



ARANCEL PARTICULAR AÑO 2026

**HOSPITAL
DE LINARES**

General Carlos Ibáñez del Campo

UNIDAD DE RECAUDACION

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE LINARES
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
DEPARTAMENTO DE FINANZAS
UNIDAD DE RECAUDACION

ARANCEL PARTICULAR 2026

CODIGO	PAB.	PRESTACION		Horario Hábil	Horario Inhábil
0101001		CONSULTA MEDICINA GENERAL	\$	34.010	N/A
0101004		VISITA MEDICA DOMICILIARIA HORARIO HABIL	\$	44.330	N/A
0101005		VISITA MEDICA DOMICILIARIA HORARIO INHABIL	\$	56.980	N/A
0101006		ASISTENCIA DE CARDIOLOGO A CIRUGIAS NO CARDIACAS	\$	56.980	85.480
0101007		ATENCIÓN MÉDICA DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTO O PABELLÓN QUIRÚRGICO C/S REANIMACIÓN CARDIO-RESPIRATORIA	\$	80.000	120.010
0101008		VISITA MEDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	\$	41.130	N/A
0101009		VISITA POR MEDICO INTERCONSULTOR (O EN JUNTA MEDICA C/U) A ENFERMO HOSPITALIZADO	\$	41.130	N/A
0101010		ATENCION MEDICA DIARIA A ENFERMO HOSPITALIZADO	\$	41.130	N/A
0101201		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD DERMATOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101202		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD GERIATRIA	\$	41.130	N/A
0101204		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD OFTALMOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101205		CONSULTA MEDICA ESPECIALID.OTORRINOLARINGOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101206		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD REUMATOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101207		CONSULTA MEDICA ESPEC. ENDOCRINOLOGIA ADULTO	\$	41.130	N/A
0101208		CONSULTA MEDICA ESPEC. ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	\$	41.130	N/A
0101209		CONSULTA MEDICA ESPEC. NEUROLOGIA ADULTO	\$	41.130	N/A
0101210		CONSULTA MEDICA ESPEC. NEUROLOGIA PEDIATRICA	\$	41.130	N/A
0101212		CONSULTA MEDICA ESPEC. PSIQUIATRIA ADULTOS (1° CONSULTA)	\$	41.130	N/A
0101213		CONSULTA MEDICA ESPEC. PSIQUIATRIA PEDITRICA Y DE LA ADOLESCENCIA (1°CONS)	\$	41.130	N/A
0101300		CONSULTA MEDICA OTRAS ESPECIALIDADES	\$	41.130	N/A
0101301		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD CARDIOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101302		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD HEMATOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101303		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD INFECTOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101304		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD INMUNOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101305		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR	\$	41.130	N/A
0101307		CONSULTA MEDICA ESPEC. MEDICINA INTERNA	\$	41.130	N/A
0101308		CONSULTA MEDICA ESPEC. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101309		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD PEDIATRIA	\$	41.130	N/A
0101310		CONSULTA MEDICA ESPEC. TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	\$	41.130	N/A
0101311		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD UROLOGIA	\$	41.130	N/A
0101312		CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL	\$	41.130	N/A
0101313		CONSULTA MEDICA ESPEC. CIRUGIA CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL	\$	41.130	N/A
0101314		CONSULTA MEDICA ESPEC. CIRUGIA CARDIOVASCULAR	\$	41.130	N/A
0101315		CONSULTA MEDICA ESPEC. CIRUGIA TORAX	\$	41.130	N/A
0101317		CONSULTA MEDICA ESPEC. CIRUGIA PEDIATRICA	\$	41.130	N/A
0101318		CONSULTA MEDICA ESPEC. CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	\$	41.130	N/A

0101319	CONSULTA MEDICA ESPEC. COLOPROCTOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101320	CONSULTA MEDICA ESPEC. DIABETOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101321	CONSULTA MEDICA ESPEC. ENFERMED. RESPIRAT.ADULTO	\$	41.130	N/A
0101322	CONSULTA MEDICA ESPEC. ENFERMED. RESPIRAT.PEDIATRICAS	\$	41.130	N/A
0101323	CONSULTA MEDICA ESPEC.GASTROENTEROLOGIA ADULTO	\$	41.130	N/A
0101324	CONSULTA MEDICA ESPEC.GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	\$	41.130	N/A
0101326	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD NEFROLOGIA ADULTO	\$	41.130	N/A
0101327	CONSULTA MEDICA ESPEC.NEFROLOGIA PEDIATRICO	\$	41.130	N/A
0101328	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD NEONATOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101329	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD ANESTESIOLOGIA	\$	41.130	N/A
0101330	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD MEDICINA URGENCIA	\$	41.130	N/A
0101332	CONSULTA MEDICA ESPEC.GINECOLOGIA PEDIAT. Y ADOLESC.	\$	41.130	N/A
0102009	CONSULTA O CONTROL POR MATRONA	\$	11.450	N/A
0102008	CONSULTA O CONTROL POR ENFERMERA	\$	11.450	N/A
0102010	CONSULTA O CONTROL POR NUTRICIONISTA	\$	11.450	N/A
0102005	CONSULTA DE FONOAUDIOLOGA AMBULATORIA	\$	11.450	N/A
0108001	TELECONSULTA MEDICINA GENERAL	\$	25.320	N/A
0108201	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. DERMATOLOGIA	\$	31.660	N/A
0108204	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. OFTALMOLOGIA	\$	31.660	N/A
0108205	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. OTORRINO	\$	31.660	N/A
0108209	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. NEUROLOGIA ADULTOS	\$	31.660	N/A
0108210	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. NEUROLOGIA NIÑOS	\$	31.660	N/A
0108301	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. CARDIOLOGIA	\$	31.660	N/A
0108307	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. MEDICINA INTERNA	\$	31.660	N/A
0108308	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. GINECOLOGIA-OBST.	\$	31.660	N/A
0108309	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. PEDIATRICA	\$	31.660	N/A
0108310	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. TRAUMATOLOGIA	\$	31.660	N/A
0108311	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. UROLOGIA	\$	31.660	N/A
0108312	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. CIRUGIA GENERAL	\$	31.660	N/A
0108317	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. CIRUGIA PEDIATRICA	\$	31.660	N/A
0108323	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. GASTROENTEROLOGIA ADULTO	\$	31.660	N/A
0108326	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. NEFROLOGIA ADULTO	\$	31.660	N/A
0108329	TELECONSULTA MEDICINA DE ESPEC. ANESTESIOLOGIA	\$	31.660	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		Valor
0201101	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN - PIEZA INDIVIDUAL (SALA 1 CAMA, BAÑO PRIVADO)	\$	217.120
0201102	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN - PIEZA COMPARTIDA (SALA 2 CAMAS, BAÑO COMPARTIDO INTERIOR)	\$	171.400
	PENSIONADO MATERNIDAD		
0201401	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN - PIEZA INDIVIDUAL (SALA 1 CAMA, BAÑO PRIVADO)	\$	217.120
0201402	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN - PIEZA COMPARTIDA (SALA 2 CAMAS, BAÑO COMPARTIDO EN PASILLO)	\$	137.120
0201407	DIA CAMA OBSERVACION - AMBULATORIO (Desde 4 Horas sin Pernoctar)	\$	68.570

ATENCION CERRADA INSTITUCIONAL (SALA)

0201201	DIA CAMA DE HOSPITALIZACION ADULTO U.C.I. (Unidad de Cuidados Intensivos)	\$	431.720
0201301	DIA CAMA DE HOSPITALIZACION ADULTO U.T.I. (Unidad de Tratamiento Intermedio)	\$	342.820
0201302	DIA CAMA DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA U.T.I. (Unidad de Tratamiento Intermedio)	\$	342.820
0201403	DIA CAMA DE HOSPITALIZACION INTEGRAL SALA CUNA	\$	228.520
0201404	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL INCUBADORA	\$	274.250
0201010	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL CUIDADOS BASICOS (SALA 2 CAMAS O MAS) (MEDICINA/CIRUGIA/PEDIATRIA)	\$	124.670
0201110	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL CUIDADOS MEDIOS (SALA 2 CAMAS O MAS) (MEDICINA/CIRUGIA/PEDIATRIA)	\$	124.670
0201410	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (SALA 2 CAMAS O MAS)	\$	124.670
0201407	DIA CAMA HOPITALIZACION INTEGRAL OBSERVACION O AMBULATORIO (Desde 4 horas sin Pernoctar)	\$	62.340

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 Hábil	Horario Inhábil
9990104	CURACION SIMPLE AMBULATORIA C/U (Por cada área afectada, incluye insumos)	\$ 7.900	11.850
9990105	CURACION MAYOR O AVANZADA AMBULATORIA (Por cada área afectada, NO incluye insumos)	\$ 18.720	28.070
9990106	RETIRO DE CORCHETES AMBULATORIO	\$ 18.720	28.070
9990107	LAVADO GASTRICO (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$ 28.890	43.330
9990108	RETIRO DE PUNTOS Y/O SUTURA AMBULATORIO	\$ 5.210	7.820
9990109	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSA, BAJO INFUSION CONTINUA-FLEBOCLISIS O RAPIDA-EN BOLO C/U (No incluye el suero ni el material desechable)	\$ 11.450	11.990
9990110	INSTALACION O CAMBIO DE Sonda NASOGASTRICA (No incluye insumos)	\$ 12.100	18.160
9990111	INSTALACION O CAMBIO DE Sonda VESICAL (No incluye insumos)	\$ 12.100	18.160
9990112	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR, SUBCUTANEA O INTRADERMICA C/U), NO incluye medicamentos, INCLUYE material desechable)	\$ 11.450	17.170
9990113	TECNICA INOCULACION (Incluye Tecnica y material desechable)	\$ 11.450	17.170
9990114	INSTALACIÓN DE ENEMA EVACUANTE (No incluye insumos y/o medicamentos)	\$ 12.570	18.870
9990115	HEMOGLUCOTEST (DEXTRO)	\$ 5.730	8.590
9990116	TOMA DE PRESION ARTERIAL	\$ 4.160	6.250
9990117	LAVADO OIDO ADULTO O NIÑO (Cada oído)	\$ 16.210	24.310
9990118	ASPIRACION DE SECRECIONES C/U (No incluye insumos)	\$ 28.890	43.330
9990119	ALMUERZO EXTRA (Servicio de Pensionado)	\$ 5.170	7.740
9990120	DESAYUNO U ONCE EXTRA (Servicio de Pensionado)	\$ 3.710	5.570
9990121	TOMA DE MUESTRA PAP (Papanicolau)	\$ 16.210	24.310
9990122	PERFIL HEMATOLOGICO (VALOR SOLO APLICA A CONVENIO DE PROCESAMIENTO DE EXAMENES CON ATENCION PRIMARIA)	\$ 2.650	3.980
9990123	PANEL RESPIRATORIO PCR-RT (INCLUYE: SARS COV-2, INFLUENZA A, INFLUENZA B, PARAINFLUENZA, VIRUS RESPIRATORIO SINCIAL, METAPNEUMOVIRUS, RINOVIRUS, ADENOVIRUS) HASTA 8 PARAMETROS	\$ 75.640	113.460
9990124	VISITA TECNICO NIVEL SUPERIOR DOMICILIARIA	\$ 18.990	N/A
9990125	BLOQUEO NEUROMUSCULAR (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$ 37.470	56.210
9990126	INSTALACION CATETER VENOSO CENTRAL (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$ 39.100	58.640
9990127	OXIGENOTERAPIA FLUJO BAJO (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$ 4.060	6.100
9990128	OXIGENOTERAPIA FLUJO MEDIO (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$ 8.130	12.190
9990129	OXIGENOTERAPIA FLUJO ALTO (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$ 12.190	18.290
9990130	AFRONTAMIENTO DE HERIDA (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$ 20.680	31.020
9990131	TOMA DE MUESTRA CULTIVO (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$ 3.250	4.870
9990132	INSTALACION TUBO PLEURAL (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$ 51.700	77.550
9990133	VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$ 48.410	72.620
9990134	TOMA DE MUESTRA DE ORINA POR PUNCIÓN O Sonda (No incluye medicamentos y/o insumos)	\$ 12.100	18.150
9990135	ADENOSINDEAMINASA EN LCR	\$ 42.750	64.730
9990136	ANTITROMBINA III FUNCIONAL	\$ 82.500	123.750

