN INYECCIÓN DE AIRE O LÍQUIDO) (PROCEDIMIENTO SEPARADO); ADHERENCIAS CORNEOVITREAS	28.0
66130	ESCISIÓN DE LESIÓN, ESCLERÓTICA	12.0

ORBITA, OJO, CONJUNTIVA, RETINA, VITREO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
66155	FISTULIZACIÓN DE ESCLERÓTICA DEBIDO A GLAUCOMA; TERMOCAUTERIZACIÓN CON IRIDECTOMÍA	16.0
66170	FISTULIZACIÓN DE ESCLERÓTICA, DEBIDO A GLAUCOMA; TRABECULECTOMÍA AB EXTERNO EN AUSENCIA DE CIRUGÍA PREVIA	17.6
66172	FISTULIZACIÓN DE ESCLERÓTICA, DEBIDO A GLAUCOMA; TRABECULECTOMIA AB EXTERNO CON TEJIDO CICATRIZAL ORIGINADO POR CIRUGÍA OCULAR PREVIA O TRAUMA (INCLUYE INYECCIÓN DE AGENTES ANTIFIBRÓTICOS)	19.2
66500	IRIDOTOMÍA MEDIANTE INCISIÓN CON INSTRUMENTO CORTANTE (PROCEDIMIENTO SEPARADO); EXCEPTO TRANSFICCIÓN	28.0
66600	IRIDECTOMÍA, CON SECCIÓN CORNEOESCLERAL O CORNEAL; PARA REMOCIÓN DE LESIÓN	32.0
66625	IRIDECTOMÍA, CON SECCIÓN CORNEOESCLERAL O CORNEAL; PERIFÉRICA, POR GLAUCOMA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	28.0
66680	CORRECCIÓN DEL IRIS, CUERPO CILIAR (COMO PARA IRIDODIALISIS)	24.0
66761	IRIDOTOMÍA/ IRIDECTOMÍA MEDIANTE CIRUGÍA LÁSER (P. EJ., PARA GLAUCOMA) (UNA O MÁS SESIONES)	20.0
66762	IRIDOPLASTIA MEDIANTE FOTOCOAGULACIÓN (UNA O MÁS SESIONES) (P. EJ., PARA MEJORAR LA VISIÓN, PARA ENSANCHAMIENTO DEL ÁNGULO DE LA CÁMARA ANTERIOR)	16.0
66983	EXTRACCIÓN DE CATARATA INTRACAPSULAR CON INSERCIÓN DE PRÓTESIS DEL CRISTALINO (PROCEDIMIENTO EN UN ESTADIO)	36.0
66984	EXTIRPACIÓN DE CATARATA EXTRACAPSULAR CON INSERCIÓN DE PRÓTESIS DE CRISTALINO INTRAOCULAR (PROCEDIMIENTO EN UN ESTADIO), TÉCNICA MANUAL O MECÁNICA (P.EJ., IRRIGACIÓN Y ASPIRACIÓN O FACOEMULSIFICACIÓN)	34.3
67005	EXTIRPACIÓN DEL VITREO, ABORDAJE ANTERIOR (TÉCNICA A CIELO ABIERTO O INCISIÓN DEL LIMBO); EXTIRPACIÓN PARCIAL	28.0
67010	EXTIRPACIÓN DEL VITREO, ABORDAJE ANTERIOR (TÉCNICA A CIELO ABIERTO O INCISIÓN DEL LIMBO); EXTIRPACIÓN SUBTOTAL CON VITRECTOMÍA MECÁNICA	36.0



ORBITA, OJO, CONJUNTIVA, RETINA, VITREO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
67031	SECCIÓN DE HEBRAS DE VITREO, ADHERENCIAS VÍTREAS, LAMINAS, MEMBRANAS U OPACIDADES, CIRUGÍA LÁSER (UNO O MÁS ESTADIOS)	36.0
67039	VITRECTOMÍA, MECÁNICA, VÍA PARS PLANA; CON FOTOCOAGULACIÓN FOCAL ENDOLÁSER	28.0
67101	CORRECCIÓN DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA, UNA O MÁS SESIONES; CRIOTERAPIA O DIATERMIA, CON O SIN DRENAJE DE FLUÍDO SUBRETINAL	30.4
67105	CORRECCIÓN DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA, UNA O MÁS SESIONES; FOTOCOAGULACIÓN, CON O SIN DRENAJE DE FLUÍDO SUBRETINAL	40.0
67108	CORRECCIÓN DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA; CON VITRECTOMA, CUALQUIER MÉTODO, CON O SIN TAPONAMIENTO CON AIRE O GAS EXPANSIVO, FOTOCOAGULACION CON ENDOLÁSER FOCAL, CRIOTERAPIA, DRENAJE DE FLUÍDO SUBRETINAL, HEBILLA DE ESCLERÓTICA (INDENTACIÓN ESCLERAL), Y/O EXTIRPACIÓN DE CRISTALINO MEDIANTE LA MISMA	67.2
67141	PROFILAXIS DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA (P. EJ., ROTURA DE RETINA, DEGENERACIÓN EN EMPALIZADA) SIN DRENAJE, UNA O MÁS SESIONES; CRIOTERAPIA, DIATERMIA	29.6
67145	PROFILAXIS DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA (P. EJ., ROTURA DE RETINA, DEGENERACIÓN EN EMPALIZADA) SIN DRENAJE UNA O MÁS SESIONES; FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER O ARCO DE XENÓN)	8.0
67208	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN LOCALIZADA DE LA RETINA (P.EJ., EDEMA MACULAR, TUMORES), UNA O MÁS SESIONES; CRIOTERAPIA, DIATERMIA	12.0
67210	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN LOCALIZADA DE LA RETINA (P. EJ., EDEMA MACULAR, TUMORES), UNA O MÁS SESIONES; FOTOCOAGULACIÓN	12.0
67228	DESTRUCCIÓN DE RETINOPATIA EXTENSA O PROGRESIVA (P. EJ., RETINOPATIA DIABÉTICA), UNA O MÁS SESIONES; FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER O ARCO DE XENÓN)	12.0
67311	CIRUGÍA PARA ESTRABISMO, PROCEDIMIENTO DE RECESIÓN O RESECCIÓN; UN MÚSCULO HORIZONTAL	35.2

