

ARANCEL PARTICULAR AÑO 2025

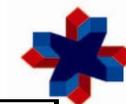
**HOSPITAL
DE LINARES**

General Carlos Ibáñez del Campo

UNIDAD DE RECAUDACION

ARANCEL PARTICULAR 2025

CODIGO	PAB.	PRESTACION	Horario Habil	Horario Inhábil
0101001		CONSULTA MEDICINA GENERAL	\$ 32.890	N/A
0101004		VISITA MEDICA DOMICILIARIA HORARIO HABIL	\$ 42.870	N/A
0101005		VISITA MEDICA DOMICILIARIA HORARIO INHABIL	\$ 55.110	N/A
0101006		ASISTENCIA DE CARDIOLOGO A CIRUGIAS NO CARDIACAS	\$ 55.110	82.670
0101007		ATENCIÓN MÉDICA DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTO O PABELLÓN QUIRÚRGICO C/S REANIMACIÓN CARDIO-RESPIRATORIA	\$ 77.370	116.060
0101008		VISITA MEDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	\$ 39.780	N/A
0101009		VISITA POR MEDICO INTERCONSULTOR (O EN JUNTA MEDICA C/U) A ENFERMO HOSPITALIZADO	\$ 39.780	N/A
0101010		ATENCION MEDICA DIARIA A ENFERMO HOSPITALIZADO	\$ 39.780	N/A
0101201		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD DERMATOLOGIA	\$ 39.780	N/A
0101202		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD GERIATRIA	\$ 39.780	N/A
0101204		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD OFTALMOLOGIA	\$ 39.780	N/A
0101205		CONSULTA MEDICA ESPECIALID.OTORRINOLARINGOLOGIA	\$ 39.780	N/A
0101206		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD REUMATOLOGIA	\$ 39.780	N/A
0101207		CONSULTA MEDICA ESPEC. ENDOCRINOLOGIA ADULTO	\$ 39.780	N/A
0101208		CONSULTA MEDICA ESPEC.ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	\$ 39.780	N/A
0101209		CONSULTA MEDICA ESPEC. NEUROLOGIA ADULTO	\$ 39.780	N/A
0101210		CONSULTA MEDICA ESPEC. NEUROLOGIA PEDIATRICA	\$ 39.780	N/A
0101212		CONSULTA MEDICA ESPEC. PSIQUIATRIA ADULTOS (1° CONSULTA)	\$ 39.780	N/A
0101213		CONSULTA MEDICA ESPEC. PSIQUIATRIA PEDITRICA Y DE LA ADOLESCENCIA (1°CONS)	\$ 39.780	N/A
0101300		CONSULTA MEDICA OTRAS ESPECIALIDADES	\$ 39.780	N/A
0101301		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD CARDIOLOGIA	\$ 39.780	N/A
0101302		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD HEMATOLOGIA	\$ 39.780	N/A
0101303		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD INFECTOLOGIA	\$ 39.780	N/A
0101304		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD INMUNOLOGIA	\$ 39.780	N/A
0101305		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR	\$ 39.780	N/A
0101307		CONSULTA MEDICA ESPEC. MEDICINA INTERNA	\$ 39.780	N/A
0101308		CONSULTA MEDICA ESPEC.OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	\$ 39.780	N/A



0101309	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD PEDIATRIA	\$	39.780	N/A
0101310	CONSULTA MEDICA ESPEC.TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	\$	39.780	N/A
0101311	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD UROLOGIA	\$	39.780	N/A
0101312	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL	\$	39.780	N/A
0101313	CONSULTA MEDICA ESPEC. CIRUGIA CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL	\$	39.780	N/A
0101314	CONSULTA MEDICA ESPEC. CIRUGIA CARDIOVASCULAR	\$	39.780	N/A
0101315	CONSULTA MEDICA ESPEC. CIRUGIA TORAX	\$	39.780	N/A
0101317	CONSULTA MEDICA ESPEC. CIRUGIA PEDIATRICA	\$	39.780	N/A
0101318	CONSULTA MEDICA ESPEC. CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	\$	39.780	N/A
0101319	CONSULTA MEDICA ESPEC. COLOPROCTOLOGIA	\$	39.780	N/A
0101320	CONSULTA MEDICA ESPEC. DIABETOLOGIA	\$	39.780	N/A
0101321	CONSULTA MEDICA ESPEC. ENFERMED. RESPIRAT.ADULTO	\$	39.780	N/A
0101322	CONSULTA MEDICA ESPEC. ENFERMED. RESPIRAT.PEDIATRICAS	\$	39.780	N/A
0101323	CONSULTA MEDICA ESPEC.GRASTROENTEROLOGIA ADULTO	\$	39.780	N/A
0101324	CONSULTA MEDICA ESPEC.GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	\$	39.780	N/A
0101326	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD NEFROLOGIA ADULTO	\$	39.780	N/A
0101327	CONSULTA MEDICA ESPEC.NEFROLOGIA PEDIATRICO	\$	39.780	N/A
0101328	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD NEONATOLOGIA	\$	39.780	N/A
0101329	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD ANESTESIOLOGIA	\$	39.780	N/A
0101330	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD MEDICINA URGENCIA	\$	39.780	N/A
0101332	CONSULTA MEDICA ESPEC.GINECOLOGIA PEDIAT. Y ADOLESC.	\$	39.780	N/A
0102009	CONSULTA O CONTROL POR MATRONA	\$	11.070	N/A
0102008	CONSULTA O CONTROL POR ENFERMERA	\$	11.070	N/A
0102010	CONSULTA O CONTROL POR NUTRICIONISTA	\$	11.070	N/A
0102005	CONSULTA DE FONOAUDIOLOGA AMBULATORIA	\$	11.070	N/A
0108001	TELECONSULTA MEDICINA GENERAL	\$	24.490	N/A
0108201	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. DERMATOLOGIA	\$	30.620	N/A
0108204	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. OFTALMOLOGIA	\$	30.620	N/A
0108205	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. OTORRINO	\$	30.620	N/A
0108209	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. NEUROLOGIA ADULTOS	\$	30.620	N/A
0108210	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. NEUROLOGIA NIÑOS	\$	30.620	N/A
0108301	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. CARDIOLOGIA	\$	30.620	N/A



0108307	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. MEDICINA INTERNA	\$	30.620	N/A
0108308	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. GINECOLOGIA-OBST.	\$	30.620	N/A
0108309	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. PEDIATRICA	\$	30.620	N/A
0108310	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. TRAUMATOLOGIA	\$	30.620	N/A
0108311	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. UROLOGIA	\$	30.620	N/A
0108312	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. CIRUGIA GENERAL	\$	30.620	N/A
0108317	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. CIRUGIA PEDIATRICA	\$	30.620	N/A
0108323	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. GASTROENTEROLOGIA ADULTO	\$	30.620	N/A
0108326	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. NEFROLOGIA ADULTO	\$	30.620	N/A
0108329	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. ANESTESIOLOGIA	\$	30.620	N/A

Horario hábil: es aquel período de tiempo que se extiende desde las 8:00 a las 20 horas en días no festivos y sábados de 8:00 a 13 horas, salvo las excepciones que contempla el Arancel. (Norma Técnica Fonasa Numeral 1 letra k)

VALORES DIAS CAMA

ATENCION CERRADA SERVICIO PRIVADO

PENSIONADO GENERAL			
0201101		DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN - PIEZA INDIVIDUAL (SALA 1 CAMA, BAÑO PRIVADO)	\$ 209.980
0201102		DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN - PIEZA COMPARTIDA (SALA 2 CAMAS, BAÑO COMPARTIDO INTERIOR)	\$ 165.760
PENSIONADO MATERNIDAD			
0201401		DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN - PIEZA INDIVIDUAL (SALA 1 CAMA, BAÑO PRIVADO)	\$ 209.980
0201402		DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN - PIEZA COMPARTIDA (SALA 2 CAMAS, BAÑO COMPARTIDO EN PASILLO)	\$ 132.610
0201407		DIA CAMA OBSERVACION - AMBULATORIO (Desde 4 Horas sin Pernoctar)	\$ 66.320

ATENCION CERRADA INSTITUCIONAL (SALA)

0201201		DIA CAMA DE HOSPITALIZACION ADULTO U.C.I. (Unidad de Cuidados Intensivos)	\$ 417.520
0201301		DIA CAMA DE HOSPITALIZACION ADULTO U.T.I. (Unidad de Tratamiento Intermedio)	\$ 331.550
0201302		DIA CAMA DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA U.T.I. (Unidad de Tratamiento Intermedio)	\$ 331.550
0201403		DIA CAMA DE HOSPITALIZACION INTEGRAL SALA CUNA	\$ 221.010
0201404		DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL INCUBADORA	\$ 265.230
0201002		DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL CUIDADOS BASICOS (SALA 2 CAMAS O MAS) (MEDICINA/CIRUGIA/PEDIATRIA)	\$ 120.570

0201102	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL CUIDADOS MEDIOS (SALA 2 CAMAS O MAS) (MEDICINA/CIRUGIA/PEDIATRIA)	\$	120.570
0201402	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (SALA 2 CAMAS O MAS)	\$	120.570
0201407	DIA CAMA HOPITALIZACION INTEGRAL OBSERVACION O AMBULATORIO - PACIENTE EN SALA INSTITUCIONAL (Desde 4 horas sin Pernoctar)	\$	60.290
0201408	DIA CAMA HOPITALIZACION CLINICA DE RECUPERACION	\$	60.290

Corresponde la aplicación de los códigos días camas de hospitalización, cuando se trate de la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial, ocupando una cama y cumpliéndose además la condición de pernoctar. En hospitalizaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos (códigos 02-02-201 al 02-02-203) o de Intermedio (código 02-02-301 al 02-02-303), cuando no se cumpla la condición de "pernoctar" y para la permanencia del primer día en dichos recintos, procederá el cobro de diferencias por Día Cama (establecidas por D.S. N° 369/85, de Salud, art. 53) en forma proporcional al número de horas que el paciente permaneció en la respectiva Unidad. (Norma Técnica Fonasa Numeral 8 letra c)

OTRAS PRESTACIONES

CODIGO	PRESTACION		Horario Habil	Horario Inhábil
9990104	CURACION SIMPLE AMBULATORIA C/U (Por cada área afectada, incluye insumos)	\$	7.640	11.460
9990105	CURACION MAYOR O AVANZADA AMBULATORIA (Por cada área afectada, NO incluye insumos)	\$	18.100	27.150
9990106	RETIRO DE CORCHETES AMBULATORIO	\$	18.100	27.150
9990107	LAVADO GASTRICO (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$	27.940	41.910
9990108	RETIRO DE PUNTOS AMBULATORIO	\$	5.040	7.560
9990109	FLEBOCLISIS (No incluye el suero ni el material desechable)	\$	7.730	11.600
9990110	INSTALACION O CAMBIO DE SONDA NASOGASTRICA (No incluye insumos)	\$	11.700	17.560
9990111	INSTALACION O CAMBIO DE SONDA FOLLEY (No incluye insumos)	\$	11.700	17.560
9990112	TRATAMIENTO INYECTABLE (Endovenosas, Intramusculares, Subcutaneas, Intradermicas, C/U), NO incluye medicamentos, INCLUYE material desechable)	\$	11.070	16.610
9990113	TECNICA INOCULACION (Incluye Tecnica y material desechable)	\$	11.070	16.610
9990114	INSTALACIÓN DE ENEMA EVACUANTE (No incluye insumos y/o medicamentos)	\$	12.160	18.250
9990115	HEMOGLUCOTEST (DEXTRO)	\$	5.540	8.310
9990116	TOMA DE PRESION ARTERIAL	\$	4.020	6.040
9990117	LAVADO OIDO ADULTO O NIÑO (Cada oido)	\$	15.680	23.510
9990118	ASPIRACION DE SECRECIONES C/U (No incluye insumos)	\$	27.940	41.910
9990119	ALMUERZO EXTRA (Servicio de Pensionado)	\$	5.000	7.490
9990120	DESAYUNO U ONCE EXTRA (Servicio de Pensionado)	\$	3.590	5.390
9990121	TOMA DE MUESTRA PAP (Papanicolau)	\$	15.680	23.510
9990122	PERFIL HEMATOLOGICO (VALOR SOLO APLICA A CONVENIO DE PROCESAMIENTO DE EXAMENES CON ATENCION PRIMARIA)	\$	2.560	3.850
9990123	PANEL RESPIRATORIO PCR-RT (INCLUYE: SARS COV-2, INFLUENZA A ₂ , INFLUENZA B ₂ , PARAINFLUENZA, VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL, METAPNEUMOVIRUS, RINOVIRUS, ADENOVIRUS) HASTA 8 PARAMETROS	\$	73.150	109.730
9990124	VISITA TECNICO NIVEL SUPERIOR DOMICILIARIA	\$	18.370	N/A
90301102	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTPA) CON MEZCLA DE PLASMA NORMAL	\$	23.240	34.860
90301106	HEMATOCRITO AUTOMATIZADO (EN CONTADOR HEMATOLÓGICO)	\$	10.490	15.740
90301107	RECuento DE RETICULOCITOS (ABSOLUTO O PORCENTUAL) AUTOMATIZADO	\$	12.180	18.280
90302087	CO-OXIMETRIA	\$	15.800	23.700
90302089	LIPOPROTEINA (A)	\$	96.290	144.430



90306105	TINCION TINTA CHINA	\$	8.490	12.730
90306108	HELICOBACTER PYLORI, DETECCION EN DEPOSICIONES TEST RAPIDO	\$	12.020	18.030
90306134	PANEL ETS POR BIOLOGÍA MOLECULAR	\$	101.910	152.860
90306138	CLOSTRIDIUM DIFFICILE POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN TIEMPO REAL	\$	48.320	72.480
90306114	ANTIGENO DE NEUMOCOCO	\$	178.860	268.290
90306115	LEGIONELLA ANTÍGENO URINARIO	\$	143.370	215.060
90306077	VIRUS HEPATITIS B, ANTICUERPOS CONTRA ANTÍGENO SUPERFICIE	\$	11.560	17.340
90306127	PANEL DE MENINGITIS ENCEFALITIS POR BIOLOGÍA MOLECULAR, VIRAL O BACTERIANO, C/U	\$	164.350	246.530
90306128	ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS DETECCIÓN SIMULTANEA DE POR INMUNOCROMATOGRAFIA	\$	14.170	21.260
90306129	NOROVIRUS DETECCIÓN POR INMUNOCROMATOGRAFIA	\$	23.090	34.640
90308048	CUERPOS LAMELARES (PROCEDIMIENTO AUTOMATIZADO) EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	\$	18.660	28.000
90308052	COLESTEROL TOTAL EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	\$	8.530	12.790
90308053	HEMATOCRITO AUTOMATIZADO (EN CONTADOR HEMATOLÓGICO) EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	\$	10.490	15.740
90308054	LDH EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	\$	9.510	14.260
90308055	TRIGLICERIDOS EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	\$	10.970	16.460
90308057	ACIDO LÁCTICO, LCR	\$	10.450	15.680
90309040	MAGNESIO EN ORINA	\$	35.510	53.260