9990137	ACTIVIDAD RENINA PLASMATICA	\$	48.000	72.000
9990138	FACTOR V, LEIDEN MUTACION	\$	50.420	75.630
9990139	OSMOLARIDAD EN ORINA	\$	33.750	50.630
9990140	OSMOLARIDAD EN SUERO	\$	33.750	50.630
9990141	ESTUDIO DE TROMBOFILIA: ANTITROMBINA III FUNCIONAL PROTEINA C FUNCIONAL PROTEINA S LIBRE RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA TIEMPO DE PROTROMBINA TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TPPA) ANTICOAGULANTE CIRCULANTES O ANTICOAGULANTE O ANTI	\$	557.870	836.810
9990142	AQUAPORINA 4	\$	213.000	319.500
9990143	OXALATO EN ORINA AISLADA MAS CREATININA	\$	18.750	28.130
9990144	OXALATO EN ORINA 24 HORAS C/U	\$	18.750	28.130
9990145	MARCADORES INMUNOLÓGICOS DE DIABETES, QUE INCLUYE: ANTICUERPOS ANTI TIROSIN FOSFATASA, ANTICUERPOS ANTI CÉLULAS BETA, ANTICUERPOS ANTI INSULINA, ANTICUERPOS ANTI DESCARBOXILASA DEL ÁCIDO GLUTÁMICO	\$	71.130	106.700
9990146	ANTICUERPO ANTIMITOCONDRIALES M2	\$	27.660	41.490
9990147	CELULAS PARIETALES-FACTOR INTRINSECO	\$	27.660	41.490
9990148	PANEL CHILE IGE ESPECIFICA	\$	89.250	133.880
9990149	SUBCLASE DE IGG 1, 2, 3, 4 C/U	\$	41.250	61.880
9990150	PANEL MIOPATIAS	\$	65.250	97.880
9990151	PROTEINAS BENICE-JONES	\$	12.750	19.130
9990152	ADENOVIRUS POR PCR-RT	\$	67.500	101.250
9990153	PANEL BACTERIANO MENINGITIS	\$	82.500	123.750
9990154	PANEL VIRAL DE MENINGITIS	\$	112.500	168.750
9990155	CITOMEGALOVIRUS POR PCR	\$	105.000	157.500
9990156	CITOMEGALOVIRUS CARGA VIRAL POR PCR	\$	112.500	168.750
9990157	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS POR PCR	\$	75.000	112.500
9990158	EPSTEIN BARR VIRUS POR PCR	\$	90.000	135.000
9990159	ENTEROVIRUS POR PCR-RT	\$	67.500	101.250
9990160	VIRUS HERPES 1, 2 Y 6 POR PCR C/U	\$	90.000	135.000
9990161	VIRUS JC	\$	97.500	146.250
9990162	PNEUMOCYSTIS JIROVECI (CARINII) POR PCR	\$	75.000	112.500
9990163	LISTERIA MONOCYTOGENES POR PCR	\$	82.500	123.750
9990164	TOXOPLASMA GONDII POR PCR	\$	90.000	135.000
9990165	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE POR PCR	\$	75.000	112.500
9990166	LEGIONELLA SPP POR PCR	\$	75.000	112.500
9990167	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IGG	\$	39.710	59.570
9990168	VDRL / L.C.R.	\$	6.750	10.130
9990169	PANEL GASTROENTERITIS VIRAL POR PCR	\$	180.000	270.000
9990170	PANEL ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL POR PCR	\$	47.790	67.190
9990171	VIRUS LINFOTROPICO HUMANO 1 Y 2	\$	7.900	11.850
9990172	PANEL ANA 23	\$	67.500	101.250
9990173	TEST DE AVIDEZ DE IGG ANTI-CITOMEGALOVIRUS	\$	108.750	163.130
9990174	TEST DE AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSIS	\$	97.500	146.250
9990175	LEVETIRACETAM	\$	53.250	79.880
9990176	CLOZAPINA	\$	88.500	132.750
9990177	SIROLIMUS (SIROTAN)	\$	88.500	132.750
9990178	PARACETAMOL NIVEL PLASMATICO	\$	93.750	140.630

9990179	VANCOMICINA	\$	45.750	68.630
9990180	TACROLIMUS	\$	68.250	102.380
9990181	AMIKACINA	\$	107.850	161.780
91701036	DESFIBRILACION	\$	51.000	76.500
90301102	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTPA) CON MEZCLA DE PLASMA NORMAL	\$	24.030	36.050
90301106	HEMATOCRITO AUTOMATIZADO (EN CONTADOR HEMATOLÓGICO)	\$	10.850	16.280
90301107	RECuento DE RETICULOCITOS (ABSOLUTO O PORCENTUAL) AUTOMATIZADO	\$	12.590	18.900
90301111	FACTOR II PROTROMBINA 20210 G>A, MUTACION	\$	113.850	170.780
90302087	CO-OXIMETRIA	\$	16.340	24.510
90302089	LIPOPROTEINA (A)	\$	99.560	149.340
90302103	ZINC EN SUERO	\$	17.060	25.590
90306105	TINCION TINTA CHINA	\$	8.780	13.160
90306108	HELICOBACTER PYLORI, DETECCION EN DEPOSICIONES TEST RAPIDO	\$	12.430	18.640
90306134	PANEL ETS POR BIOLOGÍA MOLECULAR	\$	105.370	158.060
90306138	CLOSTRIDIUM DIFFICILE POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN TIEMPO REAL	\$	49.960	74.940
90306141	PARVOVIRUS B19, ANTICUERPOS IGG E IGM C/U	\$	37.880	56.820
90306114	ANTIGENO DE NEUMOCOCO	\$	184.940	277.410
90306115	LEGIONELLA ANTÍGENO URINARIO	\$	203.250	304.880
90306077	VIRUS HEPATITIS B, ANTICUERPOS CONTRA ANTÍGENO SUPERFICIE	\$	11.950	17.930
90306128	ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS DETECCIÓN SIMULTANEA DE POR INMUNOCROMATOGRFIA	\$	14.650	21.980
90306129	NOROVIRUS DETECCIÓN POR INMUNOCROMATOGRFIA	\$	23.880	35.820
90306132	BARTONELLA HENSELAE, ANTICUERPOS IGG E IGM C/U	\$	70.050	105.080
90308048	CUERPOS LAMELARES (PROCEDIMIENTO AUTOMATIZADO) EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	\$	19.290	28.950
90308052	COLESTEROL TOTAL EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	\$	8.820	13.220
90308053	HEMATOCRITO AUTOMATIZADO (EN CONTADOR HEMATOLÓGICO) EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	\$	10.850	16.280
90308054	LDH EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	\$	9.830	14.740
90308055	TRIGLICERIDOS EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	\$	11.340	17.020
90308057	ACIDO LÁCTICO, LCR	\$	10.810	16.210
90309031	SCREENING DE DROGAS	\$	14.660	21.990
90309047	ZINC EN ORINA	\$	37.500	56.250
90309040	MAGNESIO EN ORINA	\$	36.720	55.070

“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		\$ 57.150
2		\$ 66.260
3		\$ 102.820
4		\$ 148.530
5		\$ 205.690
6		\$ 319.930
7		\$ 365.650
7	VLP GINECOLOGIA	\$ 571.330
8		\$ 502.790
9		\$ 559.880
10		\$ 708.450
10	VLP COLECISTECTOMIA	\$ 719.870
11		\$ 868.430
12		\$ 1.199.780
13		\$ 1.394.080
14		\$ 1.508.340

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	\$ 46.140
2	Cirugía Menor Ambulatoria	\$ 48.950
3	Cirugía Menor Ambulatoria	\$ 55.930
4	Cirugía Menor Ambulatoria	\$ 62.930
	Sala Procedimientos Cirugía Menor sin código Adicional de Pabellón	\$ 34.950
	Sala Procedimientos Endoscópicos (Colonoscopia, rectoscopia, endoscopia, cistoscopia)	\$ 55.930
	Sala Procedimientos Biopsias (No incluye desarrollo de Biopsia e Insumos específicos)	\$ 83.890
	Sala Procedimientos Ginecológicos	\$ 55.930

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	\$ 639.900
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000102	TRASLADO AMBULANCIA A CONCEPCION	\$ 479.930
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000103	TRASLADO AMBULANCIA A RANCAGUA	\$ 498.220
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000104	TRASLADO AMBULANCIA A TALCA	\$ 95.990
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000105	TRASLADO AMBULANCIA A CONSTITUCION	\$ 297.120
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000106	TRASLADO AMBULANCIA A CHILLAN	\$ 482.200
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
7000107	TRASLADO AMBULANCIA A CAUQUENES	\$ 274.140
	(incluye Auxiliar Paramédico)	
2401064	TRASLADO AMBULANCIA DENTRO DEL RADIO URBANO	\$ 22.860
2401061	TRASLADO AMBULANCIA SAMU (MOVIL 1)	\$ 34.290
	DENTRO RADIO URBANO	
2401062	TRASLADO AMBULANCIA SAMU (MOVIL 2)	\$ 45.700
	DENTRO RADIO URBANO	
7000108	TRASLADO EN AMBULANCIA TIPO 2 TALCA	\$ 125.710

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	\$	2.400
TIPO 2 : Determinar el trayecto de ida y multiplicar el N° de KM por	\$	3.430

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 Hábil	Horario Inhábil
	SANGRE, HEMATOLOGIA			
0301002	ACIDO FÓLICO O FOLATOS	\$	7.580	11.370
0301007	ANTICOAGULANTES CIRCULANTES O ANTICOAGULANTE LÚPICO	\$	42.830	64.250
0301008	ANTITROMBINA III	\$	11.270	16.910
0301011	TIEMPO DE COAGULACION	\$	4.160	6.250
0301021	FIBRINOGENO	\$	5.850	8.790
0301024	FACTOR V	\$	5.850	8.790
0301025	FACTORES VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, C/U	\$	12.340	18.510
0301026	FERRITINA	\$	15.140	22.720
0301028	FIERRO SERICO	\$	5.850	8.790
0301029	FIERRO, CAPACIDAD DE FIJACION DEL (INCLUYE FIERRO SERICO)	\$	12.340	18.510
0301030	FIERRO, CINETICA DEL (CADA DETERMINACION)	\$	15.140	22.720
0301034	CLASIFICACION SANGUINEA AB0 Y RhD	\$	6.630	9.940
0301035	HAPTOGLOBINA	\$	60.750	91.130
0301036	HEMATOCRITO (PROC. AUT.)	\$	1.880	2.820
0301038	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (PROC. AUT.)	\$	1.880	2.820
0301041	HEMOGLOBINA GLICADA A1c	\$	12.750	19.130
0301045	HEMOGRAMA	\$	8.310	12.470
0301059	TIEMPO DE PROTROMBINA (INCLUYE INR, RAZON INTERNACIONAL NORMALIZADA)	\$	4.160	6.250
0301062	RECuento DE BASOFILOS (ABSOLUTO)	\$	2.700	4.050
0301063	RECuento DE EOSINOFILOS (ABSOLUTO)	\$	2.700	4.050
0301064	RECuento DE ERITROCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	\$	1.880	2.820
0301065	RECuento DE LEUCOCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	\$	1.880	2.820
0301066	RECuento DE LINFOCITOS (ABSOLUTO)	\$	1.880	2.820
0301067	RECuento DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)	\$	3.290	4.930
0301068	RECuento DE RETICULOCITOS (ABSOLUTO O PORCENTUAL)	\$	2.700	4.050
0301069	RECuento DIFERENCIAL O FORMULA LEUCOCITARIA (PROC.AUT.)	\$	5.080	7.620
0301072	TIEMPO DE SANGRIA (NO INCLUYE DISPOSITIVO ASOCIADO)	\$	4.160	6.250
0301082	TRANSFERRINA	\$	14.610	21.910
0301085	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL DE (TTPA,TTPK O SIMILARES)	\$	6.450	9.680
0301086	VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION (PROC. AUT.)	\$	1.510	2.260
0301091	PROTEINA C	\$	81.700	122.550
0301092	PROTEINA S	\$	112.500	168.750
0301093	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA	\$	117.750	176.630
0301094	ESTUDIO DE LA HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA (HPN) POR CITOMETRIA DE FLUJO	\$	108.200	162.300
0301095	DIMERO-D	\$	23.770	35.660
0301096	PROCALCITONINA	\$	99.000	148.490
0301097	INHIBIDOR DE FACTOR DE LA COAGULACION	\$	217.350	326.030
0301098	SECRECION PLAQUETARIA CON DIFERENTES AGONISTAS	\$	280.190	420.290
0301099	TIEMPO DE VENENO DE VIBORA DE RUSSEL DILUIDO	\$	97.810	146.710
0301100	ANTITROMBINA III ANTIGÉNICA	\$	92.550	138.840
0301114	PROTEÍNA C ANTIGÉNICA	\$	92.870	139.310
0301116	HEMOGLOBINA GLICADA, A1C, TEST RÁPIDO EN EL LUGAR DE ASISTENCIA (INCLUYE TOMA DE MUESTRA SANGRE CAPILAR)	\$	9.500	14.250