ORBITA, OJO, CONJUNTIVA, RETINA, VITREO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
67312	CIRUGÍA PARA ESTRABISMO, PROCEDIMIENTO DE RECESIÓN O RESECCIÓN; DOS MÚSCULOS HORIZONTALES	36.0
67314	CIRUGÍA PARA ESTRABISMO, PROCEDIMIENTO DE RECESIÓN O RESECCIÓN; UN MÚSCULO VERTICAL (EXCLUYENDO EL OBLICUO SUPERIOR)	28.0
67316	CIRUGÍA PARA ESTRABISMO, PROCEDIMIENTO DE RECESIÓN O RESECCIÓN; DOS O MAS MÚSCULOS VERTICALES (EXCLUYENDO EL OBLICUO SUPERIOR)	28.0
67318	CIRUGÍA PARA ESTRABISMO, CUALQUIER PROCEDIMIENTO, MÚSCULO OBLICUO SUPERIOR	32.0
67400	ORBITOTOMÍA SIN COLGAJO ÓSEO (ABORDAJE FRONTAL O TRANSCONJUNTIVAL); PARA EXPLORACIÓN, CON O SIN BIOPSIA	28.0
67405	ORBITOTOMÍA SIN COLGAJO ÓSEO (ABORDAJE FRONTAL O TRANSCONJUNTIVAL); CON DRENAJE SOLAMENTE	28.0
67412	ORBITOTOMÍA SIN COLGAJO ÓSEO (ABORDAJE FRONTAL O TRANSCONJUNTIVAL); CON EXTIRPACIÓN DE LESIÓN	28.0
67414	ORBITOTOMÍA SIN COLGAJO OSEO (ABORDAJE FRONTAL O TRANSCONJUNTIVAL); CON EXTIRPACIÓN DE HUESO PARA DESCOMPRESION	40.0
67420	ORBITOTOMÍA CON COLGAJO ÓSEO O VENTANA ÓSEA, ABORDAJE LATERAL (P. EJ., KROENLEIN); CON EXTIRPACIÓN DE LESIÓN	40.0
67445	ORBITOTOMÍA CON COLGAJO OSEO O VENTANA ÓSEA, ABORDAJE LATERAL (P.EJ., KROENLEIN); CON EXTIRPACIÓN DE HUESO PARA DESCOMPRESIÓN	40.0
67570	DESCOMPRESIÓN DEL NERVIÓ ÓPTICO (P. EJ., INCISIÓN O FENESTRACIÓN DE LA VAINA DEL NERVIÓ ÓPTICO)	40.0
67700	BLEFAROTOMÍA, DRENAJE DE ABSCESO, PARPADO	12.8
67715	CANTOTOMÍA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	4.0
67800	ESCISIÓN DE CHALAZION; UNO SOLO	2.4
67810	BIOPSIA DE PARPADO	12.0
67820	CORRECCIÓN DE TRIQUIASIS; EPILACIÓN, MEDIANTE PINZAS SOLAMENTE	2.4

ORBITA, OJO, CONJUNTIVA, RETINA, VITREO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
67840	ESCISIÓN DE LESIÓN DEL PÁRPADO (EXCEPTO CHALAZION) SIN CIERRE O CON CIERRE DIRECTO SIMPLE	4.0
67901	CORRECCIÓN DE BLEFAROPTOSIS; MÉTODO DEL MÚSCULO FRONTAL CON SUTURA U OTRO MATERIAL	17.6
67914	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN; SUTURA	20.0
67916	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN; BLEFAROPLASTÍA, ESCISIÓN DE CUÑA TARSIANA	20.0
67921	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN; SUTURA	20.0
67923	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN; BLEFAROPLASTIA, ESCISIÓN DE CUÑA TARSIANA	20.0
67924	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN; BLEFAROPLASTIA, AMPLIA (P. EJ., OPERACIÓN DE WHEELER)	20.0
67930	SUTURA DE HERIDA RECIENTE, PÁRPADO, QUE INVOLUCRE BORDE DEL PÁRPADO, TARSO Y/O CONJUNTIVA PALPEBRAL, CIERRE DIRECTO; ESPESOR PARCIAL	20.0
67950	CANTOPLASTÍA (RECONSTRUCCIÓN DE CANTO)	8.0
67961	ESCISIÓN 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	20.0
67966	ESCISIÓN 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	24.0
68100	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	12.0
68110	ESCISIÓN DE LESIÓN, CONJUNTIVA; HASTA 1 CM	4.8
68115	ESCISIÓN DE LESIÓN, CONJUNTIVA; MÁS DE 1 CM	8.0
68320	CONJUNTIVOPLASTÍA; CON INJERTO CONJUNTIVAL O REARREGLO AMPLIO	24.0