“Tendrán un recargo del 50% las prestaciones que, de acuerdo a calificación médica, se efectúen fuera de horario hábil, con excepción de las prestaciones del Grupo 02 (Día Cama y Día Cama de Hospitalización en todas sus variedades); Derechos de Pabellón o Quirófano, Sala de Partos o Sala de Procedimientos; las prestaciones del Grupo 01 sub-grupo 01 códigos 01-01-001, 01-01-004, 01-01-005, 01-01-008, 01-01-010, desde código 01-01-201 al 01-01-213, desde el código 01-01-300 al 01-01-334, y aquellas del Grupo 01 sub-grupo 08; las prestaciones del Grupo 04 sub-grupo 05; las prestaciones del Grupo 05 Medicina Nuclear; las prestaciones del Grupo 06 sub-grupo 02; las prestaciones del Grupo 07 Medicina Transfusional, Banco de Tejidos y Precursores Hematopoyéticos; las prestaciones del Grupo 09 sub-grupo 02; las prestaciones códigos 11-01-140, 11-01-141 y 11-01-142; las prestaciones del Grupo 13 sub-grupo 03; las prestaciones códigos 19-01-023, 19-01-025, 19-01-026, 19-01-027, 19-01-028 y 19-01-029; la prestación código 20-04-008; las prestaciones del Grupo 23 correspondientes a Prótesis; las prestaciones del Grupo 24 correspondientes a Traslados; las prestaciones del Grupo 25 correspondientes a Pago Asociado a Diagnóstico (PAD); las prestaciones del Grupo 26, Atenciones Integrales, otros Profesionales; las prestaciones del Grupo 28, Pago Asociado a Emergencia y, las prestaciones del Grupo 29, Tratamientos Integrales de Braquiterapia, Radioterapia y Quimioterapia”. (Art. 7 Resolución Exenta 176 y sus posteriores modificaciones)

VALORES DERECHOS DE PABELLON Y SALAS DE PROCEDIMIENTOS

DERECHOS DE PABELLON QUIRURGICOS

Código Pabellón	Pabellón	VALOR
1		\$ 55.270
2		\$ 64.080
3		\$ 99.440
4		\$ 143.650
5		\$ 198.930
6		\$ 309.410
7		\$ 353.630
7	VLP GINECOLOGIA	\$ 552.540
8		\$ 486.260
9		\$ 541.470
10		\$ 685.150
10	VLP COLECISTECTOMIA	\$ 696.200
11		\$ 839.870
12		\$ 1.160.330
13		\$ 1.348.240
14		\$ 1.458.740

CIRUGIA VIDEOLAPAROSCOPICA, ENDOSCOPICA Y ENDOVASCULAR.

En los casos de uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas (o cerradas) como cirugía videolaparoscópica, endoscópica, endovascular y similares y de fijaciones externas para fracturas, si no se encuentran individualizadas como tales en el Arancel, se aplicarán los códigos y valores de las técnicas quirúrgicas convencionales abiertas. Para el código adicional se aplicará en estos casos, el correspondiente a la prestación convencional aumentado en dos dígitos. (Norma Técnica Fonasa Numeral 19 letra B-e)

DERECHOS DE PABELLON SALAS DE PROCEDIMIENTOS

(Servicio de Emergencia y/o Policlínico)

Código Pabellón	Pabellón	VALOR
1	Cirugía Menor Ambulatoria	\$ 44.620
2	Cirugía Menor Ambulatoria	\$ 47.340
3	Cirugía Menor Ambulatoria	\$ 54.090
4	Cirugía Menor Ambulatoria	\$ 60.860
	Sala Procedimientos Cirugía Menor sin código Adicional de Pabellón	\$ 33.800
	Sala Procedimientos Endoscopicos (Colonoscopia, rectoscopia, endoscopia, cistoscopia)	\$ 54.090
	Sala Procedimientos Biopsias (No incluye desarrollo de Biopsia e Insumos especificos)	\$ 81.130
	Sala Procedimientos Ginecológicos	\$ 54.090

Definición: Se entiende por Salas de Procedimientos, a aquellos recintos que permiten a un médico efectuar procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales. Deberá cumplir, con los requisitos que establece el Fondo sobre convenios y sus modificaciones. En el Arancel, los códigos adicionales del 1 al 4 corresponden a salas de procedimientos. (Norma Técnica Fonasa Numeral 25 letra a)

TRASLADOS AMBULANCIA

CODIGO	TRASLADOS	VALOR
7000101	TRASLADO AMBULANCIA A SANTIAGO	\$ 618.860
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000102	TRASLADO AMBULANCIA A CONCEPCION	\$ 464.150
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000103	TRASLADO AMBULANCIA A RANCAGUA	\$ 481.840
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000104	TRASLADO AMBULANCIA A TALCA	\$ 92.830
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000105	TRASLADO AMBULANCIA A CONSTITUCION	\$ 287.350
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000106	TRASLADO AMBULANCIA A CHILLAN	\$ 466.340
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000107	TRASLADO AMBULANCIA A CAUQUENES	\$ 265.130
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
2401064	TRASLADO AMBULANCIA DENTRO DEL RADIO URBANO	\$ 22.110
2401061	TRASLADO AMBULANCIA SAMU (MOVIL 1)	\$ 33.160
	DENTRO RADIO URBANO	
2401062	TRASLADO AMBULANCIA SAMU (MOVIL 2)	\$ 44.200
	DENTRO RADIO URBANO	
7000108	TRASLADO EN AMBULANCIA TIPO 2 TALCA	\$ 121.580

Para calcular otros traslados en ambulancias se procede de la siguiente forma:

TIPO 1 : Determinar el trayecto de ida y multiplicar el N° de KM por \$ **2.320.-**

TIPO 2 : Determinar el trayecto de ida y multiplicar el N° de KM por \$ **3.320.-**

De acuerdo a la gravedad del Paciente se clasifican en:

Móvil 1: Considera la dotación de un técnico paramédico y un conductor.

Móvil 2: Considera la dotación de un profesional, un técnico paramédico y un conductor.

	EXAMENES DE LABORATORIO		Horario Habil	Horario Inhábil
	SANGRE, HEMATOLOGIA			
0301002	ACIDO FÓLICO O FOLATOS	\$	11.220	16.830
0301003	ADENOGRAMA, MIELOGRAMA, C/U	\$	15.120	22.690
0301006	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON DIFERENTES AGONISTAS	\$	10.050	15.080
0301007	ANTICOAGULANTES CIRCULANTES O ANTICOAGULANTE LÚPICO	\$	10.900	16.350
0301008	ANTITROMBINA III	\$	10.900	16.350
0301011	TIEMPO DE COAGULACION	\$	4.020	6.040
0301013	TIEMPO DE LISIS DEL COAGULO	\$	1.520	2.280
0301014	PRUEBA ANTIGLOBULINA DIRECTA	\$	3.180	4.770
0301017	DESHIDROGENASA GLUCOSA-6-FOSFATO EN ERITROCITOS	\$	11.930	17.900
0301020	TIEMPO DE LISIS DE EUGLOBULINAS	\$	4.020	6.040
0301021	FIBRINOGENO	\$	5.660	8.500
0301022	TEST DE NEUTRALIZACION PLAQUETARIA	\$	11.540	17.310
0301024	FACTOR V	\$	5.660	8.500
0301025	FACTORES VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, C/U	\$	11.930	17.900
0301026	FERRITINA	\$	14.640	21.970

0301027	FIBRINOGENO, PRODUCTOS DE DEGRADACION DEL	\$	11.930	17.900
0301028	FIERRO SERICO	\$	5.660	8.500
0301029	FIERRO, CAPACIDAD DE FIJACION DEL (INCLUYE FIERRO SERICO)	\$	11.930	17.900
0301030	FIERRO, CINETICA DEL (CADA DETERMINACION)	\$	14.640	21.970
0301034	CLASIFICACION SANGUINEA AB0 Y RhD	\$	6.410	9.610
0301035	HAPTOGLOBINA CUANTITATIVA	\$	10.690	16.040
0301036	HEMATOCRITO (PROC. AUT.)	\$	1.820	2.730
0301038	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (PROC. AUT.)	\$	1.820	2.730
0301040	HEMOGLOBINA FETAL CUANTITATIVA EN ERITROCITOS	\$	11.930	17.900
0301041	HEMOGLOBINA GLICADA A1c	\$	12.330	18.500
0301042	HEMOGLOBINA PLASMATICA	\$	2.320	3.480
0301044	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	\$	12.900	19.340
0301045	HEMOGRAMA	\$	8.040	12.060
0301048	HEMOSIDERINA MEDULAR	\$	2.610	3.920
0301049	CUANTIFICACION DE HEPARINA	\$	11.930	17.900
0301051	IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	\$	11.930	17.900
0301054	METAHEMOGLOBINA	\$	2.940	4.410

0301059	TIEMPO DE PROTROMBINA (INCLUYE INR, RAZON INTERNACIONAL NORMALIZADA)	\$	4.020	6.040
0301062	RECuento DE BASOFILOS (ABSOLUTO)	\$	2.610	3.920
0301063	RECuento DE EOSINOFILOS (ABSOLUTO)	\$	2.610	3.920
0301064	RECuento DE ERITROCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	\$	1.820	2.730
0301065	RECuento DE LEUCOCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	\$	1.820	2.730
0301066	RECuento DE LINFOCITOS (ABSOLUTO)	\$	1.820	2.730
0301067	RECuento DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)	\$	3.180	4.770
0301068	RECuento DE RETICULOCITOS (ABSOLUTO O PORCENTUAL)	\$	2.610	3.920
0301069	RECuento DIFERENCIAL O FORMULA LEUCOCITARIA (PROC.AUT.)	\$	4.910	7.370
0301070	RESISTENCIA GLOBULAR OSMOTICA	\$	8.040	12.060
0301072	TIEMPO DE SANGRIA (NO INCLUYE DISPOSITIVO ASOCIADO)	\$	4.020	6.040
0301082	TRANSFERRINA	\$	14.130	21.190
0301083	TROMBINA, TIEMPO DE	\$	4.910	7.370
0301085	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL DE (TTPA, TTPK O SIMILARES)	\$	6.240	9.360
0301086	VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION (PROC. AUT.)	\$	1.460	2.190
0301089	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGÉNICO (FVW:AG)	\$	21.320	31.980
0301090	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGÉNICO COFACTOR RISTOCETINA (FVW:CoRis)	\$	20.190	30.280

0301091	PROTEINA C	\$	79.010	118.520
0301092	PROTEINA S	\$	86.050	129.070
0301093	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA	\$	56.510	84.770
0301094	ESTUDIO DE LA HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA (HPN) POR CITOMETRIA DE FLUJO	\$	104.640	156.960
0301095	DIMERO-D	\$	22.990	34.490
0301096	PROCALCITONINA	\$	95.740	143.610
0301097	INHIBIDOR DE FACTOR DE LA COAGULACION	\$	210.200	315.310
0301098	SECRECION PLAQUETARIA CON DIFERENTES AGONISTAS	\$	270.980	406.470
0301099	TIEMPO DE VENENO DE VIBORA DE RUSSEL DILUIDO	\$	94.590	141.890
0301100	ANTITROMBINA III ANTIGÉNICA	\$	89.510	134.270
0301114	PROTEÍNA C ANTIGÉNICA	\$	89.820	134.730
0301116	HEMOGLOBINA GLICADA, A1C, TEST RÁPIDO EN EL LUGAR DE ASISTENCIA (INCLUYE TOMA DE MUESTRA SANGRE CAPILAR)	\$	9.190	13.780
0302001	CUERPOS CETONICOS EN SANGRE	\$	2.160	3.250
0302002	ACIDO CITRICO	\$	6.240	9.360
0302004	LACTATO EN SANGRE	\$	10.220	15.330
0302005	ACIDO URICO, EN SANGRE	\$	4.310	6.460
0302008	AMILASA, EN SANGRE	\$	6.350	9.530

0302009	AMINOACIDOS, CUALITATIVO EN SANGRE	\$	7.130	10.690
0302010	AMONIO	\$	5.260	7.890
0302011	BICARBONATO (PROC.AUT.)	\$	1.530	2.290
0302012	BILIRRUBINA TOTAL (PROC.AUT.)	\$	3.490	5.240
0302013	BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA	\$	4.020	6.040
0302015	CALCIO EN SANGRE	\$	3.640	5.450
0302017	CAROTENO	\$	7.400	11.100
0302018	CAROTENO, PRUEBA DE SOBRECARGA DE	\$	12.870	19.310
0302019	CERULOPLASMINA	\$	8.860	13.290
0302020	COBRE EN SANGRE	\$	4.150	6.230
0302067	COLESTEROL TOTAL (PROC.AUT.)	\$	3.750	5.630
0302068	COLESTEROL HDL (PROC. AUT.)	\$	5.450	8.180
0302021	COLINESTERASA EN SUERO O PLASMA	\$	8.040	12.060
0302023	CREATININA EN SANGRE	\$	3.490	5.240
0302024	CLEARANCE DE CREATININA (PROC.AUT.)	\$	8.040	12.060
0302025	CREATINQUINASA CK - MB MIOCARDICA	\$	12.870	19.310
0302026	CREATINQUINASA CK - TOTAL	\$	9.730	14.600

0302027	TROPONINA	\$	22.380	33.580
0302030	DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL (LDH)	\$	6.000	9.000
0302031	DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL (LDH), CON SEPARACION DE ISOENZIMAS	\$	15.990	23.980
0302032	ELECTROLITOS PLASMATICOS (SODIO, POTASIO, CLORO)C/U	\$	3.260	4.890
0302033	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA I	\$	16.000	24.000
0302034	PERFIL LIPIDICO (INCLUYE MEDICIONES DE COLESTEROL TOTAL, HDL-COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS CON ESTIMACIONES POR FORMULA DEL LDL-COLESTEROL, VLDL-COLESTEROL Y COLESTEROL NO-HDL)	\$	16.670	25.010
0302035	FARMACOS Y/O DROGAS; NIVELES PLASMATICOS DE (ALCOHOL, ANOREXIGENOS, ANTIARRITMICOS, ANTIBIOTICOS, ANTIDEPRESIVOS, ANTIEPILEPTICOS, ANTIHISTAMINICOS, ANTIINFLAMATORIOS Y ANALGESICOS, ESTIMULANTES RESPIRATORIOS, TRANQUILIZANTES MAYORES Y MENORES, ETC) C/U	\$	15.010	22.510
0302036	FENILALANINA	\$	5.660	8.500
0302039	FOSFATASAS ALCALINAS CON SEPARACION DE ISOENZIMAS HEPATICAS, INTESTINALES, OSEAS C/U	\$	15.420	23.140
0302040	FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES	\$	3.640	5.450
0302042	FOSFORO (FOSFATOS) EN SANGRE	\$	4.690	7.040
0302043	GALACTOSA	\$	1.820	2.730
0302045	GAMMA GLUTAMILTRANSPEPTIDASA (GGT)	\$	6.190	9.280
0302046	GASES Y EQUILIBRIO ACIDO BASE EN SANGRE (INCLUYE: PH, O2,, CO2, EXCESO DE BASE Y BICARBONATO) TODOS O CADA UNO DE LOS PARAMETROS.	\$	9.820	14.730
0302047	GLUCOSA EN SANGRE	\$	3.440	5.160
0302048	GLUCOSA, PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL (PTGO), (DOS DETERMINACIONES, NO INCLUYE LA GLUCOSA QUE SE ADMINISTRA; INCLUYE EL VALOR DE LAS DOS TOMAS DE MUESTRAS)	\$	16.310	24.470