0302001		CUERPOS CETONICOS EN SANGRE	\$	2.230	3.360
0302002		ACIDO CITRICO	\$	6.450	9.680
0302004		LACTATO EN SANGRE	\$	10.570	15.850
0302005		ACIDO URICO, EN SANGRE	\$	4.460	6.680
0302008		AMILASA, EN SANGRE	\$	6.570	9.850
0302009		AMINOACIDOS, CUALITATIVO EN SANGRE	\$	7.370	11.050
0302010		AMONIO	\$	5.440	8.160
0302011		BICARBONATO (PROC.AUT.)	\$	1.880	2.820
0302012		BILIRRUBINA TOTAL (PROC.AUT.)	\$	3.610	5.420
0302013		BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA	\$	4.160	6.250
0302015		CALCIO EN SANGRE	\$	3.760	5.640
0302017		CAROTENO	\$	7.650	11.480
0302018		CAROTENO, PRUEBA DE SOBRECARGA DE (además 2 códigos 03-07-011 o 03-07-012)	\$	7.250	10.880
0302019		CERULOPLASMINA	\$	5.580	8.370
0302020		COBRE EN SANGRE	\$	16.500	24.750
0302067		COLESTEROL TOTAL (PROC.AUT.)	\$	3.880	5.820
0302068		COLESTEROL HDL (PROC. AUT.)	\$	5.640	8.460
0302021		COLINESTERASA EN SUERO O PLASMA	\$	4.500	6.750
0302023		CREATININA EN SANGRE	\$	3.610	5.420
0302024		CLEARENCE DE CREATININA (PROC.AUT.)	\$	8.310	12.470
0302025		CREATINQUINASA CK - MB MIOCARDICA	\$	13.310	19.970
0302026		CREATINQUINASA CK - TOTAL	\$	10.060	15.100
0302027		TROPONINA	\$	23.140	34.720
0302030		DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL (LDH)	\$	6.200	9.310
0302031		DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL (LDH), CON SEPARACION DE ISOENZIMAS	\$	16.530	24.800
0302032		ELECTROLITOS PLASMATICOS (SODIO, POTASIO, CLORO)C/U	\$	3.370	5.060
0302033		ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA I	\$	16.540	24.820
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)	\$	17.240	25.860
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	\$	15.520	23.280
0302036		FENILALANINA	\$	5.850	8.790
0302039		FOSFATASAS ALCALINAS CON SEPARACION DE ISOENZIMAS HEPATICAS, INTESTINALES, OSEAS C/U	\$	15.940	23.930
0302040		FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES	\$	3.760	5.640
0302042		FOSFORO (FOSFATOS) EN SANGRE	\$	4.850	7.280
0302043		GALACTOSA	\$	1.880	2.820
0302045		GAMMA GLUTAMILTRANSEPTIDASA (GGT)	\$	6.400	9.600
0302046		GASES Y EQUILIBRIO ACIDO BASE EN SANGRE (INCLUYE: PH, O2,, CO2, EXCESO DE BASE Y BICARBONATO) TODOS O CADA UNO DE LOS PARAMETROS.	\$	10.150	15.230
0302047		GLUCOSA EN SANGRE	\$	3.560	5.340

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)	\$	16.860	25.300
0302050	ADENOSINDEAMINASA EN SANGRE U OTRO FLUIDO BIOLOGICO.	\$	15.000	22.500
0302052	LEUCINAMINOPEPTIDASA (LAP).	\$	5.850	8.790
0302053	LIPASA EN SANGRE	\$	6.450	9.680
0302055	LITIO EN SANGRE	\$	4.410	6.620
0302056	MAGNESIO EN SANGRE	\$	8.310	12.470
0302057	NITROGENO UREICO Y/O UREA, EN SANGRE	\$	3.560	5.340
0302058	OSMOLALIDAD EN SANGRE	\$	4.770	7.160
0302070	APOLIPOPROTEINAS (A1, B U OTRAS)	\$	16.050	24.070
0302075	PERFIL BIOQUIMICO (DETERMINACION AUTOMATIZADA DE 12	\$	23.360	35.040
0302061	PROTEINAS, ELECTROFORESIS (INCLUYE COD. 03-02-060)	\$	9.510	14.270
0302076	PERFIL HEPATICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINA TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)	\$	29.370	44.050
0302063	TRANSAMINASAS, OXALACETICA (GOT/AST), PIRUVICA (GPT/ALT), C/U	\$	5.360	8.030
0302064	TRIGLICERIDOS EN SANGRE (PROC.AUT.)	\$	4.930	7.390
0302066	XILOSA, PRUEBA DE ABSORCION (NO INCLUYE LA XILOSA QUE SE ADMINISTRA)	\$	8.710	13.060
0302077	VITAMINA B12 POR INMUNOENSAYO	\$	17.260	25.890
0302078	25 OH VITAMINA D TOTAL POR INMUNOENSAYO (QUIMIOFLUORESCENCIA, ENZIMOINMUNOENSAYO, RADIO INMUNOENSAYO Y OTROS)	\$	34.360	51.540
0302080	VITAMINA B6 POR HPLC	\$	108.640	162.980
0302081	CALCIO IONICO (INCLUYE MEDICION DE Ph METODO DE ION SELECTIVO)	\$	4.940	7.410
0302082	FENILALANINA CUANTITATIVA EN GSS (PKU)	\$	19.390	29.080
0302083	CARBOXIHEMOGLOBINA	\$	51.590	77.370
0302084	PLOMO EN SANGRE	\$	155.260	232.880
0302085	PREALBUMINA	\$	68.850	103.280
0302086	HOMOCISTEINA	\$	90.930	136.400
0302095	TIOPURINA METILTRANSFERASA, ACTIVIDAD ENZIMATICA	\$	127.720	191.580
0302097	HORMONA TIROESTIMULANTE, NEONATAL EN GSS	\$	47.220	70.830
0302098	PERFIL DE AMINOÁCIDOS Y ACILCARNITINAS EN GSS	\$	168.970	253.450
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).	\$	268.360	402.540
0302100	PROTEINAS TOTALES EN SANGRE	\$	4.060	6.090
0302101	ALBUMINAS EN SANGRE	\$	4.060	6.090
0302102	LEUCINA CUALITATIVA EN GSS	\$	72.070	108.100
0303001	ADENOCORTICOTROFINA (ACTH)	\$	12.980	19.470
0303002	ALDOSTERONA	\$	10.700	16.050
0303003	ANDROSTENEDIONA	\$	8.450	12.680
0303004	ANGIOTENSINA	\$	17.880	26.830
0303006	CORTISOL	\$	14.880	22.320

0303007	CRECIMIENTO, HORMONA DE (HGH) (SOMATOTROFINA)	\$	10.700	16.050
0303008	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO (DHEA-S)	\$	10.550	15.830
0303009	ERITROPOYETINA	\$	52.500	78.750
0303012	GASTRINA	\$	74.250	111.380
0303014	GONADOTROFINA CORIONICA, SUB-UNIDAD BETA (CUANTIFICACION)	\$	14.400	21.610
0303015	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)	\$	14.400	21.610
0303016	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	\$	14.400	21.610
0303047	IGF1 O SOMATOMEDINA - C (INSULINE LIKE GROWTH FACTOR).	\$	20.640	30.960
0303048	IGFBP3, IGFBP1 (INSULINE LIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN)	\$	20.330	30.500
0303017	INSULINA	\$	14.400	21.610
0303031	CURVA DE INSULINA (MÍNIMO DOS DETERMINACIONES E INCLUYE TODAS LAS TOMAS DE MUESTRA NECESARIAS. NO INCLUYE LA GLUCOSA QUE SE ADMINISTRA)	\$	38.860	58.290
0303018	PARATHORMONA, HORMONA PARATIROÍDEA O PTH.	\$	12.680	19.020
0303019	PROGESTERONA	\$	7.880	11.820
0303020	PROLACTINA (PRL)	\$	8.310	12.470
0303021	RENINA	\$	13.440	20.160
0303046	SHBG (SEX-HORMONE BINDING GLOBULIN)	\$	19.160	28.740
0303022	TESTOSTERONA EN SANGRE	\$	8.640	12.960
0303023	TESTOSTERONA LIBRE EN SANGRE	\$	9.870	14.810
0303123	INDICE ANDROGENICO (INCLUYE TESTOSTERONA TOTAL Y SHBG)	\$	31.250	46.870
0303024	TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO, NIÑO O R.N.)	\$	12.550	18.830
0303025	TIROGLOBULINA	\$	10.700	16.050
0303026	TIROXINA LIBRE (T4L)	\$	14.400	21.610
0303027	TIROXINA O TETRAYODOTIRONINA (T4)	\$	12.550	18.830
0303028	TRIYODOTIRONINA (T3)	\$	12.550	18.830
0303029	17 HIDROXIPROGESTERONA	\$	10.700	16.050
0303030	ESTRADIOL (17-BETA)	\$	14.400	21.610
0303049	CATECOLAMINAS EN SANGRE (INCLUYE MEDICION DE ADRENALINA, NORADRENALINA Y DOPAMINA POR SEPARADO POR METODOS CROMATOGRÁFICOS)	\$	74.330	111.500
0303052	PEPTIDO C	\$	68.250	102.380
0303053	CALCITONINA	\$	69.640	103.860
0303054	INHIBINA B	\$	118.490	177.730
0303055	NT-PRO BNP O BNP	\$	118.820	178.220
0303057	TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3 LIBRE)	\$	47.020	70.530
0303058	HORMONA ANTIMULLERIANA (AMH)	\$	70.290	105.440
0303033	ANGIOTENSINA	\$	17.880	26.830
0303035	CORTISOL LIBRE EN ORINA	\$	8.570	12.860
0303039	GONADOTROFINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA; TITULACIÓN POR (ELISA; RIA O IRMA; QUIMIOLUMINISCENCIA U OTRA TÉCNICA), EN ORINA	\$	12.960	19.440
0303050	METANEFRIAS URINARIAS (INCLUYE DETERMINACION DE METANEFRIAS Y NORMETANEFRIAS POR SEPARADO POR METODOS CROMATOGRÁFICOS)	\$	84.050	126.090
0303051	CATECOLAMINAS URINARIAS (INCLUYE MEDICION DE ADRENALINA, NORADRENALINA Y DOPAMINA POR SEPARADO POR METODOS CROMATOGRÁFICOS)	\$	74.330	111.500

0303056	CORTISOL SALIVAL	\$	73.830	110.750
0305001	ALFA -1- ANTITRIPSINA CUANTITATIVA	\$	8.120	12.180
0305002	ALFA -2- MACROGLOBULINA	\$	14.360	21.550
0305003	ALFA FETOPROTEINAS	\$	14.400	21.610
0305004	TAMIZAJE DE ANTICUERPOS ANTI ANTIGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A- ENA: SM, RNP, RO, LA, SCL- 70 Y JO- 1)	\$	16.290	24.440
0305005	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA), ANTIMITOCONDRIALES, ANTIDNA (ADNA), ANTI MUSCULO LISO, ANTICENTROMETRO, U OTROS, C/U	\$	11.460	17.190
0305007	ANTICUERPOS ESPECÍFICOS Y OTROS AUTOANTICUERPOS (ANTICUERPOS ANTITIROÍDEOS: ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES Y ANTITIROGLOBULINAS Y OTROS ANTICUERPOS: PROSTÁTICO, ESPERMIOS, ETC.) C/U	\$	15.130	22.700
0305008	ANTIESTREPTOLISINA O, POR TECNICA DE LATEX	\$	13.050	19.580
0305009	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	\$	19.670	29.500
0305070	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	\$	25.610	38.410
0305170	ANTIGENO CA 125, CA 15-3 Y CA 19-9, C/U	\$	14.270	21.410
0305010	BETA-2-MICROGLOBULINA	\$	12.170	18.260
0305012	COMPLEMENTO C1Q, C2, C3, C4, ETC., C/U	\$	13.050	19.580
0305013	COMPLEMENTO HEMOLITICO (CH 50)	\$	16.180	24.280
0305014	CRIOGLOBULINAS, PRECIPITACION EN FRIO (CUALITATIVA) O CUANTITATIVA C/U	\$	3.160	4.760
0305019	FACTOR REUMATOIDEO POR TECNICA DE LATEX U OTRAS SIMILARES	\$	7.370	11.050
0305020	FACTOR REUMATOIDEO POR TECNICA DE SCAT, WAALER ROSE, NEFELOMETRICAS Y/O TURBIDIMETRICAS	\$	13.030	19.540
0305021	INHIBIDOR DE C1Q, C2 Y C3, C/U	\$	13.050	19.580
0305025	INMUNOFIJACION DE INMUNOGLOBULINA, C/U.	\$	57.750	86.630
0305026	INMUNOGLOBULINA IGA SECRETORA	\$	6.650	9.980
0305027	INMUNOGLOBULINAS IGA, IGG, IGM, C/U	\$	13.050	19.580
0305028	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGD TOTAL, C/U	\$	8.120	12.180
0305029	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGG ESPECIFICAS, C/U	\$	7.980	11.970
0305030	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICA DE LATEX U OTRAS SIMILARES	\$	12.180	18.270
0305031	PROTEINA C REACTIVA POR TECNICAS AUTOMATIZADAS	\$	16.860	25.300
0305081	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO (EMA, ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR (GBM), ANTIRETICULINA, POR IFI C/U	\$	17.160	25.740
0305181	ESTUDIO DE ANTICUERPO ANTITRANSGLUTAMINSA (TTG)	\$	18.350	27.530
0305082	ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILOS (ANCA), C-ANCA Y P-ANCA, POR IFI.	\$	24.540	36.810
0305083	DETERMINACION DE ISOTIPOS DE ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILOS (G-M-A-C'3), POR IFI, C/U.	\$	19.120	28.670
0305084	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS (IgG e IgM) C/U	\$	19.500	29.250
0305085	ANTICUERPOS ANTI MLK-1, POR IFI.	\$	34.850	52.280
0305086	ANTICUERPOS ANTIGLIADINA (ENFERMEDAD CELIACA), POR ELISA	\$	16.010	24.020
0305098	CROMOGRANINA A	\$	109.730	164.590
0305099	PEPTIDO CICLICO CITRULINADO, ANTICUERPOS IgG	\$	57.230	85.850
0305104	ANTIGENO PROSTATICO TOTAL Y LIBRE	\$	53.540	80.310
0305105	ANTICUERPOS ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA 1 (IgG, IgM) C/U	\$	95.960	143.920