ORBITA, OJO, CONJUNTIVA, RETINA, VITREO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
68326	CONJUNTIVOPLASTÍA, RECONSTRUCCIÓN FONDO DE SACO (CUL DE SAC CONJUNTIVAL); CON INJERTO CONJUNTIVAL O REARREGLO AMPLIO	20.0
68400	INCISIÓN, DRENAJE DE GLÁNDULA LAGRIMAL	8.0
68420	INCISIÓN, DRENAJE DE SACO LAGRIMAL (DACRIOCISTOTOMÍA O DACRIOCISTOSTOMÍA)	16.0
68500	ESCISIÓN DE GLÁNDULA LAGRIMAL (DACRIOADENECTOMÍA) EXCEPTO POR TUMOR; TOTAL	16.0
68510	BIOPSIA DE GLÁNDULA LAGRIMAL	6.4
68520	ESCISIÓN DE SACO LAGRIMAL (DACRIOCISTECTOMÍA)	16.0
68525	BIOPSIA DE SACO LAGRIMAL	6.4
68540	ESCISIÓN DE TUMOR DE GLÁNDULA LAGRIMAL; ABORDAJE FRONTAL	16.0
68720	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA (FISTULIZACIÓN DE SACO LAGRIMAL A LA CAVIDAD NASAL)	24.0
68745	CONJUNTIVORRINOSTOMÍA (FISTULIZACIÓN DE LA CONJUNTIVA A LA CAVIDAD NASAL); SIN TUBO	24.0
68750	CONJUNTIVORRINOSTOMÍA (FISTULIZACIÓN DE LA CONJUNTIVA A LA CAVIDAD NASAL); CON INSERCIÓN DE TUBO O CATETER DILATADOR	24.0
68760	CIERRE DEL PUNTO LAGRIMAL (PUNCTUM LACRIMALE); CON TERMOCAUTERIZACIÓN, LIGADURA, O CIRUGÍA LÁSER	2.4
68770	CIERRE DE FÍSTULA LAGRIMAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	4.0
68801	DILATACIÓN DE PUNTO LAGRIMAL (PUNCTUM LACRIMALE), CON O SIN IRRIGACION	2.4
68810	SONDEO DE CONDUCTO NASOLAGRIMAL, CON O SIN IRRIGACIÓN	4.0
69020	DRENAJE DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, ABSCESO	4.8
OÍDO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
69145	ESCISIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO BLANDO, CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	4.8
69200	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO; SIN ANESTESIA GENERAL	4.8

## CONDICIONES GENERALES

OÍDO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
69205	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO; CON ANESTESIA GENERAL	8.0
69210	REMOCIÓN DE CERUMEN IMPACTADO (PROCEDIMIENTO SEPARADO), UNO O AMBOS OÍDOS	2.4
69320	RECONSTRUCCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO DEBIDO A ATRESIA CONGENITA, UN SOLO ESTADIO	20.0
69420	MIRINGOTOMIA INCLUYENDO ASPIRACIÓN Y/O INSUFLACIÓN DE CONDUCTO DE EUSTAQUIO	9.6
69421	MIRINGOTOMIA INCLUYENDO ASPIRACIÓN Y/O INSUFLACIÓN DE CONDUCTO DE EUSTAQUIO CON NECESIDAD DE ANESTESIA GENERAL	14.4
69424	REMOCIÓN DE TUBO DE VENTILACIÓN ORIGINALMENTE INSERTADO POR OTRO MÉDICO	9.6
69436	TIMPANOSTOMIA (QUE REQUIERA INSERCIÓN DE TUBO DE VENTILACIÓN), ANESTESIA GENERAL	28.0
69440	EXPLORACIÓN DEL OÍDO MEDIO A TRAVÉS DE INCISIÓN DEL CONDUCTO AUDITIVO O POSTAURICULAR	16.0
69501	ANTROTOMÍA TRANSMASTOIDEA (MASTOIDECTOMÍA SIMPLE)	24.0
69502	MASTOIDECTOMÍA; COMPLETA	40.0
69511	MASTOIDECTOMIA; RADICAL	36.0
69620	MIRINGOPLASTIA (CIRUGÍA CONFINADA A LA MEMBRANA TÍMPÁNICA Y REGION DONANTE)	12.0
69631	TIMPANOPLASTIA SIN MASTOIDECTOMIA (INCLUYENDO CONDUCTOPLASTIA, ATICOTOMÍA Y/O CIRUGÍA DEL OÍDO MEDIO), INICIAL O REVISIÓN; SIN RECONSTRUCCIÓN DE LA CADENA DE HUESECILLOS.	32.0
69632	TIMPANOPLASTIA SIN MASTOIDECTOMÍA (INCLUYENDO CONDUCTOPLASTIA, ATICOTOMIA Y/O CIRUGÍA DE OÍDO MEDIO), INICIAL O REVISIÓN; CON RECONSTRUCCIÓN DE LA CADENA DE HUESECILLOS (P. EJ., POSTFENESTRACIÓN)	32.0
69635	TIMPANOPLASTIA CON ANTROTOMIA O MASTOIDOTOMIA (INCLUYENDO CONDUCTOPLASTIA, ATICOTOMIA, CIRUGÍA DEL OÍDO MEDIO, Y/O CORRECCIÓN DE LA MEMBRANA DEL TIMPANO); SIN RECONSTRUCCIÓN DE LA CADENA DE HUESECILLOS.	36.0