0302050	ADENOSINDEAMINASA EN SANGRE U OTRO FLUIDO BIOLOGICO.	\$	11.930	17.900
0302052	LEUCINAMINOPEPTIDASA (LAP).	\$	5.660	8.500
0302053	LIPASA EN SANGRE	\$	6.240	9.360
0302055	LITIO EN SANGRE	\$	8.040	12.060
0302056	MAGNESIO EN SANGRE	\$	8.040	12.060
0302057	NITROGENO UREICO Y/O UREA, EN SANGRE	\$	3.440	5.160
0302058	OSMOLALIDAD EN SANGRE	\$	4.610	6.920
0302070	APOLIPOPROTEINAS (A1, B U OTRAS)	\$	15.520	23.280
0302075	PERFIL BIOQUIMICO (DETERMINACION AUTOMATIZADA DE 12	\$	22.590	33.890
0302061	PROTEINAS, ELECTROFORESIS (INCLUYE COD. 03-02-060)	\$	16.780	25.170
0302076	PERFIL HEPATICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINA TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)	\$	28.400	42.600
0302063	TRANSAMINASAS, OXALACETICA (GOT/AST), PIRUVICA (GPT/ALT), C/U	\$	5.180	7.770
0302064	TRIGLICERIDOS EN SANGRE (PROC.AUT.)	\$	4.770	7.150
0302066	XILOSA, PRUEBA DE ABSORCION (NO INCLUYE LA XILOSA QUE SE ADMINISTRA)	\$	8.420	12.630
0302077	VITAMINA B12 POR INMUNOENSAYO	\$	16.690	25.040
0302078	25 OH VITAMINA D TOTAL POR INMUNOENSAYO (QUIMIOLUMINISCENCIA, ENZIMOINMUNOENSAYO, RADIO INMUNOENSAYO Y OTROS)	\$	33.230	49.850
0302080	VITAMINA B6 POR HPLC	\$	105.070	157.620

0302081	CALCIO IONICO (INCLUYE MEDICION DE Ph METODO DE ION SELECTIVO)	\$	4.780	7.170
0302082	FENILALANINA CUANTITATIVA EN GSS (PKU)	\$	18.750	28.120
0302083	CARBOXIHEMOGLOBINA	\$	49.890	74.830
0302084	PLOMO EN SANGRE	\$	150.150	225.220
0302085	PREALBUMINA	\$	66.590	99.880
0302086	HOMOCISTEINA	\$	129.400	194.110
0302095	TIOPURINA METILTRANSFERASA, ACTIVIDAD ENZIMATICA	\$	123.520	185.280
0302097	HORMONA TIROESTIMULANTE, NEONATAL EN GSS	\$	45.670	68.500
0302098	PERFIL DE AMINOÁCIDOS Y ACILCARNITINAS EN GSS	\$	163.410	245.120
0302099	PESQUISA NEONATAL AMPLIADA EN GSS (INCLUYE PERFIL DE AMINOÁCIDOS Y ACILCARNITINAS; SUCCINILACETONA; HORMONA TIROESTIMULANTE, NEONATAL; BIOTINIDASA; GALACTOSA TOTAL; GALACTOSA-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASA; 17-HIDROXIPROGESTERONA; TRIPSINA INMUNORREACTIVA).	\$	259.540	389.300
0302100	PROTEINAS TOTALES EN SANGRE	\$	3.930	5.890
0302101	ALBUMINAS EN SANGRE	\$	3.930	5.890
0302102	LEUCINA CUALITATIVA EN GSS	\$	69.700	104.550
0303001	ADENOCORTICOTROFINA (ACTH)	\$	22.140	33.220
0303002	ALDOSTERONA	\$	19.020	28.530
0303003	ANDROSTENEDIONA	\$	14.390	21.590

0303004	ANGIOTENSINA	\$	17.290	25.950
0303006	CORTISOL	\$	14.390	21.590
0303007	CRECIMIENTO, HORMONA DE (HGH) (SOMATOTROFINA)	\$	19.020	28.530
0303008	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO (DHEA-S)	\$	19.020	28.530
0303009	ERITROPOYETINA	\$	13.610	20.410
0303012	GASTRINA	\$	16.530	24.800
0303014	GONADOTROFINA CORIONICA, SUB-UNIDAD BETA (CUANTIFICACION)	\$	13.930	20.900
0303015	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)	\$	13.930	20.900
0303016	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	\$	13.930	20.900
0303047	IGF1 O SOMATOMEDINA - C (INSULINE LIKE GROWTH FACTOR).	\$	33.180	49.770
0303048	IGFBP3, IGFBP1 (INSULINE LIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN)	\$	33.180	49.770
0303017	INSULINA	\$	13.930	20.900
0303031	CURVA DE INSULINA (MÍNIMO DOS DETERMINACIONES E INCLUYE TODAS LAS TOMAS DE MUESTRA NECESARIAS. NO INCLUYE LA GLUCOSA QUE SE ADMINISTRA)	\$	37.580	56.370
0303018	PARATHORMONA, HORMONA PARATIROÍDEA O PTH.	\$	21.560	32.340
0303019	PROGESTERONA	\$	13.930	20.900
0303020	PROLACTINA (PRL)	\$	13.930	20.900
0303021	RENINA	\$	19.020	28.530

0303046	SHBG (SEX-HORMONE BINDING GLOBULIN)	\$	33.180	49.770
0303022	TESTOSTERONA EN SANGRE	\$	14.390	21.590
0303023	TESTOSTERONA LIBRE EN SANGRE	\$	14.710	22.070
0303123	INDICE ANDROGENICO (INCLUYE TESTOSTERONA TOTAL Y SHBG)	\$	30.220	45.330
0303024	TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO, NINO O R.N.)	\$	12.140	18.210
0303025	TIROGLOBULINA	\$	19.020	28.530
0303026	TIROXINA LIBRE (T4L)	\$	13.930	20.900
0303027	TIROXINA O TETRAYODOTIRONINA (T4)	\$	12.140	18.210
0303028	TRİYODOTIRONINA (T3)	\$	12.140	18.210
0303029	HIDROXIPROGESTERONA	\$	19.020	28.530
0303030	ESTRADIOL (17-BETA)	\$	13.930	20.900
0303049	CATECOLAMINAS EN SANGRE (INCLUYE MEDICION DE ADRENALINA, NORADRENALNA Y DOPAMINA POR SEPARADO POR METODOS CROMATOGRAFICOS)	\$	71.890	107.830
0303052	PEPTIDO C	\$	105.430	158.150
0303053	CALCITONINA	\$	99.400	149.100
0303054	INHIBINA B	\$	114.590	171.890
0303055	NT-PRO BNP O BNP	\$	114.910	172.360
0303057	TRİYODOTIRONINA LIBRE (T3 LIBRE)	\$	45.470	68.210

0303033	ANGIOTENSINA	\$	17.290	25.950
0303035	CORTISOL LIBRE URINARIO	\$	13.230	19.840
0303039	GONADOTROFINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA; TITULACIÓN POR (ELISA; RIA O IRMA; QUIMIOLUMINISCENCIA U OTRA TÉCNICA), EN ORINA	\$	12.530	18.800
0303050	METANEFRIAS URINARIAS (INCLUYE DETERMINACION DE METANEFRINA Y NORMETANEFRINA POR SEPARADO POR METODOS CROMATOGRAFICOS)	\$	81.290	121.940
0303051	CATECOLAMINAS URINARIAS (INCLUYE MEDICION DE ADRENALINA, NORADRENALNA Y DOPAMINA POR SEPARADO POR METODOS CROMATOGRAFICOS)	\$	71.890	107.830
0303056	CORTISOL SALIVAL	\$	106.780	160.170
0305001	ALFA -1- ANTITRIPSINA CUANTITATIVA	\$	14.390	21.590
0305002	ALFA -2- MACROGLOBULINA	\$	13.890	20.840
0305003	ALFA FETOPROTEINAS	\$	13.930	20.900
0305004	TAMIZAJE DE ANTICUERPOS ANTI ANTIGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A- ENA: SM, RNP, RO, LA, SCL- 70 Y JO- 1)	\$	27.830	41.750
0305005	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA), ANTIMITOCONDRIALES, ANTIDNA (ADNA), ANTI MUSCULO LISO, ANTICENTROMETRO, U OTROS, C/U	\$	19.450	29.180
0305007	ANTICUERPOS ESPECÍFICOS Y OTROS AUTOANTICUERPOS (ANTICUERPOS ANTITIROÍDEOS: ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES Y ANTITIROGLOBULINAS Y OTROS ANTICUERPOS: PROSTÁTICO, ESPERMIOS, ETC.) C/U	\$	15.650	23.480
0305008	ANTIESTREPTOLISINA O, POR TECNICA DE LATEX	\$	12.620	18.940
0305009	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	\$	19.020	28.530
0305070	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	\$	24.770	37.150
0305170	ANTIGENO CA 125, CA 15-3 Y CA 19-9, C/U	\$	24.770	37.150
0305010	BETA-2-MICROGLOBULINA	\$	19.020	28.530

0305012	COMPLEMENTO C1Q, C2, C3, C4, ETC., C/U	\$	12.620	18.940
0305013	COMPLEMENTO HEMOLITICO (CH 50)	\$	15.650	23.480
0305014	CRIOGLOBULINAS, PRECIPITACION EN FRIO (CUALITATIVA) O CUANTITATIVA C/U	\$	3.060	4.600
0305019	FACTOR REUMATOIDEO POR TECNICA DE LATEX U OTRAS SIMILARES	\$	7.130	10.690
0305020	FACTOR REUMATOIDEO POR TECNICA DE SCAT, WAALER ROSE, NEFELOMETRICAS Y/O TURBIDIMETRICAS	\$	12.600	18.900
0305021	INHIBIDOR DE C1Q, C2 Y C3, C/U	\$	12.620	18.940
0305025	INMUNOFIJACION DE INMUNOGLOBULINA, C/U.	\$	21.630	32.450
0305026	INMUNOGLOBULINA IGA SECRETORA	\$	12.140	18.210
0305027	INMUNOGLOBULINAS IGA, IGG, IGM, C/U	\$	12.620	18.940
0305028	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGD TOTAL, C/U	\$	14.390	21.590
0305029	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGG ESPECIFICAS, C/U	\$	14.390	21.590
0305030	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICA DE LATEX U OTRAS SIMILARES	\$	11.780	17.670
0305031	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICAS AUTOMATIZADAS	\$	16.310	24.470
0305081	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO (EMA, ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR (GBM), ANTIRETICULINA, POR IFI C/U	\$	29.670	44.510
0305181	ESTUDIO DE ANTICUERPO ANTITRANSGLUTAMINSA (TTG)	\$	29.670	44.510
0305082	ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILOS (ANCA), C-ANCA Y P-ANCA, POR IFI.	\$	44.150	66.230
0305083	DETERMINACION DE ISOTIPOS DE ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILOS (G-M-A-C'3), POR IFI, C/U.	\$	18.490	27.730

0305084	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS POR ELISA (ISOTIPOS G-M-A),	\$	33.220	49.840
0305085	ANTICUERPOS ANTI MLK-1, POR IFI.	\$	55.290	82.940
0305086	ANTICUERPOS ANTIGLIADINA (ENFERMEDAD CELIACA), POR ELISA	\$	29.670	44.510
0305098	CROMOGRANINA A	\$	106.120	159.180
0305099	PEPTIDO CICLICO CITRULINADO, ANTICUERPOS IgG	\$	83.270	124.900
0305104	ANTIGENO PROSTATICO TOTAL Y LIBRE	\$	51.780	77.670
0305105	ANTICUERPOS ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA 1 (IgG, IgM) C/U	\$	92.800	139.190
0305106	ESTUDIO INMUNOLÓGICO DE DIABETES (DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI CÉLULAS DE ISLOTES (ICA), AUTO ANTICUERPO INSULINA NATIVA (IAA), ANTI ANTÍGENO DE INSULINOMA-2 (IA2) Y ANTI GLUTAMATO DESCARBOXILASA (GADA)	\$	230.810	346.220
0305107	ANTICUERPOS ANTI-MPO (MIELOPEROXIDASA)	\$	85.190	127.780
0305108	ANTICUERPOS ANTI ANTÍGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A-ENA): SM, RNP, SS-A/RO, SS-B/LA, SCL-70, JO-1). C/U	\$	48.900	73.350
0305124	RECEPTOR DE TIROTROPINA (TRAB), ANTICUERPOS ANTI	\$	74.290	111.440
0306001	BACILOSCOPIA POR METODO DE CONCENTRACION	\$	5.890	8.840
0306002	BACILOSCOPIA ZIEHL-NEELSEN C/U	\$	4.020	6.040
0306004	EXAMEN DIRECTO AL FRESCO, C/S TINCION (INCLUYE TRICHOMONAS)	\$	4.020	6.040
0306005	TINCION DE GRAM	\$	1.820	2.730
0306006	ULTRAMICROSCOPIA (INCLUYE TOMA DE MUESTRAS)	\$	10.940	16.420
0306102	TINCION DE TOLUIDINA	\$	110.170	165.270

0306007		COPROCULTIVO, C/U	\$	11.130	16.700
0306008		CULTIVO CORRIENTE (EXCEPTO COPROCULTIVO, HEMOCULTIVO Y UROCULTIVO) C/U	\$	9.260	13.890
0306011		UROCULTIVO, RECuento DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA) (INCLUYE TOMA DE ORINA ASEPTICA Y FRASCO RECOLECTOR) (NO INCLUYE RECOLECTOR PEDIATRICO NI SONDA)	\$	9.690	14.540
0306091		HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIBIOGRAMA CON CIM. 2 FRASCOS (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)	\$	39.620	59.430
0306093		HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO PARA MICOBACTERIAS.1 FRASCO (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)	\$	38.810	58.220
0306101		CULTIVO DE LÍQUIDO DE CAVIDADES ESTÉRILES EN FRASCO DE HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIBIOGRAMA CON CIM. (1 FRASCO, COSTO NO INCLUIDO EN ARANCEL).	\$	41.080	61.620
0306106		HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO PARA HONGOS	\$	48.060	72.090
0306012		CULTIVO PARA ANAEROBIOS (INCLUYE COD. 03-06-008)	\$	17.720	26.580
0306013		CULTIVO PARA BORDETELLA	\$	16.740	25.110
0306014		CULTIVO PARA CAMPYLOBACTER, YERSINIA, VIBRIO, C/U	\$	11.930	17.900
0306016		NEISSERIA GONORRHOEAE (GONOCOCO)	\$	8.020	12.030
0306017		CULTIVO PARA LEVADURAS	\$	7.170	10.750
0306117		CULTIVO PARA HONGOS FILAMENTOSOS	\$	8.230	12.350
0306018		CULTIVO PARA MICROBACTERIAS (INCLUYE BACILO DE KOCH)	\$	10.110	15.160
0306019		CULTIVO PARA LEGIONELLA	\$	11.930	17.900
0306022		CULTIVO Y TIPIFICACION DE MICOBACTERIAS	\$	11.930	17.900