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)	\$	238.660	357.990
0305107	ANTICUERPOS ANTI-MPO (MIELOPEROXIDASA)	\$	59.650	89.460
0305108	ANTICUERPOS ANTI ANTÍGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A-ENA): SM, RNP, SS-A/RO, SS-B/LA, SCL-70, JO-1). C/U	\$	34.230	51.350
0305118	HLA B-27, TIPIFICACION	\$	137.300	205.950
0305124	RECEPTOR DE TIROTROPINA (TRAB), ANTICUERPOS ANTI	\$	52.020	78.030
0306001	BACILOSCOPIA POR METODO DE CONCENTRACION	\$	6.090	9.140
0306002	BACILOSCOPIA ZIEHL-NEESEN C/U	\$	4.160	6.250
0306004	EXAMEN DIRECTO AL FRESCO, C/S TINCION (INCLUYE TRICHOMONAS)	\$	4.160	6.250
0306005	TINCION DE GRAM	\$	1.880	2.820
0306006	ULTRAMICROSCOPIA (INCLUYE TOMA DE MUESTRAS)	\$	11.310	16.980
0306102	TINCION DE TOLUIDINA	\$	113.920	170.890
0306007	COPROCULTIVO, C/U	\$	11.510	17.270
0306008	CULTIVO CORRIENTE (EXCEPTO COPROCULTIVO, HEMOCULTIVO Y UROCULTIVO) C/U	\$	9.570	14.360
0306011	UROCULTIVO, RECuento DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA) (INCLUYE TOMA DE ORINA ASEPTICA Y FRASCO RECOLECTOR) (NO INCLUYE RECOLECTOR PEDIATRICO NI Sonda)	\$	10.020	15.030
0306091	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIBIOGRAMA CON CIM. 2 FRASCOS (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)	\$	40.970	61.450
0306093	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO PARA MICOBACTERIAS.1 FRASCO (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)	\$	40.130	60.200
0306101	CULTIVO DE LÍQUIDO DE CAVIDADES ESTÉRILES EN FRASCO DE HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIBIOGRAMA CON CIM. (1 FRASCO, COSTO NO INCLUIDO EN ARANCEL).	\$	42.480	63.720
0306106	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO PARA HONGOS	\$	49.690	74.540
0306012	CULTIVO PARA ANAEROBIOS (INCLUYE COD. 03-06-008)	\$	18.320	27.480
0306013	CULTIVO PARA BORDETELLA	\$	17.310	25.960
0306014	CULTIVO PARA CAMPYLOBACTER, YERSINIA, VIBRIO, C/U	\$	12.340	18.510
0306016	NEISSERIA GONORRHOEA (GONOCOCO)	\$	8.290	12.440
0306017	CULTIVO PARA LEVADURAS	\$	7.410	11.120
0306117	CULTIVO PARA HONGOS FILAMENTOSOS	\$	8.510	12.770
0306018	CULTIVO PARA MICROBACTERIAS (INCLUYE BACILO DE KOCH)	\$	10.450	15.680
0306019	CULTIVO PARA LEGIONELLA	\$	12.340	18.510
0306022	CULTIVO Y TIPIFICACION DE MICOBACTERIAS	\$	12.340	18.510
0306023	CULTIVO MYCOPLASMA Y UREAPLASMA, C/U.	\$	17.240	25.860
0306099	STREPTOCOCCUS GRUPO B/ AGALACTIAE EN EMBARAZADA POR CULTIVO CON MEDIO SELECTIVO Y/O ENRIQUECIDO.	\$	34.590	51.890
0306100	CULTIVO ACELERADO PARA MICROBACTERIAS	\$	59.210	88.810
0306025	ANTIBIOGRAMA BACILO DE KOCH (CADA FARMACO)	\$	11.340	17.020
0306026	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE (MINIMO 10 FARMACOS) (EN CASO DE SEROLOGICOS)	\$	7.620	11.440
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)	\$	18.470	27.700
0306028	ANTIFUNGIGRAMA (MINIMO 4 FARMACOS ANTIHONGOS)	\$	5.120	7.680

0306090	TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE STREPTOCOCCUS.	\$	13.320	19.990
0306097	CHLAMYDIA TRACHOMATIS Y NEISSERIA GONORRHOEA DETECCIÓN POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR	\$	102.320	153.490
0306098	TOXINA CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN DEPOSICIONES TEST RÁPIDO	\$	38.090	57.140
0306107	PNEUMOCYSTIS JIROVECCI POR TECNICA DE BIOLOGIA MOLECULAR EN TIEMPO REAL	\$	187.450	281.180
0306118	AMPLIFICACION DE DNA DE BORDETELLA PERTUSSIS	\$	146.750	220.130
0306033	BRUCELLA ABORTUS, MELITENSIS Y SUIIS, ANTICUERPOS POR AGLUTINACION O ELISA.	\$	4.230	6.340
0306034	CLAMIDIAS POR INMUNOFLOURESCENCIA, PEROXIDASA, ELISA O SIMILARES.	\$	17.660	26.490
0306036	MONONUCLEOSIS, REACCION DE PAUL BUNNELL, ANTICUERPOS HETEROFILOS O SIMILARES	\$	3.620	5.430
0306037	MYCOPLASMA IGG, IGM, C/U.	\$	7.890	11.840
0306038	R.P.R.	\$	7.210	10.820
0306039	TIFICAS, REACCIONES DE AGLUTINACION (EBERTH	\$	10.270	15.400
0306041	TREPONEMA PALLIDUM FTA - ABS, MHA-TP C/U	\$	12.150	18.230
0306042	V.D.R.L.	\$	8.570	12.860
0306094	ANTIGENO GALACTOMANANO	\$	102.750	154.130
0306119	INTERFERON GAMMA TBC	\$	226.030	339.060
0306043	ARTROPODOS MACROSCOPICOS Y MICROSCOPICOS (IMAGOS Y/O PUPAS TIFUS EXANTEMATICO, MYCOPLASMA POR INMUNODIAGNOSTICO	\$	8.290	12.440
0306045	COPROPARASITARIO SERIADO CON TECNICA PARA CRYPTOSPORIDIUM MENOS 3 MUESTRAS, SEGUN CORRESPONDA)	\$	24.680	37.020
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)	\$	46.140	69.210
0306047	COPROPARASITARIO SERIADO PARA ISOSPORA Y SARCOCYSTIS (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 3 MUESTRAS SEPARADAS)	\$	11.270	16.910
0306048	COPROPARASITOLOGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNOSTICO DE GUSANOS MACROSCOPICOS Y EXAMEN MICROSCOPICO)	\$	8.540	12.800
0306049	DIAGNOSTICO DE PARASITOS EN JUGO DUODENAL Y/O BILIS, EXAMEN MACROSCOPICO Y MICROSCOPICO	\$	8.290	12.440
0306050	DIAGNOSTICO PARASITARIO EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS	\$	8.290	12.440
0306051	GRAHAM, EXAMEN DE	\$	5.850	8.790
0306052	ESTUDIO DE GUSANOS MACROSCOPICOS	\$	4.770	7.160
0306053	HEMOPARASITOS, DIAGNOSTICO MICROSCOPICO DE	\$	24.680	37.020
0306054	HEMOPARÁSITOS, DIAGNÓSTICO POR TÉCNICA DE MICROSTROUT O SIMILAR EN HASTA 10 TUBOS CAPILARES, CADA SESIÓN (CHAGAS)	\$	26.710	40.070
0306056	RASPADO DE PIEL, EXAMEN MICROSCOPICO DE	\$	11.050	16.590
0306059	COPROPARASITOLÓGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO POR CONCENTRACIÓN DE TRES MUESTRAS SEPARADAS MÉTODO PAFS) (PROC. AUT.)	\$	9.570	14.360

0306061	PARASITOS IgG/iGm (CHAGAS, IDATIDOSIS, TOXOCARIASIS Y OTROS POR ELISA O INMUNOFLUORESCENCIA) C/U	\$	15.080	22.610
0306066	INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (TOXOPLASMOSIS, CHAGAS, AMEBIASIS Y OTRAS), C/U	\$	8.490	12.740
0306095	PARASITOS: DETERMINACION POR REACCION DE POLIMERASA EN CADENA (PCR)	\$	94.460	141.690
0306096	PARASITOS: TEST RAPIDO ANTICUERPOS (CHAGAS Y OTROS)	\$	25.830	38.730
0306068	AISLAMIENTO DE VIRUS (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, ENTEROVIRUS, HERPES, INFLUENZA, POLIO, SARAMPION Y OTROS) C/U	\$	18.320	27.480
0306069	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE (ADENOVIRUS, EPSTEIN BARR Y OTROS), C/U	\$	17.660	26.490
0306169	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE V.I.H	\$	15.210	22.820
0306070	ANTIGENOS VIRALES DETERM. DE (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLE, RUBEOLA, INFLUENZA)	\$	14.240	21.360
0306170	ANTIGENOS VIRALES DETERM. DE ROTAVIRUS, POR CUALQUIER TECNICA	\$	14.240	21.360
0306270	ANTIGENOS VIRALES DETERM. DE VIRUS SINCICIAL, POR CUALQUIER TECNICA	\$	15.450	23.180
0306074	VIRUS HEPATITIS A, ANTICUERPOS IgG, IgM O TOTALES C/U	\$	11.580	17.370
0306075	VIRUS HEPATITIS B, ANTICUERPO DEL ANTIGENO E DEL	\$	11.340	17.010
0306076	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE TOTAL DEL (ANTI HBC TOTAL)	\$	11.600	17.400
0306078	VIRUS HEPATITIS B, ANTIGENO E DEL (HBEAG)	\$	62.100	93.150
0306079	VIRUS HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE (HBsAg)	\$	12.450	18.670
0306080	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE IGM DEL (ANTI HBC IGM)	\$	20.370	30.550
0306081	VIRUS HEPATITIS C, ANTICUERPOS DE (ANTI HCV)	\$	14.250	21.380
0306082	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN TIEMPO REAL, SARS CoV-2, (INCLUYE TOMA MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO).	\$	28.070	42.100
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).	\$	78.520	117.790
0306083	CITOMEGALOVIRUS (CMV) SHELL VIAL AISLAMIENTO RAPIDO	\$	177.890	266.830
0306084	HEPATITIS B, CARGA VIRAL	\$	271.250	406.870
0306085	HEPATITIS C, CARGA VIRAL	\$	304.440	456.670
0306086	VIH, CARGA VIRAL	\$	149.090	223.630
0306087	VIRUS EPSTEIN BARR (VEB) CARGA VIRAL	\$	376.310	564.480
0306088	POLIOMA (BK) VIRUS CARGA VIRAL	\$	231.950	347.920
0306110	PCR METAPNEUMOVIRUS	\$	188.510	282.770
0306111	HTLV I Y II DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS VIRALES	\$	184.150	276.210
0306112	VIH, ANTICUERPOS Y ANTÍGENOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.	\$	16.130	24.210
0306113	VIH, REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO	\$	150.850	226.280
0306120	PANEL VIRAL DIARREA POR PCR (DETERMINACIÓN DE ROTAVIRUS, NOROVIRUS G1, NOROVIRUS G2, ASTROVIRUS, ADENOVIRUS)	\$	277.680	416.540
0306121	HANTA VIRUS, ANTICUERPOS IGM TEST RÁPIDO	\$	151.230	226.850
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.	\$	205.340	308.020