## CONDICIONES GENERALES

OÍDO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
69636	TIMPLANOPLASTIA CON ANTROTOMIA O MASTOIDOTOMIA (INCLUYENDO CONDUCTOPLASTIA, ATICOTOMIA, CIRUGÍA DE OÍDO MEDIO Y/O CORRECCIÓN DE LA MEMBRANA DEL TIMPANO; RECONSTRUCCIÓN DE LA CADENA DE HUESECILLOS	40.0
69637	TIMPANOPLASTIA CON ANTROTOMIA O MASTOIDOTOMIA (INCLUYENDO CONDUCTOPLASTIA, ATICOTOMIA, CIRUGÍA DEL OÍDO MEDIO Y/O CORRECCION DE LA MEMBRANA DEL TIMPANO); CON RECONSTRUCCIÓN DE LA CADENA DE HUESECILLOS Y PRÓTESIS SINTÉTICA (P. EJ., PRÓTESIS DE REEMPLAZO OSICULAR PARCIAL (PROP), PRÓTESIS DE REEMPLAZO OSICULAR TOTAL (PROT))	44.0
69642	TIMPANOPLASTIA CON MASTOIDECTOMIA (INCLUYENDO CONDUCTOPLASTIA, CIRUGÍA DEL OÍDO MEDIO, CORRECCIÓN DE LA MEMBRANA DE L TIMPANO); CON RECONSTRUCCIÓN DE LA CADENA DE HUESILLOS.	44.0
69660	ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA CON REESTABLECIMIENTO DE CONTINUIDAD OSICULAR, CON O SIN USO DE MATERIAL EXTRAÑO	48.0
69666	CORRECCIÓN DE FISTULA DE LA VENTANA OVAL	16.8
69667	CORRECCIÓN DE FISTULA DE LA VENTANA REDONDA	16.8
69676	NEURECTOMÍA TÍMPÁNICA	23.2
69720	DESCOMPRESIÓN DEL NERVI0 FACIAL, INTRATEMPORAL; LATERAL AL GANGLIO GENICULADO	64.0
69725	DESCOMPRESION DEL NERVI0 FACIAL, INTRATEMPORAL; INCLUYENDO PARTE MEDIAL AL GANGLIO GENICULADO	64.0
69740	SUTURA DEL NERVI0 FACIAL, INTRATEMPORAL, CON O SIN INJERTO O DESCROMPRESIÓN; LATERAL AL GANGLIO GENICULADO	64.0
69745	SUTURA DEL NERVI0 FACIAL, INTRATEMPORAL, CON O SIN INJERTO O DESCOMPRESIÓN; INCLUYENDO PARTE MEDIAL AL GANGLIO GENICULADO	64.0
69801	LABERINTOTOMÍA, CON O SIN CRIOCIRUGÍA INCLUYENDO OTROS PROCEDIMIENTOS DESTRUCTIVOS NO ESCISIONALES O PERFUSIÓN CON COMPUESTOS VESTIBULOACTIVOS (UNA O VARIAS PERFUSIONES); TRANSCONDUCTO	68.0

OÍDO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
69805	OPERACIÓN DEL SACO ENDOLINFÁTICO; SIN DERIVACIÓN	24.0
69806	OPERACIÓN DE SACO ENDOLINFÁTICO; CON DERIVACIÓN	24.0
69820	FENESTRACIÓN DEL CANAL SEMICIRCULAR	20.0
69905	LABERINTECTOMÍA; TRANSCONDUCTO	52.0
69910	LABERINTECTOMÍA; CON MASTOIDECTOMÍA	56.0
69915	SECCIÓN DEL NERVIOS VESTIBULAR, ABORDAJE TRANSLABERÍNTICO	64.0
69930	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO COCLEAR, CON O SIN MASTOIDECTOMÍA	60.0
69950	SECCIÓN DEL NERVIOS VESTIBULAR, ABORDAJE TRANSCRANEAL	80.0
69955	DESCOMPRESIÓN TOTAL DEL NERVIOS FACIAL Y/O CORRECCIÓN (PUEDE INCLUIR INJERTO)	64.0
69960	DESCOMPRESIÓN DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	28.0
69970	EXTIRPACIÓN DE TUMOR, HUESO TEMPORAL	52.0

PROCEDIMIENTOS / EXAMENES / ESTUDIOS ESPECIALES		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
85095	MÉDULA OSEA; ASPIRACIÓN SOLAMENTE	4.0
85097	MÉDULA OSEA; INTERPRETACIÓN DEL EXTENDIDO SOLAMENTE, CON O SIN RECUENTO DIFERENCIAL DE CÉLULAS	4.8
91000	INTUBACIÓN ESOFÁGICA Y OBTENCIÓN DE MATERIAL POR LAVADO PARA CITOLOGÍA, INCLUYENDO LA PREPARACIÓN DE MUESTRAS (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	8.0
91010	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGICA (ESTUDIO MANOMÉTRICO DEL ESÓFAGO Y/O DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA)	12.0
91011	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGICA (ESTUDIO MANOMÉTRICO DEL ESÓFAGO Y/O DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA); CON ESTIMULANTE DE MECOLILO O SEMEJANTE	12.0
91012	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGICA (ESTUDIO MANOMÉTRICO DEL ESÓFAGO Y/O DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA); CON ESTUDIOS DE PERFUSIÓN ÁCIDA	12.0
91020	ESTUDIOS (MANOMÉTRICOS) DE LA MOTILIDAD GÁSTRICA	12.0