0306023	CULTIVO MYCOPLASMA Y UREAPLASMA, C/U.	\$	16.670	25.010
0306099	STREPTOCOCCUS GRUPO B/ AGALACTIAE EN EMBARAZADA POR CULTIVO CON MEDIO SELECTIVO Y/O ENRIQUECIDO.	\$	33.450	50.180
0306100	CULTIVO ACELERADO PARA MICROBACTERIAS	\$	57.260	85.890
0306025	ANTIBIOGRAMA BACILO DE KOCH (CADA FARMACO)	\$	10.970	16.460
0306026	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE (MINIMO 10 FARMACOS) (EN CASO DE SEROLOGICOS)	\$	7.370	11.060
0306027	ANTIBIOGRAMA DE ESTUDIO DE SENSIBILIDAD POR DILUCIÓN (CIM) (MÍNIMO 6 FÁRMACOS) (EN CASO DE UROCULTIVO, NO CORRESPONDE SU COBRO; INCLUIDO EN EL VALOR CÓDIGO 03-06-011)	\$	17.860	26.790
0306028	ANTIFUNGIGRAMA (MINIMO 4 FARMACOS ANTIHONGOS)	\$	4.950	7.430
0306090	TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE STREPTOCOCCUS.	\$	12.880	19.330
0306097	CHLAMYDIA TRACHOMATIS Y NEISSERIA GONORRHOEAE DETECCIÓN POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR	\$	98.960	148.440
0306098	TOXINA CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN DEPOSICIONES TEST RÁPIDO	\$	36.840	55.260
0306107	PNEUMOCYSTIS JIROVECCI POR TECNICA DE BIOLOGIA MOLECULAR EN TIEMPO REAL	\$	181.290	271.930
0306118	AMPLIFICACION DE DNA DE BORDETELLA PERTUSSIS	\$	141.920	212.890
0306033	BRUCELLA ABORTUS, MELITENSIS Y SUIS, ANTICUERPOS POR AGLUTINACION O ELISA.	\$	4.090	6.130
0306034	CLAMIDIAS POR INMUNOFLUORESCENCIA, PEROXIDASA, ELISA O SIMILARES.	\$	14.540	21.810
0306036	MONONUCLEOSIS, REACCION DE PAUL BUNNELL, ANTICUERPOS HETEROFILOS O SIMILARES	\$	6.350	9.530
0306037	MYCOPLASMA IGG, IGM, C/U.	\$	12.870	19.310
0306038	R.P.R.	\$	6.970	10.460

0306039	TIFICAS, REACCIONES DE AGLUTINACION (EBERTH	\$	9.930	14.890
0306041	TREPONEMA PALLIDUM FTA - ABS, MHA-TP C/U	\$	13.100	19.660
0306042	V.D.R.L.	\$	8.290	12.440
0306094	ANTIGENO GALACTOMANANO	\$	50.020	75.040
0306119	INTERFERON GAMMA TBC	\$	218.600	327.910
0306043	ARTROPODOS MACROSCOPICOS Y MICROSCOPICOS (IMAGOS Y/O PUPAS TIFUS EXANTEMATICO, MYCOPLASMA POR INMUNODIAGNOSTICO	\$	8.020	12.030
0306045	COPROPARASITARIO SERIADO CON TECNICA PARA CRYPTOSPORIDIUM MENOS 3 MUESTRAS, SEGUN CORRESPONDA)	\$	23.870	35.800
0306046	COPROPARASITARIO SERIADO PARA FASCIOLA HEPÁTICA (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 10 MUESTRAS POR MÉTODO DE TELEMANN Y SIMULTÁNEAMENTE POR TÉCNICA DE SEDIMENTACIÓN RÁPIDA (COPA CÓNICA)	\$	44.620	66.930
0306047	COPROPARASITARIO SERIADO PARA ISOSPORA Y SARCOCYSTIS (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 3 MUESTRAS SEPARADAS)	\$	10.900	16.350
0306048	COPROPARASITOLOGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNOSTICO DE GUSANOS MACROSCOPICOS Y EXAMEN MICROSCOPICO)	\$	8.260	12.380
0306049	DIAGNOSTICO DE PARASITOS EN JUGO DUODENAL Y/O BILIS, EXAMEN MACROSCOPICO Y MICROSCOPICO	\$	8.020	12.030
0306050	DIAGNOSTICO PARASITARIO EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS	\$	8.020	12.030
0306051	GRAHAM, EXAMEN DE	\$	5.660	8.500
0306052	ESTUDIO DE GUSANOS MACROSCOPICOS	\$	4.610	6.920
0306053	HEMOPARASITOS, DIAGNOSTICO MICROSCOPICO DE	\$	23.870	35.800
0306054	HEMOPARÁSITOS, DIAGNÓSTICO POR TÉCNICA DE MICROSTROUT O SIMILAR EN HASTA 10 TUBOS CAPILARES, CADA SESIÓN (CHAGAS)	\$	25.830	38.750
0306056	RASPADO DE PIEL, EXAMEN MICROSCOPICO DE	\$	10.690	16.040



0306059	COPROPARASITOLÓGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO POR CONCENTRACIÓN DE TRES MUESTRAS SEPARADAS MÉTODO PAFS) (PROC. AUT.)	\$	9.260	13.890
0306061	PARASITOS IgG/iGm (CHAGAS, IDATIDOSIS, TOXOCARIASIS Y OTROS POR ELISA O INMUNOFLUORESCENCIA) C/U	\$	14.580	21.870
0306066	INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (TOXOPLASMOSIS, CHAGAS, AMEBIASIS Y OTRAS), C/U	\$	14.580	21.870
0306095	PARASITOS: DETERMINACION POR REACCION DE POLIMERASA EN CADENA (PCR)	\$	91.350	137.030
0306096	PARASITOS: TEST RAPIDO ANTICUERPOS (CHAGAS Y OTROS)	\$	24.980	37.460
0306068	AISLAMIENTO DE VIRUS (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, ENTEROVIRUS, HERPES, INFLUENZA, POLIO, SARAMPION Y OTROS) C/U	\$	17.720	26.580
0306069	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE (ADENOVIRUS, EPSTEIN BARR Y OTROS), C/U	\$	15.220	22.820
0306169	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE V.I.H	\$	14.710	22.070
0306070	ANTIGENOS VIRALES DETERM. DE (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLE, RUBEOLA, INFLUENZA)	\$	13.770	20.660
0306170	ANTIGENOS VIRALES DETERM. DE ROTAVIRUS, POR CUALQUIER TECNICA	\$	13.770	20.660
0306270	ANTIGENOS VIRALES DETERM. DE VIRUS SINCICIAL, POR CUALQUIER TECNICA	\$	14.940	22.420
0306074	VIRUS HEPATITIS A, ANTICUERPOS IgG, IgM O TOTALES C/U	\$	20.490	30.740
0306075	VIRUS HEPATITIS B, ANTICUERPO DEL ANTIGENO E DEL	\$	17.720	26.580
0306076	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE TOTAL DEL (ANTI HBC TOTAL)	\$	18.980	28.470
0306078	VIRUS HEPATITIS B, ANTIGENO E DEL (HBEAG)	\$	17.720	26.580
0306079	VIRUS HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE (HBsAg)	\$	12.040	18.060
0306080	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE IGM DEL (ANTI HBC IGM)	\$	19.700	29.550

0306081	VIRUS HEPATITIS C, ANTICUERPOS DE (ANTI HCV)	\$	21.780	32.670
0306082	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN TIEMPO REAL, SARS CoV-2, (INCLUYE TOMA MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO).	\$	27.150	40.720
0306182	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN TIEMPO REAL, VIRUS INFLUENZA, VIRUS HERPES, CITOMEGALOVIRUS, HEPATITIS C, MYCOBACTERIA TBC, C/U (INCLUYE TOMA MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO).	\$	75.940	113.920
0306083	CITOMEGALOVIRUS (CMV) SHELL VIAL AISLAMIENTO RAPIDO	\$	172.040	258.060
0306084	HEPATITIS B, CARGA VIRAL	\$	262.330	393.490
0306085	HEPATITIS C, CARGA VIRAL	\$	294.430	441.650
0306086	VIH, CARGA VIRAL	\$	144.190	216.280
0306087	VIRUS EPSTEIN BARR (VEB) CARGA VIRAL	\$	363.940	545.920
0306088	POLIOMA (BK) VIRUS CARGA VIRAL	\$	224.320	336.480
0306109	VIH, GENOTIPIFICACIÓN ANTIVIRALES	\$	996.750	1.495.130
0306110	PCR METAPNEUMOVIRUS	\$	182.310	273.470
0306111	HTLV I Y II DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS VIRALES	\$	178.090	267.130
0306112	VIH, ANTICUERPOS Y ANTÍGENOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.	\$	15.600	23.410
0306113	VIH, REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO	\$	145.890	218.840
0306120	PANEL VIRAL DIARREA POR PCR (DETERMINACIÓN DE ROTAVIRUS, NOROVIRUS G1, NOROVIRUS G2, ASTROVIRUS, ADENOVIRUS)	\$	268.550	402.840
0306121	HANTA VIRUS, ANTICUERPOS IGM TEST RÁPIDO	\$	146.260	219.390

0306122	PANEL VIRUS RESPIRATORIO MOLECULAR (15 A 17 VIRUS) (ADENOVIRUS, VRS A, VRS B, PARAINFLUENZA 1,2,3,4, INFLUENZA A Y B, INFLUENZA A H1N1, BOCAVIRUS, CORONAVIRUS (2 TIPOS), RINOVIRUS, ENTEROVIRUS.	\$	198.590	297.890
0306123	VIRUS PAPILOMA HUMANO POR PCR CON GENOTIPIFICACIÓN DE PAPILOMA DE ALTO RIESGO DE CA CERVICO UTERINO TIPOS 16 Y 18	\$	59.030	88.550
0306146	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) VIRUS VIRUELA SÍMICA (INCLUYE HISOPADO DE LESIONES CUTÁNEAS).	\$	59.020	88.530
0306271	TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS SARS-CoV-2 (INCLUYE TOMA DE MUESTRA)	\$	20.470	30.710
0307001	DIETILENDIAMINA TETRAACETATO DE SODIO CROMO (EDTA Cr51)	\$	13.050	19.580
0307002	PRUEBA DE LA SED (VOLUMEN, DENSIDAD, OSMOLALIDAD SERIADA EN SANGRE Y ORINA)	\$	12.240	18.360
0307005	REACCION CUTANEA DE PARCHE C/U	\$	1.520	2.280
0307006	SOBRECARGA HIDRICA	\$	3.520	5.290
0307007	TEST DEL SUDOR (PROCEDIMIENTO COMPLETO)	\$	37.580	56.370
0307008	VASOPRESINA TEST O SIMILARES (INCLUYE MEDICIONES DIURESIS)	\$	10.350	15.520
0307009	ARTERIAL EN ADULTOS	\$	3.180	4.770
0307010	ARTERIAL EN NINOS Y LACTANTES	\$	4.610	6.920
0307011	VENOSA EN ADULTOS	\$	2.180	3.280
0307012	VENOSA EN NINOS Y LACTANTES	\$	2.160	3.250
0307013	CON TÉCNICA ASÉPTICA PARA HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO, C/U, NO INCLUYE FRASCO	\$	3.140	4.700
0307014	CAPILAR (ADULTOS, NIÑOS Y LACTANTES)	\$	1.650	2.480
0307016	PUNCIÓN TRAQUEAL	\$	5.410	8.120



LINARES

0307017	PUNCIÓN VESICAL EN RECIÉN NACIDOS	\$	5.470	8.200
0307018	PUNCIÓN MEDULAR ÓSEA	\$	29.340	44.020
0307023	ASPIRADOS NASOFARÍNGEO PARA ADULTO Y NIÑO.	\$	5.280	7.920
0307024	REACCIÓN CUTÁNEA A ALERGENOS (INCLUYE EL VALOR DE LOS ALERGENOS)	\$	13.900	20.850
0308001	AZUCARES REDUCTORES (BENEDICT-FEHLING O SIMILAR)	\$	3.180	4.770
0308003	GRASAS NEUTRAS (SUDAN III)	\$	1.820	2.730
0308004	HEMORRAGIAS OCULTAS, (BENCIDINA, GUAYACO O TEST DE WEBER Y SIMILARES), CUALQUIER METODO, C/MUESTRA)	\$	3.180	4.770
0308005	LEUCOCITOS FECALES	\$	3.180	4.770
0308006	PH EN DEPOSICIONES	\$	1.820	2.730
0308007	ELASTASA FECAL	\$	165.350	248.030
0308047	ESTEATOCRITO	\$	35.320	52.980
0308049	CALPROTECTINA CUANTITATIVA POR ELISA	\$	98.630	147.940
0308009	CELULAS NEOPLASICAS EN FLUIDOS BIOLOGICOS	\$	11.310	16.960
0308010	CITOLOGICO C/S TINCION (INCLUYE EXAMEN AL FRESCO, RECUENTO CELULAR Y CITOLOGICO PORCENTUAL)	\$	8.040	12.060
0308011	DIRECTO AL FRESCO C/S TINCION, (INCLUYE TRICHOMONAS)	\$	4.020	6.040
0308012	ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO), EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS C/U	\$	4.020	6.040
0308013	EOSINOFILOS EN SECRECIONES	\$	2.160	3.250

0308014	FISICO-QUIMICO (INCLUYE ASPECTO, COLOR, PH,	\$	6.240	9.360
0308015	GLUCOSA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS	\$	1.820	2.730
0308016	MUCINA, DETERMINACION DE	\$	3.180	4.770
0308017	PH EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS (PROC. AUT.)	\$	1.820	2.730
0308019	PROTEINAS, ELECTROFORESIS DE (INCLUYE PROTEINAS TOTALES) EN OTROS LIQUIDOS BIOLÓGICOS	\$	16.780	25.170
0308020	BANDAS OLIGOCLONALES (INCLUYE ELECTROFORESIS DE L.C.R., SUERO E INMUNOFIJACIÓN)	\$	52.980	79.470
0308021	GLUTAMINA	\$	5.260	7.890
0308022	INDICE IGG/ALBUMINA (INCLUYE DETERM. DE IGG Y	\$	31.880	47.830
0308023	ESTUDIO DE CRISTALES (CON LUZ POLARIZADA)	\$	4.020	6.040
0308025	PRUEBA DE ESTIMULACION MAXIMA CON HISTAMINA,	\$	16.050	24.080
0308029	ESPERMIOGRAMA (FÍSICO Y MICROSCÓPICO, CON O SIN OBSERVACIÓN HASTA 24 HORAS)	\$	9.360	14.040
0308030	FOSFATASA ÁCIDA PROSTÁTICA	\$	7.470	11.210
0308031	FRUCTOSA SEMINAL	\$	4.020	6.040
0308033	CELULAS ANARANJADAS (PROC. AUT.)	\$	1.820	2.730
0308034	CONTAMINANTES (MECONIO Y SANGRE)(PROC. AUT.)	\$	1.820	2.730
0308035	CREATININA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS (PROC. AUT.)	\$	3.180	4.770
0308036	FOSFATIDIL GLICEROL Y/O FOSFATIDIL INOSITOL	\$	17.820	26.730