0306123	VIRUS PAPILOMA HUMANO POR PCR CON GENOTIPIFICACIÓN DE PAPILOMA DE ALTO RIESGO DE CA CERVICO UTERINO TIPOS 16 Y 18	\$	61.040	91.560
0306146	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) VIRUS VIRUELA SÍMICA (INCLUYE HISOPADO DE LESIONES CUTÁNEAS).	\$	61.030	91.540
0306271	TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS SARS-CoV-2 (INCLUYE TOMA DE MUESTRA)	\$	21.170	31.750
0307001	DIETILENDIAMINA TETRAACETATO DE SODIO CROMO (EDTA Cr51)	\$	13.490	20.250
0307002	PRUEBA DE LA SED (VOLUMEN, DENSIDAD, OSMOLALIDAD SERIADA EN SANGRE Y ORINA)	\$	12.660	18.980
0307005	REACCION CUTANEA DE PARCHE C/U	\$	1.570	2.360
0307006	SOBRECARGA HIDRICA	\$	3.640	5.470
0307007	TEST DEL SUDOR (PROCEDIMIENTO COMPLETO)	\$	38.860	58.290
0307008	VASOPRESINA TEST O SIMILARES (INCLUYE MEDICIONES DIURESIS)	\$	10.700	16.050
0307009	TOMA DE MUESTRA ARTERIAL EN ADULTOS	\$	3.290	4.930
0307010	TOMA DE MUESTRA ARTERIAL EN NIÑOS Y LACTANTES	\$	4.770	7.160
0307011	TOMA DE MUESTRA VENOSA EN ADULTOS	\$	2.250	3.390
0307012	TOMA DE MUESTRA VENOSA EN NIÑOS Y LACTANTES	\$	2.230	3.360
0307013	TOMA DE MUESTRA CON TÉCNICA ASÉPTICA PARA HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO, C/U, NO INCLUYE FRASCO	\$	3.250	4.860
0307014	TOMA DE MUESTRA CAPILAR (ADULTOS, NIÑOS Y LACTANTES)	\$	1.710	2.560
0307016	PUNCIÓN TRAQUEAL	\$	5.590	8.400
0307017	PUNCIÓN VESICAL EN RECIÉN NACIDOS	\$	5.660	8.480
0307018	PUNCIÓN MEDULAR ÓSEA	\$	30.340	45.520
0307023	ASPIRADOS NASOFARÍNGEO PARA ADULTO Y NIÑO.	\$	5.460	8.190
0307024	REACCIÓN CUTÁNEA A ALERGENOS (INCLUYE EL VALOR DE LOS ALERGENOS)	\$	14.370	21.560
0308001	AZUCARES REDUCTORES (BENEDICT-FEHLING O SIMILAR)	\$	3.290	4.930
0308003	GRASAS NEUTRAS (TEST SUDAN III)	\$	3.600	5.400
0308004	HEMORRAGIAS OCULTAS, (BENCIDINA, GUAYACO O TEST DE WEBER Y SIMILARES), CUALQUIER METODO, C/MUESTRA)	\$	3.290	4.930
0308005	LEUCOCITOS FECALES	\$	3.290	4.930
0308006	PH EN DEPOSICIONES	\$	1.880	2.820
0308007	ELASTASA FECAL	\$	170.970	256.460
0308047	ESTEATOCRITO	\$	45.750	68.630
0308049	CALPROTECTINA CUANTITATIVA POR ELISA	\$	69.290	103.940
0308009	CELULAS NEOPLASICAS EN FLUIDOS BIOLOGICOS	\$	11.690	17.540
0308010	CITOLOGICO C/S TINCION (INCLUYE EXAMEN AL FRESCO, RECuento CELULAR Y CITOLOGICO PORCENTUAL)	\$	8.310	12.470
0308011	DIRECTO AL FRESCO C/S TINCION, (INCLUYE TRICHOMONAS)	\$	4.160	6.250
0308012	ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO), EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS C/U	\$	4.160	6.250
0308013	EOSINOFILOS EN SECRECIONES	\$	2.230	3.360
0308014	FISICO-QUIMICO (INCLUYE ASPECTO, COLOR, PH,	\$	6.450	9.680
0308015	GLUCOSA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS	\$	1.880	2.820
0308016	MUCINA, DETERMINACION DE	\$	3.290	4.930
0308017	PH EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS (PROC. AUT.)	\$	1.880	2.820
0308019	PROTEINAS, ELECTROFORESIS DE (INCLUYE PROTEINAS TOTALES) EN OTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	\$	10.500	15.750

0308020	BANDAS OLIGOCLONALES (INCLUYE ELECTROFORESIS DE L.C.R., SUERO E INMUNOFIJACIÓN)	\$	153.750	230.630
0308021	GLUTAMINA	\$	5.440	8.160
0308022	INDICE IGG/ALBUMINA (INCLUYE DETERM. DE IGG Y	\$	32.960	49.460
0308023	ESTUDIO DE CRISTALES (CON LUZ POLARIZADA)	\$	4.160	6.250
0308025	PRUEBA DE ESTIMULACION MAXIMA CON HISTAMINA,	\$	16.600	24.900
0308029	ESPERMIOGRAMA (FÍSICO Y MICROSCÓPICO, CON O SIN OBSERVACIÓN HASTA 24 HORAS)	\$	9.680	14.520
0308030	FOSFATASA ÁCIDA PROSTÁTICA	\$	7.720	11.590
0308031	FRUCTOSA SEMINAL	\$	4.160	6.250
0308033	CELULAS ANARANJADAS (PROC. AUT.)	\$	1.880	2.820
0308034	CONTAMINANTES (MECONIO Y SANGRE)(PROC. AUT.)	\$	1.880	2.820
0308035	CREATININA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS (PROC. AUT.)	\$	3.290	4.930
0308036	FOSFATIDIL GLICEROL Y/O FOSFATIDIL INOSITOL	\$	18.430	27.640
0308037	INDICE DE BILIRRUBINA (PRUEBA DE LILEY)	\$	4.160	6.250
0308038	INDICE LECITINA/ESFINGOMIELINA	\$	16.600	24.900
0308039	MADUREZ FETAL COMPLETA (FISICO; CELULAS ANARANJADAS, BILIRRUBINA, TEST DE CLEMENTS, CREATININA)	\$	16.600	24.900
0308040	TEST DE CLEMENTS (PROC. AUT.)	\$	3.290	4.930
0308041	COLPOCITOGRAMA	\$	6.450	9.680
0308043	MOCO-SEMEN, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD	\$	6.450	9.680
0308044	FLUJO VAGINAL O SECRECION URETRAL, ESTUDIO DE	\$	22.240	33.360
0308045	AMILASA EN LIQUIDOS BIOLOGICOS	\$	10.160	15.260
0308046	LIPASA EN LIQUIDOS BIOLOGICOS	\$	6.670	10.010
0308050	PROTEINAS TOTALES EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS	\$	3.660	5.500
0308051	ALBUMINAS EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS	\$	3.660	5.500
0308062	ANÁLISIS INMUNOQUÍMICO/INMUNOLÓGICO DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES	\$	29.410	44.110
0309001	ACIDO ASCORBICO	\$	6.450	9.680
0309002	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO	\$	13.340	20.000
0309004	ACIDO URICO EN ORINA (CUANTITATIVO)	\$	5.850	8.790
0309005	ACIDO 5 HIDROXIINDOLACETICO CUANTITATIVO	\$	13.780	20.680
0309006	AMILASA CUANTITATIVA EN ORINA	\$	7.230	10.850
0309007	AMINOACIDOS EN ORINA (CUALITATIVO)(EXCEPTO FENILALANINA, PKU)	\$	13.340	20.000
0309008	CALCIO CUANTITATIVO EN ORINA	\$	5.440	8.160
0309009	CALCULO URINARIO (EXAMEN FISICO Y QUIMICO)	\$	11.510	17.270
0309010	CREATININA CUANTITATIVA EN ORINA	\$	4.160	6.250
0309012	ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U, EN ORINA	\$	4.160	6.250
0309013	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA	\$	8.290	12.440
0309014	GONADOTROFINA CORIONICA, SUB-UNIDAD BETA EN ORINA (TEST RAPIDO)	\$	7.010	10.530
0309015	FOSFORO CUANTITATIVO EN ORINA	\$	5.440	8.160
0309016	GLUCOSA (CUANTITATIVO), EN ORINA	\$	3.560	5.340
0309035	HEMOSIDERINA	\$	3.100	4.650
0309017	HIDROXIPROLINA EN ORINA	\$	12.340	18.510
0309019	MUCOPOLISACARIDOS	\$	16.600	24.900
0309020	NITROGENO UREICO O UREA EN ORINA (CUANTITATIVO)	\$	2.230	3.360

0309021	NUCLEOTIDOS CICLICOS (CAMP, CGM, U OTROS) C/U	\$	13.340	20.000
0309022	ORINA COMPLETA, (INCLUYE COD. 03-09-023 Y 03-09-024)	\$	5.150	7.730
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.)	\$	3.290	4.930
0309024	SEDIMENTO DE ORINA (PROC. AUT.)	\$	2.970	4.470
0309025	OSMOLALIDAD	\$	4.770	7.160
0309027	PORFIRINAS, C/U	\$	5.640	8.460
0309028	PROTEINA (CUANTITATIVA), EN ORINA	\$	4.770	7.160
0309029	PROTEINAS DE BENCE-JONES PRUEBA TERMICA	\$	3.290	4.930
0309034	ARSENICO EN ORINA (MUESTRA AISLADA)	\$	113.840	170.770
0309036	COBRE EN ORINA	\$	48.360	72.540
0309044	ÁCIDOS ORGÁNICOS, ORINA	\$	623.670	935.510
0309046	SCREENING DE MUCOPOLISACARIDOS	\$	265.870	398.810
	EXAMENES RADIOLOGICOS SIMPLES			
0401001	RADIOGRAFIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES "SIALOGRAFIA"	\$	62.830	94.230
0401002	RADIOGRAFIA DE PARTES BLANDAS; LARINGE LATERAL; CAVUM RINOFARINGEO (RINOFARINX)	\$	26.330	39.480
0401004	RADIOGRAFIA DE TORAX, PROYECCION COMPLEMENTARIA (OBLICUAS,SELECTIVAS U OTRAS)	\$	18.930	28.390
0401008	RADIOGRAFIA DE TORAX SIMPLE FRONTAL O LATERAL CON EQUIPO MOVIL FUERA DEL DEPTO. DE RAYOS	\$	31.070	46.610
0401009	RADIOGRAFIA DE TORAX SIMPLE FRONTAL O LATERAL	\$	28.260	42.390
0401070	RADIOGRAFIA DE TORAX FRONTAL Y LATERAL	\$	51.770	77.650
0401010	MAMOGRAFIA BILATERAL	\$	60.030	90.050
0401110	MAMOGRAFIA UNILATERAL	\$	35.790	53.690
0401130	MAMOGRAFIA PROYECCION COMPLEMENTARIA (AXILAR U OTRAS)	\$	13.600	20.390
0401011	MARCACION PREOPERATORIA DE LESIONES DE LA MAMA	\$	62.830	94.230
0401012	RADIOGRAFIA DE MAMA, PIEZA OPERATORIA	\$	18.930	28.390
0401013	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	\$	25.220	37.830
0401014	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE, PROYECCION COMPLEMENTARIA (LATERAL Y/O OBLICUA)	\$	18.930	28.390
0401015	COLANGIOGRAFIA INTRA O POSTOPERATORIA (POR Sonda T, O SIMILAR)	\$	52.510	78.760
0401018	ENEMA BARITADO DEL COLON (INCLUYE Llene Y CONTROL POSTVACIAMIENTO)	\$	105.950	158.940
0401019	ENEMA BARITADO DEL COLON O INTESTINO DELGADO, DOBLE CONTRASTE	\$	119.270	178.900
0401020	ESOFAGOGRAMA (INCLUYE PESQUISA DE CUERPO EXTRAÑO)	\$	47.190	70.790
0401021	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO, RELLENO Y/O DOBLE CONTRASTE	\$	104.980	157.480
0401022	ESTUDIO RADIOLOGICO DE DEGLUCION FARINGEA	\$	47.190	70.790
0401023	ESTUDIO RADIOLOGICO DEL INTESTINO DELGADO	\$	84.180	126.260
0401024	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO, SIMPLE EN NIÑOS.	\$	77.710	116.550
0401073	VIDEOFLUOROSCOPIA PARA ESTUDIO DE DEGLUCION	\$	278.000	417.000