PROCEDIMIENTOS / EXAMENES / ESTUDIOS ESPECIALES		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
91032	ESÓFAGO, PRUEBA DE REFLUJO ÁCIDO, CON ELECTRODO DE PH INTRALUMINAL PARA LA DETECCIÓN DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO	16.0
91033	ESÓFAGO, PRUEBA DE REFLUJO ÁCIDO, CON ELECTRODO DE PH INTRALUMINAL PARA LA DETECCIÓN DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO; REGISTRO PROLONGADO	16.0
91052	PRUEBA DE ANALISIS GÁSTRICO CON INYECCIÓN DE ESTIMULANTE DE LA SECRECIÓN GÁSTRICA (P. EJ., HISTAMINA, INSULINA, PENTAGASTRINA, CALCIO Y SECRETINA)	16.0
91065	PRUEBA DE HIDRÓGENO EN ALIENTO (P.EJ., PARA LA DETECCIÓN DE LA DEFICIENCIA DE LACTOSA)	4.0
91122	MANOMETRÍA ANORRECTAL	4.0
92081	EXÁMEN DE CAMPO VISUAL UNI O BILATERAL, CON INTERPRETACIÓN E INFORME; EXAMEN LIMITADO (P.EJ., PANTALLA TANGENTE, AUTO PLOT, PERÍMETRO DE ARCO, O PRUEBA AUTOMATIZADA DE NIVEL DE ESTÍMULO ÚNICO, TAL COMO OCTOPUS 3 O 7 O EQUIVALENTE)	3.2
92082	EXÁMEN DE CAMPO VISUAL UNI O BILATERAL, CON INTERPRETACIÓN EXAMEN INTERMEDIO (P. EJ., POR LO MENOS 2 ISOPTEROS EN EL PERÍMETRO GOLDMANN, O PROGRAMA DE CLASIFICACIÓN EVALUACIÓN SEMICUANTITATIVO, AUTOMATIZADO Y SUPRAUMBRAL, PRUEBA DE DIAGNOSTICO AUTOMATICO SUPRAUMBRAL DE HUMPHREY, PROGRAMA OCTOPUS 33)	3.2
92083	EXAMEN DE CAMPO VISUAL; EXÁMEN EXTENDIDO (P.EJ., CAMPOS VISUALES GOLDMAN CON GRÁFICA DE POR LO MENOS 3 ISOPTEROS Y DETERMINACIÓN ESTÉTICA DENTRO DE LOS 30 CENTRALES, OPERÍMETRA CUANTITATIVA Y AUTOMATIZADA DE UMBRAL, PROGRAMA OCTOPUS G-1, 3242, ANALIZADOR DE CAM)	3.2
92230	ANGIOSCOPIA CON FLUORESCEINA, CON INTERPRETACIÓN E INFORME	4.0
92235	ANGIOGRAFÍA CON FLUORESCEINA (INCLUYE IMAGENES EN MARCOS MÚLTIPLES), CON INTERPRETACIÓN E INFORME	4.0
92240	ANGIOGRAFÍA CON VERDE DE INDOCIANINA (INCLUYE IMÁGENES EN MARCOS MÚLTIPLES), CON INTERPRETACIÓN E INFORME	4.0

PROCEDIMIENTOS / EXAMENES / ESTUDIOS ESPECIALES		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
92265	OCULOELECTROMIOGRAFÍA DE AGUJA, UNO O VARIOS MÚSCULOS EXTRAOCULARES, UN OJO O AMBOS, CON INTERPRETACIÓN E INFORME	2.4
92270	ELECTROOCULOGRAFÍA CON INTERPRETACIÓN E INFORME	2.4
92275	ELECTRORRETINOGRAFÍA CON INTERPRETACIÓN E INFORME	2.4
92543	PRUEBA VESTIBULAR CALÓRICA, CADA IRRIGACIÓN (LA ESTIMULACIÓN BINAURAL, BITÉRMICA CONSTITUYE CUATRO PRUEBAS), CON REGISTRO	2.4
92552	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS (UMBRAL); ÍTRANSMITIDOS POR AIRE SOLAMENTE	6.4
92553	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS; TRANSMITIDOS POR AIRE Y HUESO	6.4
92557	EVALUACIÓN COMPLETA DEL UMBRAL DE AUDIOMETRÍA Y RECONOCIMIENTO DEL HABLA (92553 Y 92556 COMBINADOS)	7.2
92560	AUDIOMETRÍA DE BEKESY; EVALUACIÓN	7.2
92567	TIMPANOMETRÍA (PRUEBA DE IMPEDANCIA)	7.2
92575	PRUEBA DE NIVEL DE AGUDEZA NEUROSENSORIAL	7.2
92585	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS PARA LA AUDIOMETRÍA DE RESPUESTAS EVOCADAS Y/O PRUEBAS DEL SISTEMA NERVIOS NERVIOSO CENTRAL; ESTUDIO COMPLETO	8.0
92960	CARDIOVERSIÓN ELECTIVA, CONVERSIÓN ELÉCTRICA DE LA ARRITMIA, EXTERNA	7.2
92977	TOMBOSIS CORONARIA; POR INFUSIÓN INTRAVENOSA	17.6
92980	COLOCACIÓN TRANSCATETER DE CATÉTERES DILATADORES INTRACORONARIOS, PERCUTÁNEA, CON O SIN OTRAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS, CUALQUIER MÉTODO; UN SOLO VASO	44.0
92982	ANGIOPLASTIA DE BALÓN PERCUTÁNEA Y TRANSLUMINAL DE LAS CORONARIAS, UN SOLO VASO	24.1
92986	VALVULOPLASTIA PERCUTÁNEA DE BALÓN; VÁLVULA AÓRTICA	36.0
92987	VALVULOPLASTIA PERCUTÁNEA DE BALÓN; VÁLVULA MITRAL	36.0
92992	SEPTECTOMÍA O SEPTOSTOMÍA AURICULAR; MÉTODO TRANSVENOSO DE BALÓN, (P.E.J., TIPO RASHKIND) (INCLUYE LA CATETERIZACIÓN CARDÍACA	40.0