0308037	INDICE DE BILIRRUBINA (PRUEBA DE LILEY)	\$	4.020	6.040
0308038	INDICE LECITINA/ESFINGOMIELINA	\$	16.050	24.080
0308039	MADUREZ FETAL COMPLETA (FISICO; CELULAS ANARANJADAS, BILIRRUBINA, TEST DE CLEMENTS, CREATININA)	\$	16.050	24.080
0308040	TEST DE CLEMENTS (PROC. AUT.)	\$	3.180	4.770
0308041	COLPOCITOGRAMA	\$	6.240	9.360
0308043	MOCO-SEMEN, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD	\$	6.240	9.360
0308044	FLUJO VAGINAL O SECRECION URETRAL, ESTUDIO DE	\$	21.510	32.260
0308045	AMILASA EN LIQUIDOS BIOLOGICOS	\$	9.830	14.760
0308046	LIPASA EN LIQUIDOS BIOLOGICOS	\$	6.450	9.680
0308050	PROTEINAS TOTALES EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS	\$	3.540	5.320
0308051	ALBUMINAS EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS	\$	3.540	5.320
0308062	ANÁLISIS INMUNOQUÍMICO/INMUNOLÓGICO DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES	\$	28.440	42.660
0309001	ACIDO ASCORBICO	\$	6.240	9.360
0309002	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO	\$	12.900	19.340
0309004	ACIDO URICO EN ORINA (CUANTITATIVO)	\$	5.660	8.500
0309005	ACIDO 5 HIDROXIINDOLACETICO CUANTITATIVO	\$	13.330	20.000
0309006	AMILASA CUANTITATIVA EN ORINA	\$	6.990	10.490

0309007	AMINOACIDOS EN ORINA (CUALITATIVO)(EXCEPTO FENILALANINA, PKU)	\$	12.900	19.340
0309008	CALCIO CUANTITATIVO EN ORINA	\$	5.260	7.890
0309009	CALCULO URINARIO (EXAMEN FISICO Y QUIMICO)	\$	11.130	16.700
0309010	CREATININA CUANTITATIVA EN ORINA	\$	4.020	6.040
0309012	ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U, EN ORINA	\$	4.020	6.040
0309013	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA	\$	8.020	12.030
0309014	GONADOTROFINA CORIONICA, SUB-UNIDAD BETA EN ORINA (TEST RAPIDO)	\$	6.780	10.180
0309015	FOSFORO CUANTITATIVO EN ORINA	\$	5.260	7.890
0309016	GLUCOSA (CUANTITATIVO), EN ORINA	\$	3.440	5.160
0309035	HEMOSIDERINA	\$	3.000	4.500
0309017	HIDROXIPROLINA EN ORINA	\$	11.930	17.900
0309019	MUCOPOLISACARIDOS	\$	16.050	24.080
0309020	NITROGENO UREICO O UREA EN ORINA (CUANTITATIVO)	\$	2.160	3.250
0309021	NUCLEOTIDOS CICLICOS (CAMP, CGM, U OTROS) C/U	\$	12.900	19.340
0309022	ORINA COMPLETA, (INCLUYE COD. 03-09-023 Y 03-09-024)	\$	4.980	7.480
0309023	ORINA, FÍSICO-QUÍMICO (ASPECTO, COLOR, DENSIDAD, PH; PROTEÍNAS, GLUCOSA, CUERPOS CETÓNICOS, UROBILINOGENO, BILIRRUBINA, HEMOGLOBINA Y NITRITOS, DETERMINACIÓN CUALITATIVA O SEMI CUANTITATIVA) TODOS O CADA UNO DE LOS PARÁMETROS (PROC. AUT.)	\$	3.180	4.770
0309024	SEDIMENTO DE ORINA (PROC. AUT.)	\$	2.870	4.320

0309025	OSMOLALIDAD	\$	4.610	6.920
0309027	PORFIRINAS, C/U	\$	5.450	8.180
0309028	PROTEINA (CUANTITATIVA), EN ORINA	\$	4.610	6.920
0309029	PROTEINAS DE BENICE-JONES PRUEBA TERMICA	\$	3.180	4.770
0309034	ARSENICO EN ORINA (MUESTRA AISLADA)	\$	110.100	165.150
0309036	COBRE EN ORINA	\$	74.710	112.070
0309044	ÁCIDOS ORGÁNICOS, ORINA	\$	603.160	904.750
0309046	SCREENING DE MUCOPOLISACARIDOS	\$	257.130	385.700
	EXAMENES RADIOLOGICOS SIMPLES			
0401001	RADIOGRAFIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES "SIALOGRAFIA"	\$	60.760	91.130
0401002	RADIOGRAFIA DE PARTES BLANDAS; LARINGE LATERAL; CAVUM RINOFARINGEO (RINOFARINX)	\$	25.460	38.180
0401004	RADIOGRAFIA DE TORAX, PROYECCION COMPLEMENTARIA (OBLICUAS,SELECTIVAS U OTRAS)	\$	18.310	27.460
0401008	RADIOGRAFIA DE TORAX SIMPLE FRONTAL O LATERAL CON EQUIPO MOVIL FUERA DEL DEPTO. DE RAYOS	\$	30.050	45.080
0401009	RADIOGRAFIA DE TORAX SIMPLE FRONTAL O LATERAL	\$	27.330	41.000
0401070	RADIOGRAFIA DE TORAX FRONTAL Y LATERAL	\$	50.070	75.100
0401010	MAMOGRAFIA BILATERAL	\$	58.060	87.090

0401110	MAMOGRAFIA UNILATERAL	\$	34.610	51.920
0401130	MAMOGRAFIA PROYECCION COMPLEMENTARIA (AXILAR U OTRAS)	\$	13.150	19.720
0401011	MARCACION PREOPERATORIA DE LESIONES DE LA MAMA	\$	60.760	91.130
0401012	RADIOGRAFIA DE MAMA, PIEZA OPERATORIA	\$	18.310	27.460
0401013	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	\$	24.390	36.590
0401014	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE, PROYECCION COMPLEMENTARIA (LATERAL Y/O OBLICUA)	\$	18.310	27.460
0401015	COLANGIOGRAFIA INTRA O POSTOPERATORIA (POR SONDA T, O SIMILAR)	\$	50.780	76.170
0401018	ENEMA BARITADO DEL COLON (INCLUYE LLENE Y CONTROL POSTVACIAMIENTO)	\$	102.470	153.710
0401019	ENEMA BARITADO DEL COLON O INTESTINO DELGADO, DOBLE CONTRASTE	\$	115.350	173.020
0401020	ESOFAGOGRAMA (INCLUYE PESQUISA DE CUERPO EXTRANO)	\$	45.640	68.460
0401021	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO, RELLENO Y/O DOBLE CONTRASTE	\$	101.530	152.300
0401022	ESTUDIO RADIOLOGICO DE DEGLUCION FARINGEA	\$	45.640	68.460
0401023	ESTUDIO RADIOLOGICO DEL INTESTINO DELGADO	\$	81.410	122.110
0401024	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO, SIMPLE EN NIÑOS.	\$	75.150	112.720
0401073	VIDEOFLUOROSCOPIA PARA ESTUDIO DE DEGLUCION	\$	268.860	403.290

0401027	PIELOGRAFIA DE ELIMINACION O DESCENDENTE: (INCLUYE RENAL Y VESICAL SIMPLES PREVIAS, 3 PLACAS POST INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE, CONTROLES DE PIE Y CISTOGRAFÍA PRE Y POST MICCIONAL)	\$	110.580	165.870
0401028	RADIOGRAFIA RENAL SIMPLE (PROC. AUT.)	\$	23.440	35.160
0401029	RADIOGRAFIA VESICAL SIMPLE O PERIVESICAL (PROC. AUT.)	\$	20.220	30.340
0401031	RADIOGRAFIA DE CAVIDADES PERINASALES, ORBITAS, ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES, HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ, MALAR, MAXILAR, ARCO CIGOMATICO, CARA , C/U	\$	27.330	41.000
0401032	RADIOGRAFIA DE CRANEO FRONTAL Y LATERAL	\$	28.780	43.170
0401033	RADIOGRAFIA DE CRANEO PROYECCION ESPECIAL DE BASE DE CRANEO (TOWNE)	\$	20.220	30.340
0401035	RADIOGRAFIA DE OIDO, UNO O AMBOS	\$	36.710	55.070
0401040	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA FRONTAL Y LATERAL	\$	33.500	50.250
0401042	RADIOGRAFIA COLUMNA CERVICAL O ATLAS-AXIS (FRONTAL Y LATERAL)	\$	27.330	41.000
0401043	RADIOGRAFIA COLUMNA CERVICAL (FRONTAL, LATERAL Y OBLICUAS)	\$	48.710	73.070
0401044	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL FLEXION Y EXTENSION (DINAMICAS)	\$	27.330	41.000
0401045	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSAL O DORSOLUMBAR LOCALIZADA, PARRILLA COSTAL ADULTOS (FRONTAL Y LATERAL)	\$	32.030	48.050
0401046	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA (FRONTAL, LATERAL Y FOCALIZADA EN EL 5° ESPACIO)	\$	47.010	70.530
0401047	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA FLEXION Y EXTENSION (DINAMICAS)	\$	40.540	60.810

0401048	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA, OBLICUAS ADICIONALES	\$	27.330	41.000
0401049	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TOTAL, PANORAMICA CON FOLIO GRADUADO FRONTAL O LATERAL	\$	36.580	54.860
0401051	RADIOGRAFIA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL	\$	21.150	31.730
0401151	RADIOGRAFIA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL DE RN, LACTANTE O NIÑO MENOR DE 6 ANOS	\$	21.150	31.730
0401052	RADIOGRAFIA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL, PROYECCIONES ESPECIALES (ROTACION INTERNA, ABDUCCION, LATERAL, LAWENSTEIN U OTRAS)	\$	20.220	30.340
0401053	RADIOGRAFIA DE SACROCOXIS O ARTICULACIONES SACROILIACAS.	\$	30.400	45.600
0401054	RADIOGRAFIA DE BRAZO, ANTEBRAZO, CODO, MUNECA, MANO, DEDOS, PIE (FRONTAL Y LATERAL)	\$	24.390	36.590
0401055	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	\$	28.240	42.350
0401056	RADIOGRAFIA DE EDAD OSEA : CARPO Y MANO	\$	20.220	30.340
0401057	RADIOGRAFIA DE EDAD OSEA : RODILLA FRONTAL	\$	20.220	30.340
0401058	ESTUDIO RADIOLOGICO DE ESCAFOIDES	\$	30.430	45.650
0401059	ESTUDIO RADIOLOGICO DE MUÑECA O TOBILLO (FRONT.,LATERAL Y OBLICUAS)	\$	28.460	42.690
0401060	RADIOGRAFIA DE HOMBRO, FEMUR, RODILLA, PIERNA, COSTILLA O ESTERNON (FRONTAL Y LATERAL)	\$	28.460	42.690
0401062	RADIOGRAFIA DE PROYECCIONES ESPECIALES OBLICUAS U OTRAS EN HOMBRO, BRAZO, CODO, RODILLA, ROTULAS, SESAMOIDEOS, AXIAL DE AMBAS ROTULAS O SIMILARES	\$	20.220	30.340
0401063	RADIOGRAFIA DE TUNEL INTERCONDILEO O RADIO-CARPIANO	\$	20.220	30.340

0401064	APOYO FLUOROSCOPICO A PROCEDIMIENTOS INTRAOPERATORIOS Y/O BIOPSIA (NO INCLUYE EL PROC.)	\$	20.220	30.340
0402005	GALACTOGRAFIA, UNILATERAL	\$	25.210	37.810
0402008	COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA (a.c. 18-01-018; 5-7 EXP)	\$	66.180	99.280
0402009	FISTULOGRAFIA (a.c. 18-01-020) (3EXP.)	\$	16.580	24.880
0402011	HISTEROSALPINGOGRAFIA (a.c. 20-01-013) (4EXP. INCLUYE PRUEBA DE COTTE TARDIA)	\$	50.590	75.890
0402012	PIELOGRAFIA ASCENDENTE (a.c. 19-01-015) (3 EXP.)	\$	55.140	82.720
0402014	URETRO Y/O CISTOURETROGRAFIA MICCIONAL RETROGRADA (a.c. 19-01-016) (5 EXP.)	\$	55.140	82.720
	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)			
	(Los valores de las prestaciones no incluyen el medio de contraste)			
0403001	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE CRANEO ENCEFALICA	\$	158.970	238.450
0403002	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE HIPOTALAMO- HIPOFISIS	\$	177.230	265.850
0403003	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE FOSA POSTERIOR	\$	146.120	219.190
0403006	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE TEMPORAL-OIDO	\$	146.120	219.190
0403007	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ORBITAS MAXILOFACIAL	\$	177.230	265.850
0403008	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE COLUMNA CERVICAL	\$	194.050	291.070

0403012		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE CUELLO, PARTES BLANDAS	\$	146.120	219.190
0403013		TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX. INCLUYE ADEMÁS: ESTERNÓN, CLAVÍCULAS, ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR, ESCÁPULA, COSTILLAS, ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR. INCLUYE TODO EL TÓRAX O CADA SEGMENTO O ARTICULACIÓN. INCLUYE BILATERALIDAD	\$	229.030	343.550
0403014		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN (HIGADO, VIAS Y VESICULA BILIAR, PANCREAS, BAZO, SUPRARRENALES Y RIÑONES)	\$	209.550	314.340
0403016		TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE PELVIS (ADEMÁS INCLUYE SACRO, COXIS, CADERAS, HUESOS PÉLVICOS, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS). BILATERAL	\$	136.370	204.560
0403017		TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA MUSCULOESQUELÉTICA POR ZONA ANATÓMICA. POR CADA SEGMENTO O ARTICULACIÓN: MUSLO, PIERNA, RODILLAS, ANTEBRAZO, CODO, MUÑECA, MANO, HOMBRO, PIE, TOBILLO U OTROS. BILATERAL SÓLO PARA RODILLAS	\$	123.810	185.720
0403018		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE COLUMNA DORSAL (INCLUYE MINIMO 6 ESPACIOS)	\$	162.630	243.960
0403019		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE COLUMNA LUMBAR	\$	162.630	243.960
0403020		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS	\$	212.820	319.240
0403021		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA PIELOGRAFIA	\$	50.080	75.110
0403022		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA UROGRAFIA	\$	125.230	187.850
0403023		TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE COLONOSCOPIA VIRTUAL. NO INCLUYE INSTALACIÓN DE SONDA	\$	95.500	143.260
0403024		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA PLANIFIC. RADIOTERAPIA	\$	135.650	203.480
0403101		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE ENCEFALO	\$	185.070	277.600
0403102		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE TORAX	\$	263.250	394.870