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)	\$	114.340	171.510
0401028	RADIOGRAFIA RENAL SIMPLE (PROC. AUT.)	\$	24.240	36.360
0401029	RADIOGRAFIA VESICAL SIMPLE O PERIVESICAL (PROC. AUT.)	\$	20.910	31.370
0401031	RADIOGRAFIA DE CAVIDADES PERINASALES, ORBITAS, ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES, HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ, MALAR, MAXILAR, ARCO CIGOMATICO, CARA , C/U	\$	28.260	42.390
0401032	RADIOGRAFIA DE CRANEO FRONTAL Y LATERAL	\$	29.760	44.640
0401033	RADIOGRAFIA DE CRANEO PROYECCION ESPECIAL DE BASE DE CRANEO (TOWNE)	\$	20.910	31.370
0401035	RADIOGRAFIA DE OIDO, UNO O AMBOS	\$	37.960	56.940
0401040	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA FRONTAL Y LATERAL	\$	34.640	51.960
0401042	RADIOGRAFIA COLUMNA CERVICAL O ATLAS-AXIS (FRONTAL Y LATERAL)	\$	28.260	42.390
0401043	RADIOGRAFIA COLUMNA CERVICAL (FRONTAL, LATERAL Y OBLICUAS)	\$	50.370	75.550
0401044	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL FLEXION Y EXTENSION (DINAMICAS)	\$	28.260	42.390
0401045	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSAL O DORSOLUMBAR LOCALIZADA, PARRILLA COSTAL ADULTOS (FRONTAL Y LATERAL)	\$	33.120	49.680
0401046	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA (FRONTAL, LATERAL Y FOCALIZADA EN EL 5° ESPACIO)	\$	48.610	72.930
0401047	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA FLEXION Y EXTENSION (DINAMICAS)	\$	41.920	62.880
0401048	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA, OBLICUAS ADICIONALES	\$	28.260	42.390
0401049	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TOTAL, PANORAMICA CON FOLIO GRADUADO FRONTAL O LATERAL	\$	37.820	56.730
0401051	RADIOGRAFIA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL	\$	21.870	32.810
0401151	RADIOGRAFIA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL DE RN, LACTANTE O NIÑO MENOR DE 6 AÑOS	\$	21.870	32.810
0401052	RADIOGRAFIA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL, PROYECCIONES ESPECIALES (ROTACION INTERNA, ABDUCCION, LATERAL, LAWENSTEIN U OTRAS)	\$	20.910	31.370
0401053	RADIOGRAFIA DE SACROCOXIS O ARTICULACIONES SACROILIACAS.	\$	31.430	47.150
0401054	RADIOGRAFIA DE BRAZO, ANTEBRAZO, CODO, MUNECA, MANO, DEDOS, PIE (FRONTAL Y LATERAL)	\$	25.220	37.830
0401055	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	\$	29.200	43.790
0401056	RADIOGRAFIA DE EDAD OSEA : CARPO Y MANO	\$	20.910	31.370
0401057	RADIOGRAFIA DE EDAD OSEA : RODILLA FRONTAL	\$	20.910	31.370
0401058	ESTUDIO RADIOLOGICO DE ESCAFOIDES	\$	31.460	47.200
0401059	ESTUDIO RADIOLOGICO DE MUÑECA O TOBILLO (FRONT.,LATERAL Y OBLICUAS)	\$	29.430	44.140
0401060	RADIOGRAFIA DE HOMBRO, FEMUR, RODILLA, PIERNA, COSTILLA O ESTERNON (FRONTAL Y LATERAL)	\$	29.430	44.140
0401062	RADIOGRAFIA DE PROYECCIONES ESPECIALES OBLICUAS U OTRAS EN HOMBRO, BRAZO, CODO, RODILLA, ROTULAS, SESAMOIDEOS, AXIAL DE AMBAS ROTULAS O SIMILARES	\$	20.910	31.370
0401063	RADIOGRAFIA DE TUNEL INTERCONDILEO O RADIO-CARPIANO	\$	20.910	31.370
0401064	APOYO FLUOROSCOPICO A PROCEDIMIENTOS INTRAOPERATORIOS Y/O BIOPSIA (NO INCLUYE EL PROC.)	\$	20.910	31.370

0402005		GALACTOGRAFIA, UNILATERAL	\$	26.070	39.100
0402008		COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA (a.c. 18-01-018; 5-7 EXP)	\$	68.430	102.660
0402009		FISTULOGRAFIA (a.c. 18-01-020) (3EXP.)	\$	17.140	25.730
0402011		HISTEROSALPINGOGRAFIA (a.c. 20-01-013) (4EXP. INCLUYE PRUEBA DE COTTE TARDIA)	\$	52.310	78.470
0402012		PIELOGRAFIA ASCENDENTE (a.c. 19-01-015) (3 EXP.)	\$	57.010	85.530
0402014		URETRO Y/O CISTOURETROGRAFIA MICCIONAL RETROGRADA (a.c. 19-01-016) (5 EXP.)	\$	57.010	85.530
		TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)			
		(Los valores de las prestaciones no incluyen el medio de contraste)			
0403001		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE CRANEO ENCEFALICA	\$	164.370	246.560
0403002		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE HIPOTALAMO- HIPOFISIS	\$	183.260	274.890
0403003		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE FOSA POSTERIOR	\$	151.090	226.640
0403006		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE TEMPORAL-OIDO	\$	151.090	226.640
0403007		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ORBITAS MAXILOFACIAL	\$	183.260	274.890
0403008		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE COLUMNA CERVICAL	\$	200.650	300.970
0403012		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE CUELLO, PARTES BLANDAS	\$	151.090	226.640
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	\$	236.820	355.230
0403014		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN (HIGADO, VIAS Y VESICULA BILIAR, PANCREAS, BAZO, SUPRARRENALES Y RIÑONES)	\$	216.670	325.030
0403016		TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE PELVIS (ADEMÁS INCLUYE SACRO, COXIS, CADERAS, HUESOS PÉLVICOS, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS). BILATERAL	\$	141.010	211.520
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	\$	128.020	192.030
0403018		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE COLUMNA DORSAL (INCLUYE MINIMO 6 ESPACIOS)	\$	168.160	252.250
0403019		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE COLUMNA LUMBAR	\$	168.160	252.250
0403020		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS	\$	220.060	330.090
0403021		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA PIELOGRAFIA	\$	51.780	77.660
0403022		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA UROGRAFIA	\$	129.490	194.240
0403023		TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE COLONOSCOPIA VIRTUAL. NO INCLUYE INSTALACIÓN DE SONDA	\$	98.750	148.130
0403024		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA PLANIFIC. RADIOTERAPIA	\$	140.260	210.400
0403101		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE ENCEFALO	\$	191.360	287.040
0403102		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE TORAX	\$	272.200	408.300
0403103		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE ABDOMEN	\$	259.170	388.760
0403104		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE CUELLO	\$	125.310	187.970
0403105		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE PELVIS	\$	102.290	153.450
0403107		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO EXTREMIDADES INFERIORES (BILATERAL)	\$	211.750	317.630
0403108		TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ANGIO DE EXTREMIDAD SUPERIOR (UNILATERAL)	\$	213.510	320.270

	ECOTOMOGRAFIAS			
0404002	ECOGRAFIA OBSTETRICA	\$	19.230	28.850
0404003	ECOGRAFIA ABDOMINAL (INCLUYE HIGADO, VIA BILIAR, VESICULA, PANCREAS, RINONES, BAZO, RETROPERITONEO Y GRANDES VASOS)	\$	70.680	106.040
0404004	ECOGRAFIA COMO APOYO A CIRUGIA, O A PROCEDIMIENTO (DE TORAX, MUSCULAR, PARTES BLANDAS, ETC.)	\$	43.560	65.350
0404005	ECOGRAFIA TRANSVAGINAL O TRANSRECTAL	\$	39.300	58.960
0404006	ECOGRAFIA GINECOLOGICA, PELVIANA FEMENINA U OBSTETRICA CON ESTUDIO FETAL	\$	37.430	56.150
0404007	ECOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA SEGUIMIENTO DE OVULACION, PROC. COMPLETO (6-8 SESIONES)	\$	54.650	81.970
0404008	ECOGRAFIA PARA SEGUIMIENTO DE OVULACION.	\$	54.650	81.970
0404009	ECOGRAFIA PELVICA MASCULINA (INCLUYE VEJIGA Y PROSTATA)	\$	39.300	58.960
0404010	ECOGRAFIA RENAL (BILATERAL), O DE BAZO	\$	49.050	73.580
0404011	ECOGRAFIA ENCEFALICA (R.N. O LACTANTE)	\$	49.050	73.580
0404012	ECOGRAFIA MAMARIA BILATERAL (INCLUYE DOPPLER)	\$	49.050	73.580
0404013	ECOGRAFIA OCULAR, UNILATERAL O BILATERAL	\$	49.050	73.580
0404014	ECOGRAFIA TESTICULAR, UNILATERAL O BILATERAL (INCLUYE DOPPLER)	\$	49.050	73.580
0404015	ECOGRAFIA TIROIDEA (INCLUYE DOPPLER)	\$	49.050	73.580
0404016	ECOGRAFIA PARTES BLANDAS O MUSCULOESQUELETICA (CADA ZONA ANATOMICA)	\$	49.050	73.580
0404118	ECOGRAFIA VASCULAR (ARTERIAL Y VENOSA) PERIFERICA (BILATERAL)	\$	160.910	241.370
0404119	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	\$	160.910	241.370
0404120	ECOGRAFIA TRANSCRANEANA	\$	160.910	241.370
0404121	ECOGRAFIA ABDOMINAL O DE VASOS TESTICULARES	\$	160.910	241.370
0404122	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS PLACENTARIOS	\$	160.910	241.370
	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
0601101	EVALUACION KINESIOLOGICA INTEGRAL	\$	14.500	21.760
0601105	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL AMBULATORIA	\$	15.470	23.210
0601106	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL DOMICILIARIA	\$	19.420	29.130
0601103	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	\$	17.400	26.120
0601104	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL UPC (INTENSIVO E INTERMEDIO)	\$	35.740	53.600
	TERAPIA OCUPACIONAL			
0602001	ATENCIÓN INTEGRAL DE TERAPIA OCUPACIONAL	\$	14.030	N/A
0602002	INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AYUDAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍA ASISTIDA	\$	12.890	N/A
0602003	INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICAS, INSTRUMENTALES Y AVANZADAS	\$	6.550	N/A
	TELEREHABILITACION KINESIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL			
0608101	TELEREHABILITACIÓN: EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	\$	4.380	N/A
0608102	TELEREHABILITACIÓN: ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	\$	13.490	N/A
0608201	TELEREHABILITACIÓN: ATENCIÓN INTEGRAL DE TERAPIA OCUPACIONAL	\$	11.910	N/A
0608202	TELEREHABILITACIÓN: INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AYUDAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍA ASISTIDA	\$	10.970	N/A