PROCEDIMIENTOS / EXAMENES / ESTUDIOS ESPECIALES		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
92993	SEPTECTOMÍA O SEPTOSTOMÍA AURICULAR; MÉTODO DE BISTURI (SEPTOSTOMIA DE PARK) (INCLUYE LA CATETERIZACIÓN CARDIACA)	40.0
92995	ATERECTOMÍA PERCUTÁNEA Y TRANSLUMINAL DE LAS CORONARIAS POR METODO MECANICO U OTRO MÉTODO, CON O SIN ANGIOPLASTIA DE BALÓN; UN SOLO VASO	68.0
93503	INSERCIÓN Y COLOCACIÓN DE CATETER DE FLUJO DIRIGIDO (P. E.J., SWAN-GANZ) PARA FINES DE CONTROL	3.2
93505	BIOPSIA DE ENDOMICARDIO	6.4
93510	CATETERIZACIÓN RETROGRADA DEL CORAZÓN IZQUIERDO DESDE LA ARTERIA BRAQUIAL, ARTERIA AXILAR O ARTERIA FEMORAL PERCUTANEA	21.6
93531	CATETERIZACIÓN DEL CORAZÓN DERECHO Y CATETERIZACIÓN RETRÓGRADA DEL CORAZÓN IZQUIERDO COMBINADAS, PARA ANOMALÍAS CARDIACAS CONGÉNITAS	14.4
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 CARDIACAS CONGÉNITAS	21.6
93545	PROCEDIMIENTO DE INYECCIÓN PARA LA CATETERIZACIÓN CARDIACA; PARA LA ANGIOGRAFÍA SELECTIVA DE LAS CORONARIAS (LA INYECCIÓN DEL MATERIAL RADIOOPACO PUEDE HACERSE MANUALMENTE)	16.0
93555	LA SUPERVISIÓN DE LAS IMÁGENES, SU INTERPRETACIÓN E INFORME PARA PROCEDIMIENTOS DE INYECCIÓN DURANTE LA CATETERIZACIÓN CARDIACA; ANGIOGRAFÍA VENTRICULAR Y/O AURICULAR	16.0
93600	REGISTRO DE HAZ DE HIS	10.4
93651	ABLACIÓN INTRACARDIACA POR CATETER, PARA FOCO ARRITMOGÉNICO; PARA EL TRATAMIENTO DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR POR ABLACIÓN DE VÍAS AURICULOVENTRICULARES RÁPIDAS O LENTAS, CONEXIONES AURÍCULO VENTRICULARES ACCESORIAS U OTROS FOCOS AURICULARES, EN FORMA AISLADA O COMBINADA	52.0

PROCEDIMIENTOS / EXAMENES / ESTUDIOS ESPECIALES		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
95812	ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG), CONTROL PROLONGADO; HASTA UNA HORA	4.0
95860	ELECTROMIOGRAFÍA DE AGUJA, UNA EXTREMIDAD CON O SIN ZONAS PARAESPINOSAS RELACIONADAS	2.4
95925	ESTUDIO DE POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES DE LATENCIA CORTA, ESTIMULACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS O SITIOS CUTÁNEOS, O TODOS ELLOS, REGISTRO DESDE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL; EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES	4.0
95926	ESTUDIOS DE POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES DE LATENCIA CORTA, ESTIMULACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS O SITIOS CUTÁNEOS, O TODOS ELLOS REGISTRO DESDE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL; EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES	4.0
95927	ESTUDIOS DE POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES DE LATENCIA CORTA, ESTIMULACION DE CUALQUIERA DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS O SITIOS CUTÁNEOS, O TODOS ELLOS REGISTRO DESDE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL; EN EL TRONCO O LA CABEZA	4.0
95961	MAPEO CORTICAL FUNCIONAL POR ESTIMULACIÓN DE ELECTRODOS EN LA SUPERFICIE DEL CEREBRO, O DE ELECTRODOS PROFUNDOS, PARA PROVOCAR CONVULSIONES O IDENTIFICAR LA CORTEZA VITAL; PRIMERA HORA DE PRESENCIA MEDICA	4.8
96410	ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA; TÉCNICA DE INFUSIÓN, HASTA UNA HORA	2.8
96412	ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA; TÉCNICA DE INFUSIÓN, UNA A 8 HORAS, CADA HORA ADICIONAL (ANOTAR SEPARADAMENTE ADEMÁS DEL CÓDIGO PARA EL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)	2.8
96450	ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (P. EJ., INTRATECAL), QUE REQUIERE PUNCIÓN LUMBAR, INCLUIDA	2.8
96542	INYECCIÓN DE QUIMIOTERAPIA, SUBARACNOIDE O INTRAVENTRICULAR A TRAVÉS DE RESERVORIO SUBCUTÁNEO, UN SOLO AGENTE O AGENTES MÚLTIPLES	2.8

CONSULTAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	%
97001	EVALUACIÓN DE FISIOTERAPIA	1.0
99241	CONSULTA PROFESIONAL EN EL CONSULTORIO MÉDICO PRIMER CONTACTO PACIENTE EXTERNO PRIMERA VEZ	1.88
99242	CONSULTA PROFESIONAL EN EL CONSULTORIO MÉDICO PRIMER CONTACTO PACIENTE EXTERNO SUBSECUENTE	1.88
99244	CONSULTA PROFESIONAL EN EL CONSULTORIO MÉDICO DE ESPECIALIDAD PACIENTE EXTERNO PRIMERA VEZ	1.88
99245	CONSULTA PROFESIONAL EN EL CONSULTORIO MÉDICO DE ESPECIALIDAD PACIENTE EXTERNO SUBSECUENTE	1.88
99281	CONSULTA DE EMERGENCIA EN CONSULTORIO (PRIMER CONTACTO) PARA EVALUACIÓN Y MANEJO	1.88
99281	CONSULTA DE EMERGENCIA EN CONSULTORIO (ESPECIALIDAD) PARA EVALUACIÓN Y MANEJO	4.00
99261	CONSULTA PROFESIONAL PARA PACIENTE INTERNADO	2.4
99291	CONSULTA DE EVALUACIÓN Y MANEJO DE PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS POR DÍA	3.2
99301	EVALUACIÓN Y MANEJO DE PACIENTE SERVICIO DE ENFERMERIA	1.6
99401	CONSULTA DE ASESORAMIENTO MEDICINA PREVENTIVA	1.52
76810	ULTRASONIDO ÚTERO GRAVIDO ESTUDIO COMPLETO	1.52
93000	ELECTROCARDIOGRAMA DE RUTINA CON 12 ELECTRÓDOS CON INTERPRETACIÓN E INFORME	1.52
9240	SEDACIÓN INTRAVENOSA	3.0
99141	SEDACIÓN CON O SIN ANALGESIA (SEDACIÓN CONSCIENTE); INTRAVENOSA, INTRAMUSCULAR O POR INHALACIÓN	3.0
99142	SEDACION CON O SIN ANALGESIA (SEDACION CONSCIENTE); ORAL, RECTAL Y/O INTRANASAL	3.0
6909	PREPARACIÓN DEL INFORME DEL ESTADO PSIQUIÁTRICO, HISTORIA MÉDICA, TRATAMIENTO O EVOLUCIÓN DEL PACIENTE (PARA FINES LEGALES O DE CONSULTA PROFESIONAL) DESTINADO A OTROS MÉDICOS, AGENCIAS O COMPAÑÍAS DE SEGUROS	1.52

**NOTA:** Existen procedimientos que no requieren de anestesia o ayudante y a pesar de venir marcados no se autorizan, por lo que están sujetos al dictamen médico.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 8 de octubre de 2015, con el número CNSF-S0001-0454-2015.

## MANUAL DEL USUARIO EN CASO DE SINIESTRO

Para asistencia vía telefónica llame al

**01800 201 6764**

Disponible las 24 horas los 365 días  
del año o vía electrónica al siguiente correo:

[asistenciamedica@banorte.com](mailto:asistenciamedica@banorte.com)

### PRESENTACIÓN

Lo invitamos a que consulte el presente documento, con el propósito de que conozca los beneficios que le brinda la adquisición de la Póliza de Gastos Médicos Mayores de Seguros Banorte. En este documento usted encontrará de una manera sencilla, los aspectos más relevantes de los diversos servicios que le ofrece Seguros Banorte, para apoyarlo en caso de requerir asistencia médica y resolver su problema de salud en caso de enfermedad o accidente.



CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (CAT) PARA ASEGURADOS	177
PAGO DIRECTO	179
REEMBOLSO DE GASTOS	180
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA	181
¿CÓMO ACCESAR A NUESTRA RED DE PROVEEDORES?	181

## **BENEFICIOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (CAT) PARA ASEGURADOS**

Los beneficios que obtiene al adquirir su póliza de Gastos Médicos Mayores con Seguros Banorte son entre otros los siguientes:

1. Centro de atención telefónica las 24 horas los 365 días del año.
  2. Red de Médicos Especialistas.
  3. Red Hospitalaria.
  4. Servicios de Apoyo.
  5. Asesoría relacionada con las coberturas que ofrece su póliza.
- 
1. **Nuestro CAT**, está conformado por un grupo de médicos asesores y ejecutivos disponibles las 24 hrs del día los 365 días del año, cuyo función es orientarle en caso de enfermedad o accidente y ayudarlo a encontrar la mejor alternativa de solución a su problema de salud, en aspectos tales como:
    - ¿Qué hacer en caso de emergencia?
    - Centros de Atención de Urgencias más cercanos a su domicilio.
    - Ayuda en la elección de la especialidad médica que requiera conforme a su padecimiento.
    - Coordinación para el internamiento en un centro hospitalario, en caso necesario.
    - Información de proveedores en convenio para servicios de laboratorio, gabinetes auxiliares de diagnóstico, etc.

Para tener acceso a estos servicios, sólo tiene que llamar al:

**01800 201 67 64**

o vía electrónica al siguiente correo:  
**asistenciamedica@banorte.com**

**Al solicitar una asesoría siempre deberá proporcionar su número de póliza, por lo que le recomendamos tener su Identificación de Seguros Banorte a la mano.**

2. **Red de Médicos.**  
Seguros Banorte cuenta con una amplia red de médicos especialistas

reconocidos ante los consejos correspondientes, así como algunos con formación en el extranjero.

Es importante hacer mención que para poder acceder a nuestro directorio, será necesario que se comunique al Centro de Atención Telefónica en donde le proporcionaremos los proveedores que se encuentran en convenio con Seguros Banorte o mediante nuestra página de Internet [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

En aquellos casos en que se decida recibir la atención por parte de un Proveedor no incluido en la red de proveedores de Seguros Banorte de acuerdo a la cobertura contratada, dicho gasto quedará a cargo del asegurado.

### 3. **Red Hospitalaria.**

En aquellos casos en que su tratamiento médico o quirúrgico requiera de hospitalización, Seguros Banorte cuenta con una amplia red de hospitales en convenio en toda la República Mexicana.

Algunos hospitales, le solicitarán un depósito por condiciones administrativas propias, lo cual es ajeno a la aseguradora. Usted puede evitar esta situación, mediante el uso del servicio de cirugía programada en los hospitales que tenemos designados.

#### **Centros de Atención de Urgencias.**

En caso de una emergencia es importante que usted se comunique de manera inmediata al CAT (Centro de Atención Telefónica) en donde se le orientará sobre los procedimientos a seguir para recibir la atención médica de manera expedita. Para este caso Seguros Banorte cuenta con centros de atención de urgencias ubicadas de manera estratégica en las principales ciudades a donde se le podrá canalizar.