0403103		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE ABDOMEN	\$	250.650	375.980
0403104		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE CUELLO	\$	121.190	181.790
0403105		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE PELVIS	\$	98.930	148.400
0403107		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO EXTREMIDADES INFERIORES (BILATERAL)	\$	204.790	307.190
0403108		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE EXTREMIDAD SUPERIOR (UNILATERAL)	\$	206.490	309.740
		ECOTOMOGRAFIAS			
0404002		ECOGRAFIA OBSTETRICA	\$	18.600	27.900
0404003		ECOGRAFIA ABDOMINAL (INCLUYE HIGADO, VIA BILIAR, VESICULA, PANCREAS, RINONES, BAZO, RETROPERITONEO Y GRANDES VASOS)	\$	68.360	102.550
0404004		ECOGRAFIA COMO APOYO A CIRUGIA, O A PROCEDIMIENTO (DE TORAX, MUSCULAR, PARTES BLANDAS, ETC.)	\$	42.130	63.200
0404005		ECOGRAFIA TRANSVAGINAL O TRANSRECTAL	\$	38.010	57.020
0404006		ECOGRAFIA GINECOLOGICA, PELVIANA FEMENINA U OBSTETRICA CON ESTUDIO FETAL	\$	36.200	54.300
0404007		ECOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA SEGUIMIENTO DE OVULACION, PROC. COMPLETO (6-8 SESIONES)	\$	52.850	79.270
0404008		ECOGRAFIA PARA SEGUIMIENTO DE OVULACION.	\$	52.850	79.270
0404009		ECOGRAFIA PELVICA MASCULINA (INCLUYE VEJIGA Y PROSTATA)	\$	38.010	57.020
0404010		ECOGRAFIA RENAL (BILATERAL), O DE BAZO	\$	47.440	71.160

0404011		ECOGRAFIA ENCEFALICA (R.N. O LACTANTE)	\$	47.440	71.160
0404012		ECOGRAFIA MAMARIA BILATERAL (INCLUYE DOPPLER)	\$	47.440	71.160
0404013		ECOGRAFIA OCULAR, UNILATERAL O BILATERAL	\$	47.440	71.160
0404014		ECOGRAFIA TESTICULAR, UNILATERAL O BILATERAL (INCLUYE DOPPLER)	\$	47.440	71.160
0404015		ECOGRAFIA TIROIDEA (INCLUYE DOPPLER)	\$	47.440	71.160
0404016		ECOGRAFIA PARTES BLANDAS O MUSCULOESQUELETICA (CADA ZONA ANATOMICA)	\$	47.440	71.160
0404118		ECOGRAFIA VASCULAR (ARTERIAL Y VENOSA) PERIFERICA (BILATERAL)	\$	155.620	233.430
0404119		ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	\$	155.620	233.430
0404120		ECOGRAFIA TRANSCRANEANA	\$	155.620	233.430
0404121		ECOGRAFIA ABDOMINAL O DE VASOS TESTICULARES	\$	155.620	233.430
0404122		ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS PLACENTARIOS	\$	155.620	233.430
		PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
0601101		EVALUACION KINESIOLOGICA INTEGRAL	\$	14.020	21.040
0601105		ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL AMBULATORIA	\$	14.960	22.450
0601106		ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL DOMICILIARIA	\$	18.780	28.170

0601103		ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	\$	16.830	25.260
0601104		ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL UPC (INTENSIVO E INTERMEDIO)	\$	34.560	51.840
		TERAPIA OCUPACIONAL			
0602001		ATENCIÓN INTEGRAL DE TERAPIA OCUPACIONAL	\$	13.570	N/A
0602002		INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AYUDAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍA ASISTIDA	\$	12.470	N/A
0602003		INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICAS, INSTRUMENTALES Y AVANZADAS	\$	6.330	N/A
		TELEREHABILITACION KINESIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL			
0608101		TELEREHABILITACIÓN: EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	\$	4.240	N/A
0608102		TELEREHABILITACIÓN: ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	\$	13.050	N/A
0608201		TELEREHABILITACIÓN: ATENCIÓN INTEGRAL DE TERAPIA OCUPACIONAL	\$	11.520	N/A
0608202		TELEREHABILITACIÓN: INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AYUDAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍA ASISTIDA	\$	10.610	N/A
0608203		TELEREHABILITACIÓN: INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICAS, INSTRUMENTALES Y AVANZADAS	\$	5.380	N/A
		MEDICINA TRANSFUSIONAL			
		PREPARACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS			

0702101	PRODUCCIÓN DE GLÓBULO ROJO	\$	70.110	N/A
0702102	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	\$	13.470	N/A
0702103	PRODUCCIÓN DE PLASMA O CRIOPRECIPITADO	\$	12.640	N/A
0702104	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	809.670	N/A
0702105	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	809.670	N/A
0702106	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	809.670	N/A
0702107	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLASMA POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	809.670	N/A
0702108	PRODUCCIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICA POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA A PARTIR DE SANGRE PERIFÉRICA	\$	1.799.180	N/A
0702109	IRRADIACIÓN DE COMPONENTE SANGUÍNEO POR UNIDAD	\$	8.540	N/A
0702110	FILTRACIÓN DE GLÓBULOS ROJOS O PLAQUETAS (INCLUYE FILTRO RECIÉN NACIDO Y POOL DE PLAQUETAS)	\$	93.390	N/A
	ESTUDIOS PREVIOS A TRANSFUSIÓN POR TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO			
0702201	CALIFICACION MICROBIOLÓGICA POR DONANTE ESTUDIADO, COMPONENTE SANGUÍNEO PRODUCIDO O PRODUCTO DE AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	71.430	N/A
0702202	CALIFICACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICA POR DONANTE ESTUDIADO , COMPONENTE SANGUÍNEO PRODUCIDO O PRODUCTO DE AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	36.060	N/A
0702203	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTUDIADA (PROC. AUT.)	\$	7.770	N/A
0702204	FENOTIPIFICACIÓN OTROS GRUPOS SANGUÍNEOS POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS PRODUCIDO	\$	34.800	N/A

0702205	TITULACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	\$	69.830	N/A
0702206	GENOTIPIFICACIÓN D VARIANTE (INCLUYE D PARCIAL Y DÉBIL)	\$	224.260	N/A
0702207	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	\$	8.880	N/A
0702208	GRUPOS MENORES. TIPIFICACIÓN O DETERMINACIÓN DE OTROS SISTEMAS SANGUÍNEOS (KELL, DUFFY, KIDD Y OTROS) C/U.	\$	9.460	N/A
0702209	SUBGRUPO ABO Y RH FENOTIPO - GENOTIPO RH, C/U	\$	9.460	N/A
0702301	TRANSFUSIÓN EN ADULTO POR UNIDAD O SUBUNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O UNIDAD / SUBUNIDAD O POOL DE: PLASMA, PLAQUETAS O CRIOPRECIPITADOS (ATENCIÓN AMBULATORIA, ATENCIÓN CERRADA SIEMPRE QUE LA ADMINISTRACIÓN SEA CONTROLADA POR PROFESIONAL ESPECIALISTA, TECNÓLOGO MÉDICO O MÉDICO RESPONSABLE)	\$	24.820	N/A
0702302	TRANSFUSIÓN EN NIÑO POR UNIDAD O SUBUNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS, O UNIDAD/SUBUNIDAD O POOL DE: PLASMA, PLAQUETAS O CRIOPRECIPITADOS (ATENCIÓN AMBULATORIA, ATENCIÓN CERRADA SIEMPRE QUE LA ADMINISTRACIÓN SEA CONTROLADA POR PROFESIONAL ESPECIALISTA, TECNÓLOGO MÉDICO O MÉDICO RESPONSABLE)	\$	28.880	N/A
0702303	TRANSFUSIÓN POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS, O UNIDAD O POOL DE: PLASMA, PLAQUETAS O CRIOPRECIPITADOS, EN ADULTO O NIÑO EN PABELLÓN (CON ASISTENCIA PERMANENTE DEL MÉDICO O TECNÓLOGO MÉDICO RESPONSABLE)(NO CORRESPONDE SU COBRO CUANDO SEA CONTROLADA POR MÉDICO ANESTESISTA, POR ESTAR INCLUIDA EN EL VALOR DE SUS HONORARIOS)	\$	42.510	N/A
0702304	SANGRIA (CONSIDERA EL COBRO DE UNA PRESTACIÓN POR CADA UNIDAD DE SANGRE EXTRAÍDA)	\$	23.960	N/A
	ANATOMIA PATOLOGICA			
0801001	CITODIAGNOSTICO CORRIENTE, EXFOLIATIVA (PAPANICOLAU) (POR CADA PLACA)	\$	16.940	25.410
0801002	CITOLOGIA NO GINECOLOGICA (POR CADA PLACA O FRASCO) (MAXIMO 6)	\$	25.150	37.730

0801003		ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON MICROSCOPIA ELECTRONICA (POR CADA GRILLA)	\$	79.080	118.620
0801004		ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TECNICAS DE INMUNOHISTOQUIMICA O INMUNOFLUORESCENCIA (POR CADA ANTICUERPO INVESTIGADO)	\$	68.530	102.800
0801005		ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TECNICAS HISTOQUIMICAS, NIVELES, DECALCIFICACION (POR CADA LAMINA)	\$	51.560	77.340
0801006		CONSULTA INTRAOPERATORIA (POR CADA MUESTRA / TEJIDO O ASISTENCIA A PABELLÓN) (NO INCLUYE BIOPSIA DIFERIDA)	\$	68.530	102.800
0801007		ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON TINCIÓN CORRIENTE DE BIOPSIA DIFERIDA CON ESTUDIO SERIADO (MÍNIMO 10 MUESTRAS) DE UN ÓRGANO O PARTE DE ÉL (NO INCLUYE ESTUDIO CON TÉCNICA HABITUAL DE OTROS ÓRGANOS INCLUIDOS EN LA MUESTRA)	\$	68.530	102.800
0801008		ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE BIOPSIA DIFERIDA (POR CADA MUESTRA Y/O TEJIDO) (INCLUYE HASTA 3 LAMINAS)	\$	34.560	51.840
0801009		NECROPSIA EN ADULTO O NIÑO, CON ESTUDIO HISTOPATOL. CORRIENTE	\$	182.570	273.860
0801010		NECROPSIA DE FETO O RECIÉN NACIDO, CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CORRIENTE.	\$	137.090	205.650
		PSICOLOGIA CLINICA			
0902001		CONSULTA PSICOLOGO CLINICO		23.140	N/A
0902002		PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	\$	24.470	N/A
		PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS EN NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA.			
1101001	1	RELLENADO DE BOMBAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN LCR	\$	30.150	45.230
1101002	4	PUNCIÓN SUBDURAL	\$	28.480	42.720

1101003	4	PUNCION LUMBAR C/S MANOMETRIA C/S QUECKENSTED	\$	21.260	31.880
1101004		E.E.G. DE 16 O MAS CANALES (INCLUYE EL COD.11-01-006)	\$	52.800	79.210
1101006		ELECTROENCEFALOGRAMA (E.E.G.) STANDARD Y/O ACTIVADO (INCLUYE MONO Y BIPOLARES, HIPERVENTILACIÓN, C/S REACTIVIDAD AUDITIVA, VISUAL, LUMÍNICA, POR DROGAS U OTRAS). EQUIPO DE 8 CANALES	\$	42.240	63.360
1101007		ESTEREO-ELECTROENCEFALOGRAFIA (INCLUYE UNO O MAS ELECTRODOS ADICIONALES)	\$	94.740	142.110
1101008		MONITOREO EEG INVASIVO CON ELECTRODOS SUBDURALES	\$	37.990	56.980
1101040		E.E.G. EN VIGILIA, SUEÑO Y POST-PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE CÓDIGO 11-01-006). EQUIPO DE 8 CANALES	\$	65.720	98.590
1101041		EEG EN VIGILIA, SUEÑO Y POST-PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE CÓDIGO 11-01-004) EQUIPO DE 16 O MAS CANALES	\$	68.730	103.100
1101042		EEG DIGITAL 20 CANALES (CON ACTIVACIONES HV Y FE) ESTÁNDAR O POST PRIVACIÓN DE SUEÑO DE 20 A 30 MINUTOS DURACIÓN	\$	57.750	86.620
1101043		EEG DIGITAL 32 CANALES (CON ACTIVACIONES HV Y FE) ESTÁNDAR O POST PRIVACIÓN DE SUEÑO DE 20 A 30 MINUTOS DURACIÓN	\$	86.600	129.900
1101046		ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL DE 32 CANALES CON MAPEO (MAPPING), ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FRECUENCIAS Y DE EVENTOS POR ÁREAS (INCLUYE ESTÍMULOS COGNITIVOS)	\$	93.830	140.750
1101044		MONITOREO E.E.G. CONTINUO DE 24 HRS.	\$	115.770	173.650
1101026	3	INFILTRACION BLOQUEO NERVIO PERIFÉRICO EN PUNTO MOTOR	\$	30.130	45.200
1101027	3	INFILTRACION BLOQUEO NERVIO TRONCULAR	\$	40.030	60.060
1101028		INFILTRACIÓN O BLOQUEO DE RAMAS DEL TRIGÉMINO O DEL FACIAL	\$	21.170	31.760

1101029		INFILTRACIÓN O BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO	\$	21.720	32.570
1101030		INFILTRACIÓN O BLOQUEO EPIDURAL, CERVICAL, LUMBAR O SIMILARES, CADA SESIÓN	\$	32.700	49.050
1101031	3	INFILTRACIÓN O BLOQUEO INTERCOSTALES (CUALQUIER NÚMERO)	\$	30.130	45.200
1101032		RIZOTOMÍA QUÍMICA POR MEDIO DE INYECCIÓN INTRATECAL.	\$	60.150	90.230
1101033	3	INFILTRACIÓN O BLOQUEO SUBOCCIPITAL U OTROS NERVIOS CERVICALES	\$	21.720	32.570
		OFTALMOLOGIA			
1201001		CAMPIMETRIA DE PROYECCION, UNILATERAL (PROC.AUT.)	\$	21.510	32.260
1201042		CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA, UNILATERAL	\$	60.910	91.370
1201003		CUANTIFICACION DE LAGRIMACION (TEST DE SCHIRMER), UNO O AMBOS OJOS	\$	8.100	12.150
1201004		CURVA DE TENSION APLANATICA (POR CADA DIA), UNILATERAL	\$	20.050	30.090
1201005		DIPLOSCOPIA CUANTITATIVA, BILATERAL	\$	11.690	17.550
1201009		EXPLORACION SENSORIOMOTORA: ESTRABISMO, ESTUDIO COMPLETO, AMBOS OJOS	\$	46.400	69.600
1201010		PERIMETRIA DE GOLDMAN O PERIMETRIA CINETICA, C/OJO	\$	39.640	59.460
1201011		PRUEBAS DE PROVOCACION PARA GLAUCOMA (PRUEBA DE OSCURIDAD U OTRAS) UNI O BILATERAL	\$	24.850	37.280
1201012		RETINOGRAFIA, BILATERAL	\$	29.770	44.660