0608203	TELEREHABILITACIÓN: INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICAS, INSTRUMENTALES Y AVANZADAS	\$	5.560	N/A
	MEDICINA TRANSFUSIONAL			
	PREPARACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS			
0702101	PRODUCCIÓN DE GLÓBULO ROJO	\$	72.490	N/A
0702102	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	\$	13.930	N/A
0702103	PRODUCCIÓN DE PLASMA O CRIOPRECIPITADO	\$	13.070	N/A
0702104	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	837.200	N/A
0702105	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	837.200	N/A
0702106	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	837.200	N/A
0702107	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLASMA POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	837.200	N/A
0702108	PRODUCCIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICA POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA A PARTIR DE SANGRE PERIFÉRICA	\$	1.860.350	N/A
0702109	IRRADIACIÓN DE COMPONENTE SANGUÍNEO POR UNIDAD	\$	8.830	N/A
0702110	FILTRACIÓN DE GLÓBULOS ROJOS O PLAQUETAS (INCLUYE FILTRO RECIÉN NACIDO Y POOL DE PLAQUETAS)	\$	96.570	N/A
	ESTUDIOS PREVIOS A TRANSFUSIÓN POR TIPO DE COMPONENTE SANGUÍNEO			
0702201	CALIFICACIÓN MICROBIOLÓGICA POR DONANTE ESTUDIADO, COMPONENTE SANGUÍNEO PRODUCIDO O PRODUCTO DE AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	73.860	N/A
0702202	CALIFICACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICA POR DONANTE ESTUDIADO, COMPONENTE SANGUÍNEO PRODUCIDO O PRODUCTO DE AFÉRESIS AUTOMÁTICA	\$	37.290	N/A
0702203	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTUDIADA (PROC. AUT.)	\$	8.030	N/A
0702204	FENOTIPIFICACIÓN OTROS GRUPOS SANGUÍNEOS POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS PRODUCIDO	\$	35.980	N/A
0702205	TITULACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	\$	72.200	N/A
0702206	GENOTIPIFICACIÓN D VARIANTE (INCLUYE D PARCIAL Y DÉBIL)	\$	231.880	N/A
0702207	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	\$	9.180	N/A
0702208	GRUPOS MENORES. TIPIFICACIÓN O DETERMINACIÓN DE OTROS SISTEMAS SANGUÍNEOS (KELL, DUFFY, KIDD Y OTROS) C/U.	\$	9.780	N/A
0702209	SUBGRUPO ABO Y RH FENOTIPO - GENOTIPO RH, C/U	\$	9.780	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)	\$	25.660	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)	\$	29.860	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)	\$	43.960	N/A
0702304		SANGRIA (CONSIDERA EL COBRO DE UNA PRESTACIÓN POR CADA UNIDAD DE SANGRE EXTRAÍDA)	\$	24.770	N/A
		ANATOMIA PATOLOGICA			
0801001		CITODIAGNOSTICO CORRIENTE, EXFOLIATIVA (PAPANICOLAU) (POR CADA PLACA)	\$	17.520	26.270
0801002		CITOLOGIA NO GINECOLOGICA (POR CADA PLACA O FRASCO) (MAXIMO 6)	\$	26.010	39.010
0801003		ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON MICROSCOPIA ELECTRONICA (POR CADA GRILLA)	\$	81.770	122.650
0801004		ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TECNICAS DE INMUNOHISTOQUIMICA O INMUNOFLUORESCENCIA (POR CADA ANTICUERPO INVESTIGADO)	\$	70.860	106.300
0801005		ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TECNICAS HISTOQUIMICAS, NIVELES, DECALCIFICACION (POR CADA LAMINA)	\$	53.310	79.970
0801006		CONSULTA INTRAOPERATORIA (POR CADA MUESTRA / TEJIDO O ASISTENCIA A PABELLÓN) (NO INCLUYE BIOPSIA DIFERIDA)	\$	70.860	106.300
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)	\$	70.860	106.300
0801008		ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE BIOPSIA DIFERIDA (POR CADA MUESTRA Y/O TEJIDO) (INCLUYE HASTA 3 LAMINAS)	\$	35.740	53.600
0801009		NECROPSIA EN ADULTO O NIÑO, CON ESTUDIO HISTOPATOL. CORRIENTE	\$	188.780	283.170
0801010		NECROPSIA DE FETO O RECIÉN NACIDO, CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CORRIENTE.	\$	141.750	212.640
		PSICOLOGIA CLINICA			
0902001		CONSULTA PSICOLOGO CLINICO		23.930	N/A
0902002		PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	\$	25.300	N/A
		PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS EN NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA.			
1101001	1	RELLENADO DE BOMBAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN LCR	\$	31.180	46.770
1101002	4	PUNCIÓN SUBDURAL	\$	29.450	44.170
1101003	4	PUNCION LUMBAR C/S MANOMETRIA C/S QUECKENSTED	\$	21.980	32.960
1101004		E.E.G. DE 16 O MAS CANALES (INCLUYE EL COD.11-01-006)	\$	54.600	81.900
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	\$	43.680	65.510
1101007		ESTEREO-ELECTROENCEFALOGRAFIA (INCLUYE UNO O MAS ELECTRODOS ADICIONALES)	\$	97.960	146.940
1101008		MONITOREO EEG INVASIVO CON ELECTRODOS SUBDURALES	\$	39.280	58.920
1101040		E.E.G. EN VIGILIA, SUEÑO Y POST-PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE CÓDIGO 11-01-006). EQUIPO DE 8 CANALES	\$	67.950	101.940
1101041		EEG EN VIGILIA, SUEÑO Y POST-PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE CÓDIGO 11-01-004) EQUIPO DE 16 O MAS CANALES	\$	71.070	106.610

1101042		EEG DIGITAL 20 CANALES (CON ACTIVACIONES HV Y FE) ESTÁNDAR O POST PRIVACIÓN DE SUEÑO DE 20 A 30 MINUTOS DURACIÓN	\$	59.710	89.570
1101043		EEG DIGITAL 32 CANALES (CON ACTIVACIONES HV Y FE) ESTÁNDAR O POST PRIVACIÓN DE SUEÑO DE 20 A 30 MINUTOS DURACIÓN	\$	89.540	134.320
1101046		ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL DE 32 CANALES CON MAPEO (MAPPING), ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FRECUENCIAS Y DE EVENTOS POR ÁREAS (INCLUYE ESTÍMULOS COGNITIVOS)	\$	97.020	145.540
1101044		MONITOREO E.E.G. CONTINUO DE 24 HRS.	\$	119.710	179.550
1101026	3	INFILTRACION BLOQUEO NERVIOS PERIFÉRICOS EN PUNTO MOTOR	\$	31.150	46.740
1101027	3	INFILTRACION BLOQUEO NERVIOS TRONCULARES	\$	41.390	62.100
1101028		INFILTRACIÓN O BLOQUEO DE RAMAS DEL TRIGÉMINO O DEL FACIAL	\$	21.890	32.840
1101029		INFILTRACIÓN O BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO	\$	22.460	33.680
1101030		INFILTRACIÓN O BLOQUEO EPIDURAL, CERVICAL, LUMBAR O SIMILARES, CADA SESIÓN	\$	33.810	50.720
1101031	3	INFILTRACIÓN O BLOQUEO INTERCOSTALES (CUALQUIER NÚMERO)	\$	31.150	46.740
1101032		RIZOTOMÍA QUÍMICA POR MEDIO DE INYECCIÓN INTRATECAL.	\$	62.200	93.300
1101033	3	INFILTRACIÓN O BLOQUEO SUBOCCIPITAL U OTROS NERVIOS CERVICALES	\$	22.460	33.680
		OFTALMOLOGIA			
1201001		CAMPIMETRIA DE PROYECCION, UNILATERAL (PROC.AUT.)	\$	22.240	33.360
1201042		CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA, UNILATERAL	\$	62.980	94.480
1201003		CUANTIFICACION DE LAGRIMACION (TEST DE SCHIRMER), UNO O AMBOS OJOS	\$	8.380	12.560
1201004		CURVA DE TENSION APLANATICA (POR CADA DIA), UNILATERAL	\$	20.730	31.110
1201005		DIPLOSCOPIA CUANTITATIVA, BILATERAL	\$	12.090	18.150
1201009		EXPLORACION SENSORIOMOTORA: ESTRABISMO, ESTUDIO COMPLETO, AMBOS OJOS	\$	47.980	71.970
1201010		PERIMETRIA DE GOLDMAN O PERIMETRIA CINETICA, C/OJO	\$	40.990	61.480
1201011		PRUEBAS DE PROVOCACION PARA GLAUCOMA (PRUEBA DE OSCURIDAD U OTRAS) UNI O BILATERAL	\$	25.690	38.550
1201012		RETINOGRAFIA, BILATERAL	\$	30.780	46.180
1201014		TONOMETRIA APLANATICA, UNILATERAL	\$	6.930	10.390
1201015		TRATAMIENTO ORTOPTICO Y/ O PLEOPTICO (POR SESION) BILATERAL	\$	15.460	23.200
1201016	2	ANGIOGRAFIA DE RETINA O DE IRIS, (CON FLUORESCEINA O SIM.), UNILATERAL	\$	53.890	80.850
1201017	2	ANGIOSCOPIA RETINAL Y/O IRIS (CON FLUORESCEINA O SIMILAR), C/OJO (PROC.AUT.)	\$	13.580	20.360
1201018	2	ELECTORRETINOGRAMA, UNILATERAL	\$	41.850	62.770
1201019	1	EXPLORACION VITREORRETINAL, AMBOS OJOS	\$	25.060	37.610
1201020	1	ECOBIMETRIA CON CALCULO DE LENTE INTRAOCULAR, AMBOS OJOS	\$	85.990	128.980
1201023		POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN ADULTOS, AMBOS OJOS	\$	54.780	82.170
1201024		POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN NIÑOS, AMBOS OJOS	\$	61.860	92.790
1201027		EXAMEN OPTOMETRICO C/S PRESCRIPCION DE LENTES	\$	41.100	N/A
1201045		PAQUIMETRIA	\$	109.400	N/A
1201029	2	CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN ADULTOS	\$	28.980	43.470
1201030	3	CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN NIÑOS	\$	44.730	67.100

1201031	3	VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN ADULTOS	\$	43.620	65.440
1201032		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN LACTANTES	\$	72.480	108.730
1201033		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN NIÑOS	\$	56.260	84.400
1201038		INYECCION RETROBULBAR	\$	28.980	43.470
		PROCEDIMIENTOS OTORRINOLARINGOLOGIA			
1301002		RINOMANOMETRIA C/S VASOCONTRACTOR	\$	25.350	38.020
1301003	4	NASOFARINGOLARINGOFIBROSCOPIA	\$	55.010	82.520
1301005		SINUSOSCOPIA DE CADA SENO MAXILAR POR PUNCIÓN, C/S BIOPSIA, C/S TOMA DE MUESTRAS	\$	29.720	44.580
1301021		AUDIOMETRIA ADULTOS	\$	30.780	46.180
1301008		AUDIOMETRIA NIÑOS	\$	36.070	54.100
1301009		IMPEDANCIOMETRIA	\$	23.060	34.590
1301010		CALIBRACION DE AUDIFONOS O IMPLANTES	\$	17.290	25.930
1301011		POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL CLINICOS	\$	56.600	84.900
1301016		FUNCION TUBARIA	\$	15.460	23.200
1301017		PRUEBA CALORICA (PROC.AUT.)	\$	15.460	23.200
1301019		TEST DE GLICEROL (CON TRES AUDIOMETRIAS)	\$	61.860	92.790
1301020		EXAMEN FUNCIONAL DE VIII PAR	\$	60.840	91.270
1301045		EMISIONES OTOACÚSTICAS (EOT)	\$	32.680	49.030
1301046		POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL ACORTADOS	\$	58.070	87.100
1301024		PUNCIÓN EVACUADORA SENOS PERINASALES, C/S TOMA DE MUESTRAS, C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS; CADA PUNCIÓN	\$	21.680	32.530
1301025	2	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR (PROC. AUT.)	\$	15.340	23.020
1301026	2	TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR	\$	44.730	67.100
1301027		VACIAMIENTO CAVID. PERINASALES (PROETZ Y SIM.) (10 SESIONES)	\$	83.890	125.840
1301028	1	CAUTERIZACION UNI O BILATERAL DE VASOS EN FOSA NASAL	\$	43.410	65.110
1301029	2	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NAALES ADULTOS	\$	20.750	31.140
1301030	2	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NAALES NIÑOS	\$	47.330	70.990
1301040	2	LESIONES DEL OÍDO EXTERNO Y/O MEDIO, CURACIÓN BAJO MICROSCOPIO (PROC. AUT.)	\$	14.570	21.850
1301041		TROMPA DE EUSTAQUIO, INSUFLACIÓN INSTRUMENTAL (PROC. AUT.)	\$	14.570	21.850
1301042	2	CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE TAPÓN DE CERUMEN) (PROC. AUT.) - EN ADULTOS	\$	14.570	21.850
1301043	2	CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE TAPÓN DE CERUMEN) (PROC. AUT.) - EN NIÑOS	\$	43.620	65.440
1301044		BIOPSIA OÍDO (PROC. AUT.)	\$	43.620	65.440
1302001		ABSCESO Y/O HEMATOMAS OIDO EXTERNO, TRAT. QUIRUR.	\$	67.630	101.460
1302002	3	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	\$	142.830	214.230
1302027		DRENAJE DE ABSCESO O FLEGMON DE VESTIBULO BOCAL	\$	71.540	107.320
1302046	2	FRACT. NASAL RECIENTE, CERRADA O EXPUESTA, REDUCCIÓN C/S INMOVILIZACIÓN	\$	97.620	146.420
		FONOAUDIOLOGIA			
1303010		EVALUACION INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO	\$	35.240	N/A
1303011		REHABILITACION INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO	\$	16.300	N/A