### 4. **Servicios de Apoyo**

Nuestro CAT podrá asistirle para la coordinación de los siguientes servicios a precios preferenciales:

- Consulta a domicilio.
- Ambulancias terrestres.
- Consultas con médicos.
- Servicios de enfermería.

### 5. **Asesoría relacionada con las coberturas que ofrece su póliza.**

Al solicitar una asesoría siempre deberá proporcionar su número de póliza, por lo que le recomendamos tener su Identificación de Seguros Banorte a la mano.

La información proporcionada por Seguros Banorte en este documento, tiene la finalidad de orientar al Asegurado; Es responsabilidad de usted a elección del prestador de servicios para la atención de su padecimiento, por lo que esta será responsabilidad del prestador de servicio que el Asegurado haya elegido.

### **PAGO DIRECTO**

Es el servicio que ofrece Seguros Banorte al asegurado para realizar el pago de los gastos efectuados de manera directa a los proveedores en convenio (Hospitales, médicos, etc). En caso de enfermedad o accidente amparado por la póliza que requiera tratamiento médico o quirúrgico intrahospitalario, quedara a cargo del asegurado el deducible y coaseguro contratado, esto aplica para ingresos que ocurran tanto de manera programada o por urgencia.

#### **REQUISITOS BÁSICOS PARA EL PAGO DIRECTO.**

- Atención con médicos y hospitales en convenio.
- Póliza vigente y pagada al momento de requerir el servicio.
- Contar con diagnóstico definitivo.
- Que el gasto supere el deducible contratado.
- Enfermedad o accidente amparado por la póliza.
- Identificarse con su tarjeta Seguros Banorte acompañada de una identificación oficial. (IFE, pasaporte, cedula profesional).

Esperar la visita de nuestro médico coordinador dentro de las primeras 24 horas de su internamiento quien realizará un dictamen de su caso con base a las coberturas contratadas en su póliza. Si dicho dictamen resultara procedente se emitirá la **Carta-Autorización** de pago directo, de la cual le será entregada una copia como constancia del servicio proporcionado.

El médico coordinador en su visita deberá informarle sobre los montos que quedan a su cargo (deducible, coaseguro y gastos personales)

**El beneficio de pago directo con médico y hospital de la red es la disminución y/o eliminación del deducible y coaseguro contratado.**

**En caso de una emergencia**

- De ser posible comuníquese de inmediato al Centro de Atención Telefónica para recibir instrucciones.
- Asista a un Hospital en Convenio con Seguros Banorte, de acuerdo al plan contratado.
- Identificarse con su tarjeta **Seguros Banorte** acompañada de una identificación oficial. (IFE, pasaporte, cedula profesional).
- Solicite le sea asignado un médico de convenio.

Cabe mencionar que si el asegurado ha erogado antes o después de la hospitalización algún gasto como pago de consultas, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, estos serán indemnizados vía Reembolso de acuerdo con las condiciones de cobertura de su contrato de seguro.

**El pago directo es un servicio que Seguros Banorte le ofrece a sus asegurados, siempre y cuando se cumplan los requisitos antes mencionados.**

**REEMBOLSO DE GASTOS**

Es el sistema de pago mediante el cual los gastos realizados como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por la póliza, deberán ser liquidados por el asegurado al prestador de servicios correspondientes.

Los gastos procedentes le serán reintegrados de acuerdo a las condiciones de su póliza.

Para poder realizar este trámite se deberá presentar la siguiente documentación original.

**Informe médico:**

Este documento será debidamente requisitado por su(s) médico(s) tratante(s), en los formatos oficiales de la Compañía.

**Informe del Reclamante:**

Este deberá ser requisitado por el asegurado titular de la póliza, en el Formato oficial de la Compañía.

**Facturas, recibos, y recetas médicas (verifique que reúnan los requisitos fiscales).**

Estudios de laboratorio y gabinete con sus resultados, practicados con motivo de su enfermedad o accidente.

Una vez presentada esta documentación a Seguros Banorte, se analizará el caso y recibirá una respuesta del dictamen emitiendo el pago correspondiente en caso de ser procedente.

En caso de reclamar más de un padecimiento, la documentación antes mencionada deberá ser entregada por separado de cada uno de los padecimientos reclamados.

En caso de padecimientos crónicos se deberá de presentar un informe médico actualizado cada 6 meses.

Ofrecemos a nuestros asegurados el servicio de pago por medio de transferencia interbancaria sin costo alguno (previo llenado del formato institucional), la cuenta deberá ser del contratante de la póliza titular o afectado ya que son los únicos a los que se les podrá expedir transferencia interbancaria o cheque, recomendamos adjuntar al formato copia del estado de cuenta bancario que incluya la clabe interbancaria de 18 dígitos.

**PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA**

Para realizar la programación de su cirugía, deberá solicitarla con cinco días hábiles previos a su internamiento, adjuntando la siguiente documentación:

**Informe médico:**

Este documento será debidamente requisitado por su(s) médico(s) tratante(s), en los formatos oficiales de la Compañía.

**Informe del Reclamante:**

Este deberá ser requisitado por el asegurado titular de la póliza, en el Formato oficial de la Compañía.

**Recetas médicas**

**Estudios de laboratorio y gabinete** con sus resultados, practicados con motivo de su enfermedad o accidente.

**¿CÓMO ACCESAR A NUESTRA RED DE PROVEEDORES?**

Nuestra red de proveedores se encuentra disponible en la página:  
**[www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)**

1. Accese a la página [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)

## CONDICIONES GENERALES

---

2. Seleccione la empresa Seguros
3. Seleccione la sección Gastos Médicos
4. Seleccione directorio médico.
5. Seleccione el producto contratado.
6. Seleccione la Ciudad de su ubicación y que tipo de proveedor requiere.
7. Seleccione al proveedor deseado.