1201014		TONOMETRIA APLANATICA, UNILATERAL	\$	6.700	10.050
1201015		TRATAMIENTO ORTOPTICO Y/ O PLEOPTICO (POR SESION) BILATERAL	\$	14.950	22.440
1201016	2	ANGIOGRAFIA DE RETINA O DE IRIS, (CON FLUORESCEINA O SIM.), UNILATERAL	\$	52.120	78.190
1201017	2	ANGIOSCOPIA RETINAL Y/O IRIS (CON FLUORESCEINA O SIMILAR), C/OJO (PROC.AUT.)	\$	13.130	19.690
1201018	2	ELECTRORRETINOGRAFIA, UNILATERAL	\$	40.470	60.710
1201019	1	EXPLORACION VITREORRETINAL, AMBOS OJOS	\$	24.240	36.370
1201020	1	ECOBIOMETRIA CON CALCULO DE LENTE INTRAOCULAR, AMBOS OJOS	\$	83.160	124.740
1201023		POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN ADULTOS, AMBOS OJOS	\$	52.980	79.470
1201024		POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN NINOS, AMBOS OJOS	\$	59.830	89.740
1201027		EXAMEN OPTOMETRICO C/S PRESCRIPCION DE LENTES	\$	39.750	N/A
1201045		PAQUIMETRIA	\$	105.800	N/A
1201029	2	CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN ADULTOS	\$	28.030	42.040
1201030	3	CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN NIÑOS	\$	43.260	64.890
1201031	3	VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN ADULTOS	\$	42.190	63.290
1201032		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN LACTANTES	\$	70.100	105.150

1201033		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN NIÑOS	\$	54.410	81.620
1201038		INYECCION RETROBULBAR	\$	28.030	42.040
		PROCEDIMIENTOS OTORRINOLARINGOLOGIA			
1301002		RINOMANOMETRIA C/S VASOCONTRACTOR	\$	24.520	36.770
1301003	4	NASOFARINGOLARINGOFIBROSCOPIA	\$	53.200	79.810
1301005		SINUSOSCOPIA DE CADA SENO MAXILAR POR PUNCIÓN, C/S BIOPSIA, C/S TOMA DE MUESTRAS	\$	28.740	43.110
1301021		AUDIOMETRIA ADULTOS	\$	29.770	44.660
1301008		AUDIOMETRIA NIÑOS	\$	34.880	52.320
1301009		IMPEDANCIOMETRIA	\$	22.300	33.450
1301010		CALIBRACION DE AUDIFONOS O IMPLANTES	\$	16.720	25.080
1301011		POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL CLINICOS	\$	54.740	82.110
1301016		FUNCION TUBARIA	\$	14.950	22.440
1301017		PRUEBA CALORICA (PROC.AUT.)	\$	14.950	22.440
1301019		TEST DE GLICEROL (CON TRES AUDIOMETRIAS)	\$	59.830	89.740
1301020		EXAMEN FUNCIONAL DE VIII PAR	\$	58.840	88.270

1301045		EMISIONES OTOACÚSTICAS (EOT)	\$	31.610	47.420
1301046		POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL ACORTADOS	\$	56.160	84.240
1301024		PUNCIÓN EVACUADORA SENOS PERINASALES, C/S TOMA DE MUESTRAS, C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS; CADA PUNCIÓN	\$	20.970	31.460
1301025	2	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR (PROC. AUT.)	\$	14.840	22.260
1301026	2	TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR	\$	43.260	64.890
1301027		VACIAMIENTO CAVID. PERINASALES (PROETZ Y SIM.) (10 SESIONES)	\$	81.130	121.700
1301028	1	CAUTERIZACION UNI O BILATERAL DE VASOS EN FOSA NASAL	\$	41.980	62.970
1301029	2	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NASALES ADULTOS	\$	20.070	30.120
1301030	2	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NASALES NIÑOS	\$	45.770	68.660
1301040	2	LESIONES DEL OÍDO EXTERNO Y/O MEDIO, CURACIÓN BAJO MICROSCOPIO (PROC. AUT.)	\$	14.090	21.130
1301041		TROMPA DE EUSTAQUIO, INSUFLACIÓN INSTRUMENTAL (PROC. AUT.)	\$	14.090	21.130
1301042	2	CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE TAPÓN DE CERUMEN) (PROC. AUT.) - EN ADULTOS	\$	14.090	21.130
1301043	2	CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE TAPÓN DE CERUMEN) (PROC. AUT.) - EN NIÑOS	\$	42.190	63.290
1301044		BIOPSIA OÍDO (PROC. AUT.)	\$	42.190	63.290
1302001		ABSCESO Y/O HEMATOMAS OIDO EXTERNO, TRAT. QUIRUR.	\$	65.410	98.120

1302002	3	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	\$	138.130	207.190
1302027		DRENAJE DE ABSCESO O FLEGMON DE VESTIBULO BOCAL	\$	69.190	103.790
1302046	2	FRACT. NASAL RECIENTE, CERRADA O EXPUESTA, REDUCCIÓN C/S INMOVILIZACIÓN	\$	94.410	141.610
		FONOAUDIOLOGIA			
1303010		EVALUACION INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO	\$	34.080	N/A
1303011		REHABILITACION INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO	\$	15.760	N/A
		PROCEDIMIENTOS CABEZA CUELLO			
1401001		PUNCION ASPIRATIVA CON AGUJA FINA DE NODULO TIROIDEO	\$	47.370	71.060
		DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS			
1601110	1	CURETAJE DE LESIONES VIRALES Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES POR SESIÓN	\$	89.940	134.920
1601111	2	APLICACIÓN DE INMUNOMODULADORES, QUÍMICOS Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES POR SESIÓN	\$	59.880	89.820
1601112	2	FOTOTERAPIA UVB, UVA LOCALIZADA, POR SESIÓN	\$	17.920	26.890
1601113	2	FOTOTERAPIA UVB, BANDA ANGOSTA Y UVA POR SESIÓN EN CABINA	\$	29.980	44.980
1601115	2	IMPLANTES SUBCUTÁNEOS, INSTALACIÓN O RETIRO	\$	69.730	104.600
1601116	2	CRIOTERAPIA HASTA 5 LESIONES POR SESIÓN	\$	59.880	89.820

1601117	2	CRIOTERAPIA 6 A 10 LESIONES POR SESIÓN	\$	89.940	134.920
1601118		TUMOR MALIGNO POR CRIOCIRUGÍA (POR CADA LESIÓN) POR SESIÓN	\$	171.120	256.680
1601119	2	INYECCIÓN INTRACUTÁNEA EN ÁREAS HASTA 9 CM2 POR SESIÓN	\$	61.430	92.140
1601120	1	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO MECÁNICO POR SESIÓN	\$	119.880	179.820
1601121	1	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO QUÍMICO POR SESIÓN	\$	89.940	134.920
1602221	3	HERIDA CORTANTE O CONTUSA COMPLICADA, REPARACIÓN Y SUTURA (MÁS DE 5 CM)	\$	265.610	398.420
1602222	2	HERIDA CORTANTE O CONTUSA NO COMPLICADA REPARACION Y SUTURA. (Una o Múltiple hasta 5 cms. De largo total que comprometa solo la piel)	\$	74.000	111.000
1602225	2	VACIAMIENTO Y CURETAJE QUIRÚRGICO DE LESIONES QUÍSTICAS O ABSCESOS	\$	180.340	270.510
1602231	2	ONICECTOMÍA TOTAL O PARCIAL SIMPLE	\$	70.330	105.490
		CARDIOLOGIA			
1701001		E.C.G. DE REPOSO	\$	16.350	24.540
1701003		ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO	\$	67.080	100.620
1701004		REGISTRO DE HAZ DE HIS, EN ADULTOS O NIÑOS	\$	90.640	135.960
1701006		E.C.G. CONTINUO (TEST HOLTER O SIMILARES)	\$	77.850	116.780
1701007		ECOCARDIOGRAMA DOPPLER, CON REGISTRO (INCLUYE COD. 17-01-008)	\$	148.390	222.590

1701045		ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL DOPPLER COLOR	\$	165.360	248.040
1701008		ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL (INCLUYE REGISTRO MODO M, PAPEL FOTOSENSIBLE Y FOTOGRAFÍA), EN ADULTOS O NIÑOS (PROC.AUT.)	\$	92.790	139.180
1701009		MONITOREO CONTINUO DE PRESION ARTERIAL	\$	54.340	81.510
1701014		INSTALACION DE CATETER SWAN-GANZ O SIMILAR, EN ADULTOS O NIÑOS (PROC. AUT.)	\$	108.640	162.960
1701030		PUNCION EVACUADORA DE PERICARDIO, C/S TOMA DE MUESTRA, C/S INYECCION DE MEDICAMENTO	\$	31.710	47.560
1701034		CARDIOVERSION, C/U	\$	49.320	73.990
1701037	3	PUNCION SUBCLAVIA O YUGULAR CON COLOCACION DE CATETER	\$	37.810	56.710
1701039	3	TROMBÓLISIS ARTERIAL PERIFÉRICA	\$	158.150	237.230
1701040	3	TROMBÓLISIS INTRACORONARIA	\$	337.160	505.740
1707001		ESPIROMETRIA BASAL	\$	15.990	23.980
1707002		ESPIROMETRIA BASAL Y CON BRONCODILATADOR	\$	26.730	40.100
1707004		TEST DE PROVOCACION CON EJERCICIO	\$	40.450	60.680
1707030		AEROSOLTERAPIA CON AIRE COMPRIMIDO U OXIGENO (NEBULIZACION)	\$	3.930	5.890
1707037	2	INTUBACION TRAQUEAL (PROC.AUT.)	\$	24.930	37.400
		GASTROENTEROLOGIA			

		PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS (Incluye uso de anestesia tópica, Valor no incluye derecho de Pabellón) Endoscopías vía Oral c/s biopsias:		
1801001	3	GASTRODUODENOSCOPIA (INCLUYE ESOFAGOSCOPIA)	\$	88.580 132.880
1801037		TEST UREASA (PARA HELICOBACTER PYLORI) EN GASTROSCOPIA	\$	21.510 32.260
1801002	3	ESOFAGOSCOPIA	\$	51.650 77.490
1801003	3	ENTEROSCOPIA	\$	108.130 162.190
1801004	2	ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPIA EN ADULTOS	\$	33.450 50.180
1801005	2	ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPIA EN NIÑOS (ADEMÁS ANESTESIA CÓD. 22-01-001 SI CORRESPONDE)	\$	50.070 75.100
1801006	3	COLONOSCOPIA LARGA (INCLUYE SIGMOIDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA IZQUIERDA)	\$	120.000 180.000
1801007	3	SIGMOIDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA IZQUIERDA CON TUBO FLEXIBLE (INCLUYE LA ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPIA)	\$	100.100 150.160
		PROCEDIMIENTOS PARA EXAMENES RADIOLOGICOS Y OTROS		
1801018	3	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA C/S PAPILOTOMIA	\$	146.480 219.720
1801019		DRENAJE DE LA VIA BILIAR TRANSHEPÁTICA Y/O PERCUTÁNEO (A.C. 04-01-015)	\$	99.790 149.690
1801020		FISTULOGRAFIA (A.C. 04-02-009)	\$	31.770 47.650
1801021		NEUMOPERITONEO POR PUNCIÓN TRANSPARIETAL	\$	31.770 47.650
1801022		INSTALACION SONDA DE SENGSTAKEN	\$	33.260 49.900

1801023		INSTALACIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA NASOGÁSTRICA	\$	10.350	15.520
1801024		INSTALACIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA ENTERAL	\$	10.910	16.360
1801042	4	VACIAMIENTO MANUAL DE FECALOMA	\$	114.160	171.230
1803002	4	ABSCESO ANO RECTAL SIMPLE	\$	191.790	287.690
1803003	4	ABSCESO SACROCOXIGEO DRENAJE	\$	106.520	159.780
1803007	4	CUERPO EXTRAÑO RECTAL, EXTRACCIÓN POR VIA ANAL	\$	181.240	271.870
		UROLOGIA Y NEFROLOGIA			
1901001		EXPLORACIÓN DE URETRA ANTERO-POSTERIOR CON BUJÍA Y/O EXPLORADOR OLIVAR, Y/O SONDA, Y/O BENIQUÉ, Y/O MEDICIÓN DE RESIDUO VESICAL (LA CALIBRACIÓN DEL MEATO ESTA INCLUIDA EN EL VALOR DE LA CONSULTA)	\$	20.210	30.320
1901002	5	CISTOSCOPIA CON O SIN SONDEO DE UNO O AMBOS URÉTERES, CON O SIN BIOPSIA	\$	94.800	142.200
1901003	4	CISTOSCOPIA Y/O URETROCISTOSCOPIA Y/O URETROSCOPIA (PROC.AUT.)	\$	86.470	129.720
1901004	5	URETERONEFROSCOPIA	\$	147.460	221.200
1901005	2	BIOPSIA PROSTATICA TRANSRECTAL O TRANSPERINEAL CON APOYO ECOGRAFICO. CUALQUIER NÚMERO DE MUESTRAS, INCLUYE BIOPSIA POR SATURACIÓN (ADEMÁS CÓD. 04-04-004 Y ANESTESIA 22-01-001 SI CORRESPONDE)	\$	94.800	142.200
1901006	3	BIOPSIA RENAL TRANSPARIETAL	\$	51.690	77.530
1901012		CISTOGRAFÍA POR SONDA (DE RELLENO) O POR PUNCIÓN HIPOGÁSTRICA (A.C. 04-01-027)	\$	45.440	68.150
1901013		INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE EN CUERPO CAVERNOSO	\$	41.870	62.810

1901019	3	INSTILACION VESICAL (INCLUYE COLOCACION DE SONDA) PROC. AUT.	\$	31.900	47.860
1901020	2	INYECCION DE MEDICAMENTOS EN EL PENE	\$	31.900	47.860
1901022		VACIAMIENTO VESICAL POR SONDA URETRAL, (PROC. AUT.)	\$	31.900	47.860
1902080	4	BIOPSIA DE PENE (PROC.AUT.)	\$	78.230	117.340
		GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			
2001002	1	COLPOSCOPIA	\$	35.030	52.540
2001005	4	HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA (PROC. AUT.)	\$	79.820	119.730
2001006	4	AMNIOCENTESIS	\$	48.040	72.060
2001007	3	CULDOCENTESIS (PUNCION DEL DOUGLAS)	\$	62.200	93.300
2001009		MONITOREO BASAL CON INFORME	\$	19.590	29.400
2001010		MONITOREO FETAL ESTRESANTE, CON CONTROL PERMANENTE DEL ESPECIALISTA Y TRATAMIENTO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES	\$	62.200	93.300
2001012	3	GALACTOGRAFÍA (A.C. 04-02-005)	\$	49.050	73.580
2001013	3	HISTEROSALPINGOGRAFIA (A.C.04-02-011)	\$	59.840	89.760
2001014	2	BIOPSIA ENDOMETRIO, VULVA, VAGINA, CUELLO, C/U (PROC. AUT.)	\$	38.880	58.330
2001015	2	COLOCACIÓN O EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (NO INCLUYE EL VALOR DEL DISPOSITIVO)	\$	36.670	55.010

2001016	2	ELECTRODIATERMO O CRIOCOAGULACIÓN DE LESIONES DEL CUELLO	\$	39.900	59.850
2001020		TEST POSTCOITAL	\$	49.050	73.580
2001022	3	PUNCION EVACUADORA DE QUISTES MAMARIOS, C/S TOMA DE MUESTRAS, C/S INYECCION DE MEDICAMENTOS.	\$	46.400	69.600
2004009	2	FOTOTERAPIA A RECIEN NACIDOS	\$	9.090	13.640
2004010		HONORARIO MATRONA POR LA ATENCIÓN EN PREPARTO (DESDE INGRESO A CENTRO ASISTENCIAL POR TRABAJO DE PARTO, YA SEA INICIAL O ACTIVO, HASTA EL PERIODO EXPULSIVO)	\$	70.550	105.830
2004011		HONORARIO DE MATRONA POR ATENCIÓN INTEGRAL EN CONTROL Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO (PERIODO EXPULSIVO, ASISTENCIA AL PABELLÓN QUIRÚRGICO EN CASO DE CESÁREA)	\$	186.570	279.860
2004012		HONORARIO MATRONA POR ATENCIÓN EN POST PARTO. (INCLUYE DOS CONTROLES EN PUERPERIO)	\$	111.970	167.960
		ARTICULARES Y OSTEOMUSCULARES			
2101001	2	INFILTRACION LOCAL MEDICAMENTOS (BURSAS, TENDONES, YUXTAARTICULARES Y/O INTRAARTICULARES), Y/O PUNCION EVACUADORA	\$	28.630	42.950
2101002	1	PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCIÓN DEL MEDIO DE CONTRASTE)	\$	28.630	42.950
2104033	3	BIOPSIA ÓSEA POR PUNCIÓN	\$	98.620	147.930
2104035	2	BIOPSIA SINOVIAL O MUSCULAR POR PUNCIÓN	\$	98.620	147.930
2104036	4	BIOPSIA SINOVIAL O MUSCULAR QUIRÚRGICA	\$	123.500	185.250
2104037	4	BIOPSIA VERTEBRAL POR PUNCIÓN	\$	197.050	295.570

		(El arancel médico no incluye el valor del material empleado por ejemplo :vendas enyesadas, férulas, placas, tornillos, prótesis o similares)		
		PROCEDIMIENTOS DE INMOVILIZACION (La colocación de valva de yeso corresponderá el 50 % del valor del respectivo procedimiento de inmovilización)		
2105001	2	CALZON CORTO DE YESO	\$	83.320 124.980
2105004	2	RODILLERA, BOTA LARGA O CORTA DE YESO	\$	66.560 99.840
2105005	1	VELPEAU	\$	66.560 99.840
2105006	2	YESO ANTEBRAQUIAL C/S FERULA DIGITAL	\$	66.560 99.840
2105007	2	YESO BRAQUICARPIANO	\$	66.560 99.840
2105008	2	YESO PELVIPEDIO BILATERAL	\$	148.100 222.150
2105009	2	YESO PELVIPEDIO UNILATERAL	\$	116.570 174.860
2105010	2	YESO TORACOBRAQUIAL	\$	116.570 174.860
		PROCEDIMIENTOS ORTOPEDICOS (Además anestesia cód. 22-01-001 si corresponde)		
		(Comprende maniobras de reducción,c/s tracción esquelética (transesquelética o craneal) provisoria o definitiva y colocación de yeso. Los cambios posteriores se cobrarán de acuerdo al valor del procedimiento de inmovilización con yeso respectivo.)		
2107001	3	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MEDIANAS (HOMBRO, CODO, RODILLA, TOBILLO, MUÑECA, TARSO Y ESTERNOCLAVICULAR)	\$	225.120 337.690
2107002	4	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MAYORES (COLUMNA, CADERA, PELVIS)	\$	293.770 440.660

2107003	3	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MENORES (EL RESTO)	\$	101.910	152.860
		FRACTURAS CON O SIN LUXACION			
		Comprende fracturas desplazadas o anguladas, fracturas en tallo verde anguladas y fracturas o disyunciones desplazadas; incluye maniobras de reducción (c/s tracción transesquelética o craneal) provisoria o definitiva y colocación de yeso.			
		En caso de fracturas de 2 huesos del mismo segmento anatómico, se cancelará el 100% de la prestación de mayor valor más el 50% de la segunda.			
		Los cambios posteriores, las fracturas no desplazadas y la inmovilización provisoria de urgencia se cobrarán de acuerdo al valor del procedimiento de inmovilización con yeso respectivo.			
2107004	4	FRACTURAS MAYORES (COLUMNA, PELVIS, SUPRACONDÍLEA, CODO, EPÍFISIS FEMORALES)	\$	399.560	599.340
2107005	3	FRACTURAS MEDIANAS (DIÁFISIS HUMERAL, RADIAL, CUBITAL, DIÁFISIS FEMORAL, TIBIAL, PERONEAL, CLAVICULAR, PLATILLOS TIBIALES)	\$	330.400	495.600
2107006	3	FRACTURAS MENORES (EL RESTO)	\$	160.860	241.290
		ANESTESIA			
2201001		ANESTESIA GENERAL O REGIONAL OTORGADA POR MEDICO DIFERENTE AL PRIMER CIRUJANO (EN INTERVENCIONES O PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS O TERAPEUTICOS)	\$	108.210	162.320
2201002		ANESTESIA PERIDURAL CONTINUA, PROC. AUT.	\$	148.690	223.040
		Anestesia regional o local infiltrativa administrada por el primer cirujano, 10% del valor de sus honorarios.			
		ENFERMERIA DOMICILIARIA			
2601002		ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO (ATENCIÓN MÍNIMA DE 45')(SOLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS)	\$	38.310	N/A

2601003	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES POSTRADOS, TERMINALES POST OPERADOS	\$	39.420	N/A
2601004	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES OSTOMIZADOS	\$	39.730	N/A
2601005	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES QUE REQUIEREN INSTALACIÓN Y/O RETIRO DE CATÉTER O SONDA	\$	39.730	N/A
	NUTRICIONISTAS			
2602001	ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (POR SESION)		64.360	N/A
	ATENCION ODONTOLOGICA			
2701101	CONSULTA ESPECIALIDAD PERIODONCIA	\$	15.760	23.640
2701102	CONSULTA ESPECIALIDAD CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCO MAXILOFACIAL	\$	15.760	23.640
2701103	CONSULTA ESPECIALIDAD ENDODONCIA	\$	15.760	23.640
2701104	CONSULTA ESPECIALIDAD IMAGENOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	\$	15.760	23.640
2701105	CONSULTA ESPECIALIDAD IMPLANTOLOGÍA BUCO MAXILOFACIAL	\$	15.760	23.640
2701106	CONSULTA ESPECIALIDAD ODONTOPEDIATRÍA	\$	15.760	23.640
2701107	CONSULTA ESPECIALIDAD ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL	\$	15.760	23.640
2701108	CONSULTA ESPECIALIDAD PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	\$	15.760	23.640
2701109	CONSULTA ESPECIALIDAD REHABILITACIÓN ORAL	\$	15.760	23.640

2701110		CONSULTA ESPECIALIDAD TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL	\$	15.760	23.640
2701111		CONSULTA ESPECIALIDAD SOMATO-PRÓTESIS	\$	15.760	23.640
2701113		CONSULTA O CONTROL POR ODONTÓLOGO GENERAL	\$	14.480	21.730
2701115		CONSULTA DE URGENCIA ODONTOLÓGICA	\$	20.760	31.150
		II. EXÁMENES IMAGENOLÓGICOS DENTAL			
2702101		RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR UNITARIA ADULTO (POR PLACA)	\$	14.330	21.500
2702102		RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR UNITARIA NIÑO (POR PLACA)	\$	14.330	21.500
2702103		RADIOGRAFÍA BITE WING ADULTO (POR PLACA)	\$	14.330	21.500
2702104		RADIOGRAFÍA BITE-WING NIÑO (POR PLACA)	\$	14.330	21.500
2702105		RADIOGRAFÍA EXTRAORAL (POR PLACA)	\$	20.210	30.320
2702106		RADIOGRAFÍA OCLUSAL (POR PLACA)	\$	11.540	17.310
2702107		SIALOGRAFÍA (CADA LADO) (INCLUYE EL PROC.)	\$	133.160	199.750
2702111		TOMOGRAFÍA COMPUTACIONAL MAXILO FACIAL CONE BEAM ZONA DENTARIA	\$	126.420	189.640
2702112		TOMOGRAFÍA COMPUTACIONAL MAXILO FACIAL CONE BEAM UNIMAXILAR	\$	189.650	284.470
		III.- ODONTOLOGIA GENERAL: ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y RECUPERATIVAS			



2703101	APLICACIÓN DE SELLANTES	\$	22.370	33.570
2703102	DESGASTES SELECTIVOS	\$	18.280	27.420
2703103	DESTARTRAGE Y PULIDO CORONARIO	\$	34.770	52.160
2703104	MANTENEDORES DE ESPACIO	\$	72.640	108.960
2703105	PULPOTOMIA	\$	12.730	19.090
2703106	APLICACIÓN TOPICA DE FLORUROS	\$	45.430	68.140
2703107	EXODONCIA SIMPLE DIENTE PERMANENTE	\$	20.250	30.380
2703108	EXODONCIA DIENTE PRIMARIO	\$	12.730	19.090
2703109	OBTURACION AMALGAMA	\$	49.390	74.080
2703110	OBTURACION COMPOSITE	\$	46.900	70.350
2703111	OBTURACION VIDRIO IONOMERO	\$	29.120	43.690
2703112	PROFILAXIS DENTAL	\$	97.120	145.680
2703113	ACCESO CAVITARIO	\$	17.570	26.350
2703114	FERULIZACION POR GRUPO	\$	37.120	55.680
2703115	RECUBRIMIENTO DIRECTO	\$	12.650	18.990

2703116		PULPECTOMIA (POR ODONTOLOGO GENERAL)	\$	29.550	44.330
		IV.- ESPECIALIDADES			
2704001		OBTURACION INLAY METAL (incluye materiales no preciosos, no incluye oro)	\$	48.400	72.610
2704002		DISPOSITIVO INTEROCLUSAL	\$	92.650	138.970
2704003		PROTESIS DE RESTITUCION (fase clinica)	\$	201.030	301.550
2704004		PROTESIS METALICA	\$	302.070	453.100
2704005		PROTESIS DE RESTITUCION (fase laboratorio)	\$	100.120	150.190
2704006		REPARACION COMPUESTA DE PROTESIS	\$	40.190	60.290
2704007		REPARACION CORONA	\$	30.920	46.390
2704008		REPARACION O REAJUSTE PROTESIS	\$	24.230	36.360
2704009		RESTITUCION POR CORONA (combinada)	\$	181.510	272.260
2704010		RESTITUCION POR CORONA PROVISORIA	\$	92.650	138.970
2704014		ENDODONCIA MULTIRRADICULAR	\$	318.880	478.330
2704015		ENDODONCIA BIRRADICULAR	\$	216.320	324.470
2704016		ENDODONCIA UNIRRADICULAR	\$	233.020	349.540

2704017		DESTARTRAGE SUBGINGIVAL Y PULIDO RADICULAR	\$	48.450	72.670
2704018		SEDACIÓN INHALATORIA CON ÓXIDO NITROSO	\$	50.620	75.930
2704019		CORONA METÁLICA PREFORMADA EN DIENTE TEMPORAL	\$	64.900	97.360
2704020		SIALOMETRÍA	\$	15.760	23.640
2704021		INYECCIÓN INTRALESIONAL DE MEDICAMENTOS EN EL TERRITORIO DE LA MUCOSA ORAL	\$	24.750	37.120
2704022		TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE OBSTRUCCIÓN GLÁNDULA SALIVAL	\$	15.760	23.640
2704023		CATETERISMO DE CONDUCTO EXCRETOR GLÁNDULA SALIVAL EN ADULTOS (C/U)	\$	42.740	64.110
2704024		CATETERISMO DE CONDUCTO EXCRETOR GLÁNDULA SALIVAL EN NIÑOS (C/U)	\$	56.590	84.890
2704025		INSTILACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL (C/U) (PROCEDIMIENTO)	\$	32.970	49.460
2704026		INFILTRACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, POR SESIÓN	\$	24.750	37.120
2704027	1	REDUCCIÓN DE LUXACIÓN DISCAL DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	\$	15.760	23.640
2704028		TRATAMIENTO DE RONQUIDO PRIMARIO Y SAOS (DISPOSITIVOS DE AVANCE MANDIBULAR)	\$	171.970	257.950
2704029		REPARACIÓN O REAJUSTE DE DISPOSITIVO INTEROCCLUSAL	\$	22.460	33.690
2704030	1	ARTROCENTESIS TEMPOROMANDIBULAR UNILATERAL	\$	355.110	532.670
		V.- CIRUGIAS			

2705001	3	CIRUGIA BUCAL	\$	56.640	84.960
2705002		CIRUGIA DE ENFERMEDAD PERIDONTAL (por grupo)	\$	60.570	90.850
2705003	5	CORTICOTOMIA	\$	335.950	503.920
2705004	6	DISYUNCION PALATINA QUIRURGICA	\$	626.490	939.740
2705005	6	EXTIRPACION DE PSEUDOQUISTES, QUISTES Y TUMORES	\$	470.630	705.940
2705006	6	GLOSECTOMIAS	\$	720.420	1.080.630
2705007	3	IMPLANTE ENDODONTICO INTRAOSEO	\$	191.080	286.620
2705008	6	IMPLANTES SUBPERIOSTICOS	\$	724.330	1.086.500
2705009	3	EXODONCIA DE DIENTES RETENIDOS	\$	143.960	215.940
2705010	3	EXODONCIA DE TERCER MOLAR CON OSTEOTOMIA	\$	143.960	215.940
2705011	6	INJERTOS EN BOCA	\$	626.490	939.740
2705012	6	ELEVACION DE PISO DEL SENOS MAXILAR	\$	506.330	759.510
2705013	3	PASTIA DE FISTULA SALIVAL	\$	216.320	324.470
2705014	2	PREPARACION QUIRURGICA DE LOS MAXILARES CON FINES PROTESICOS	\$	143.360	215.050
2705015	5	PROFUNDIZACION DE VESTIBULO O RECONSTRUCCION DE REBORDES CON O SIN INJERTOS	\$	689.880	1.034.820

2705016	3	REIMPLANTE Y TRASPLANTE DENTARIO	\$	155.070	232.610
2705017	3	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO Y SECUESTRECTOMIA	\$	155.070	232.610
2705018	4	SUTURA COMPLETA HERIDA MAYOR	\$	296.170	444.260
2705019	4	SUTURA COMPLETA HERIDA MENOR	\$	257.430	386.140
2705020	3	SUTURA SIMPLE DE HERIDA	\$	155.070	232.610
2705021	6	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURAS MAXILAR SUPERIOR	\$	825.250	1.237.880
2705022	6	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURAS MAXILAR INFERIOR	\$	825.250	1.237.880
2705023	3	TRATAMIENTO DE TRAUMATISMO DENTO ALVEOLAR SIMPLE	\$	155.070	232.610
2705024	4	TRATAMIENTO DE TRAUMATISMO DENTO ALVEOLAR COMPLEJO	\$	285.210	427.820
2705025	5	IMPLANTE OSEOINTEGRADO	\$	299.470	449.200
2705026	5	PILAR PROTESICO SOBRE IMPLANTES	\$	136.600	204.900



HOSPITAL DE LINARES