		PROCEDIMIENTOS CABEZA CUELLO			
1401001		PUNCION ASPIRATIVA CON AGUJA FINA DE NODULO TIROIDEO	\$	48.980	73.480
		DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS			
1601110	1	CURETAJE DE LESIONES VIRALES Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES POR SESIÓN	\$	93.000	139.510
1601111	2	APLICACIÓN DE INMUNOMODULADORES, QUÍMICOS Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES POR SESIÓN	\$	61.920	92.870
1601112	2	FOTOTERAPIA UVB, UVA LOCALIZADA, POR SESIÓN	\$	18.530	27.800
1601113	2	FOTOTERAPIA UVB, BANDA ANGOSTA Y UVA POR SESIÓN EN CABINA	\$	31.000	46.510
1601115	2	IMPLANTES SUBCUTÁNEOS, INSTALACIÓN O RETIRO	\$	72.100	108.160
1601116	2	CRIOTERAPIA HASTA 5 LESIONES POR SESIÓN	\$	61.920	92.870
1601117	2	CRIOTERAPIA 6 A 10 LESIONES POR SESIÓN	\$	93.000	139.510
1601118		TUMOR MALIGNO POR CRIOCIRUGÍA (POR CADA LESIÓN) POR SESIÓN	\$	176.940	265.410
1601119	2	INYECCIÓN INTRACUTÁNEA EN ÁREAS HASTA 9 CM2 POR SESIÓN	\$	63.520	95.270
1601120	1	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO MECÁNICO POR SESIÓN	\$	123.960	185.930
1601121	1	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO QUÍMICO POR SESIÓN	\$	93.000	139.510
1602221	3	HERIDA CORTANTE O CONTUSA COMPLICADA, REPARACIÓN Y SUTURA (MÁS DE 5 CM)	\$	274.640	411.970
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)	\$	76.520	114.770
1602225	2	VACIAMIENTO Y CURETAJE QUIRÚRGICO DE LESIONES QUÍSTICAS O ABSCEOS	\$	186.470	279.710
1602231	2	ONICECTOMÍA TOTAL O PARCIAL SIMPLE	\$	72.720	109.080
		CARDIOLOGIA			
1701001		E.C.G. DE REPOSO	\$	16.910	25.370
1701003		ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO	\$	69.360	104.040
1701004		REGISTRO DE HAZ DE HIS, EN ADULTOS O NIÑOS	\$	93.720	140.580
1701006		E.C.G. CONTINUO (TEST HOLTER O SIMILARES)	\$	80.500	120.750
1701007		ECOCARDIOGRAMA DOPPLER, CON REGISTRO (INCLUYE COD. 17-01-008)	\$	153.440	230.160
1701045		ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL DOPPLER COLOR	\$	170.980	256.470
1701008		ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL (INCLUYE REGISTRO MODO M, PAPEL FOTOSENSIBLE Y FOTOGRAFÍA), EN ADULTOS O NIÑOS (PROC.AUT.)	\$	95.940	143.910
1701009		MONITOREO CONTINUO DE PRESION ARTERIAL	\$	56.190	84.280
1701014		INSTALACION DE CATETER SWAN-GANZ O SIMILAR, EN ADULTOS O NIÑOS (PROC. AUT.)	\$	112.330	168.500
1701030		PUNCION EVACUADORA DE PERICARDIO, C/S TOMA DE MUESTRA, C/S INYECCION DE MEDICAMENTO	\$	32.790	49.180
1701034		CARDIOVERSION, C/U	\$	51.000	76.510
1701037	3	PUNCION SUBCLAVIA O YUGULAR CON COLOCACION DE CATETER	\$	39.100	58.640
1701039	3	TROMBÓLISIS ARTERIAL PERIFÉRICA	\$	163.530	245.300
1701040	3	TROMBÓLISIS INTRACORONARIA	\$	348.620	522.940
1707001		ESPIROMETRIA BASAL	\$	16.530	24.800
1707002		ESPIROMETRIA BASAL Y CON BRONCODILATADOR	\$	27.640	41.460
1707004		TEST DE PROVOCACION CON EJERCICIO	\$	41.830	62.740
1707029		TORACOCENTESIS EVACUADORA, C/S TOMA DE MUESTRAS C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS	\$	32.240	48.360

1707030		AEROSOLTERAPIA CON AIRE COMPRIMIDO U OXIGENO (NEBULIZACION)	\$	4.060	6.090
1707037	2	INTUBACION TRAQUEAL (PROC.AUT.)	\$	25.780	38.670
		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)	\$	91.590	137.400
1801037		TEST UREASA (PARA HELICOBACTER PYLORI) EN GASTROSCOPIA	\$	22.240	33.360
1801002	3	ESOFAGOSCOPIA	\$	53.410	80.120
1801003	3	ENTEROSCOPIA	\$	111.810	167.700
1801004	2	ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPIA EN ADULTOS	\$	34.590	51.890
1801005	2	ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPIA EN NIÑOS (ADEMÁS ANESTESIA CÓD. 22-01-001 SI CORRESPONDE)	\$	51.770	77.650
1801006	3	COLONOSCOPIA LARGA (INCLUYE SIGMOIDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA IZQUIERDA)	\$	124.080	186.120
1801007	3	SIGMOIDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA IZQUIERDA CON TUBO FLEXIBLE (INCLUYE LA ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPIA)	\$	103.500	155.270
		PROCEDIMIENTOS PARA EXAMENES RADIOLOGICOS Y OTROS			
1801018	3	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA C/S PAPILOTOMIA	\$	151.460	227.190
1801019		DRENAJE DE LA VIA BILIAR TRANSHEPÁTICA Y/O PERCUTÁNEO (A.C. 04-01-015)	\$	103.180	154.780
1801020		FISTULOGRAFIA (A.C. 04-02-009)	\$	32.850	49.270
1801021		NEUMOPERITONEO POR PUNCIÓN TRANSPARIETAL	\$	32.850	49.270
1801022		INSTALACION SONDA DE SENGSTAKEN	\$	34.390	51.600
1801023		INSTALACIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA NASOGÁSTRICA	\$	10.700	16.050
1801024		INSTALACIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA ENTERAL	\$	11.280	16.920
1801042	4	VACIAMIENTO MANUAL DE FECALOMA	\$	118.040	177.050
1803002	4	ABSCESO ANO RECTAL SIMPLE	\$	198.310	297.470
1803003	4	ABSCESO SACROCOXIGEO DRENAJE	\$	110.140	165.210
1803007	4	CUERPO EXTRAÑO RECTAL, EXTRACCIÓN POR VIA ANAL	\$	187.400	281.110
		UROLOGIA Y NEFROLOGIA			
1901001		EXPLORACIÓN DE URETRA ÁNTERO-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)	\$	20.900	31.350
1901002	5	CISTOSCOPIA CON O SIN SONDEO DE UNO O AMBOS URÉTERES, CON O SIN BIOPSIA	\$	98.020	147.030
1901003	4	CISTOSCOPIA Y/O URETROCISTOSCOPIA Y/O URETROSCOPIA (PROC.AUT.)	\$	89.410	134.130
1901004	5	URETERONEFROSCOPIA	\$	152.470	228.720
1901005	2	BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL O TRANSPERINEAL CON APOYO ECOGRÁFICO. CUALQUIER NÚMERO DE MUESTRAS, INCLUYE BIOPSIA POR SATURACIÓN (ADEMÁS CÓD. 04-04-004 Y ANESTESIA 22-01-001 SI CORRESPONDE)	\$	98.020	147.030
1901006	3	BIOPSIA RENAL TRANSPARIETAL	\$	53.450	80.170
1901012		CISTOGRAFIA POR SONDA (DE RELLENO) O POR PUNCIÓN HIPOGÁSTRICA (A.C. 04-01-027)	\$	46.980	70.470
1901013		INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE EN CUERPO CAVERNOSO	\$	43.290	64.950
1901019	3	INSTILACION VESICAL (INCLUYE COLOCACION DE SONDA) PROC. AUT.	\$	32.980	49.490
1901020	2	INYECCION DE MEDICAMENTOS EN EL PENE	\$	32.980	49.490

1901022		VACIAMIENTO VESICAL POR Sonda URETRAL, (PROC. AUT.)	\$	32.980	49.490
1902080	4	BIOPSIA DE PENE (PROC.AUT.)	\$	80.890	121.330
		GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			
2001002	1	COLPOSCOPIA	\$	36.220	54.330
2001005	4	HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA (PROC. AUT.)	\$	82.530	123.800
2001006	4	AMNIOCENTESIS	\$	49.670	74.510
2001007	3	CULDOCENTESIS (PUNCION DEL DOUGLAS)	\$	64.310	96.470
2001009		MONITOREO BASAL CON INFORME	\$	20.260	30.400
2001010		MONITOREO FETAL ESTRESANTE, CON CONTROL PERMANENTE DEL ESPECIALISTA Y TRATAMIENTO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES	\$	64.310	96.470
2001012	3	GALACTOGRAFÍA (A.C. 04-02-005)	\$	50.720	76.080
2001013	3	HISTEROSALPINGOGRAFIA (A.C.04-02-011)	\$	61.870	92.810
2001014	2	BIOPSIA ENDOMETRIO, VULVA, VAGINA, CUELLO, C/U (PROC. AUT.)	\$	40.200	60.310
2001015	2	COLOCACIÓN O EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (NO INCLUYE EL VALOR DEL DISPOSITIVO)	\$	37.920	56.880
2001016	2	ELECTRODIATERMO O CRIOCOAGULACIÓN DE LESIONES DEL CUELLO	\$	41.260	61.880
2001020		TEST POSTCOITAL	\$	50.720	76.080
2001022	3	PUNCION EVACUADORA DE QUISTES MAMARIOS, C/S TOMA DE MUESTRAS, C/S INYECCION DE MEDICAMENTOS.	\$	47.980	71.970
2004009	2	FOTOTERAPIA A RECIEN NACIDOS	\$	9.400	14.100
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)	\$	72.950	109.430
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)	\$	192.910	289.380
2004012		HONORARIO MATRONA POR ATENCIÓN EN POST PARTO. (INCLUYE DOS CONTROLES EN PUERPERIO)	\$	115.780	173.670
		ARTICULARES Y OSTEOMUSCULARES			
2101001	2	INFILTRACION LOCAL MEDICAMENTOS (BURSAS, TENDONES, YUXTAARTICULARES Y/O INTRAARTICULARES), Y/O PUNCION EVACUADORA	\$	29.600	44.410
2101002	1	PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLOGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCIÓN DEL MEDIO DE CONTRASTE)	\$	29.600	44.410
2104033	3	BIOPSIA ÓSEA POR PUNCIÓN	\$	101.970	152.960
2104035	2	BIOPSIA SINOVIAL O MUSCULAR POR PUNCIÓN	\$	101.970	152.960
2104036	4	BIOPSIA SINOVIAL O MUSCULAR QUIRÚRGICA	\$	127.700	191.550
2104037	4	BIOPSIA VERTEBRAL POR PUNCIÓN	\$	203.750	305.620
		(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	\$	86.150	129.230
2105004	2	RODILLERA, BOTA LARGA O CORTA DE YESO	\$	68.820	103.230
2105005	1	VELPEAU	\$	68.820	103.230
2105006	2	YESO ANTEBRAQUIAL C/S FERULA DIGITAL	\$	68.820	103.230

2105007	2	YESO BRAQUICARPIANO	\$	68.820	103.230
2105008	2	YESO PELVIPEDIO BILATERAL	\$	153.140	229.700
2105009	2	YESO PELVIPEDIO UNILATERAL	\$	120.530	180.810
2105010	2	YESO TORACOBRAQUIAL	\$	120.530	180.810
		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)	\$	232.770	349.170
2107002	4	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MAYORES (COLUMNA, CADERA, PELVIS)	\$	303.760	455.640
2107003	3	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MENORES (EL RESTO)	\$	105.370	158.060
		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)	\$	413.150	619.720
2107005	3	FRACTURAS MEDIANAS (DIÁFISIS HUMERAL, RADIAL, CUBITAL, DIÁFISIS FEMORAL, TIBIAL, PERONEAL, CLAVICULAR, PLATILLOS TIBIALES)	\$	341.630	512.450
2107006	3	FRACTURAS MENORES (EL RESTO)	\$	166.330	249.490
		ANESTESIA			
2201001		ANESTESIA GENERAL O REGIONAL OTORGADA POR MEDICO DIFERENTE AL PRIMER CIRUJANO (EN INTERVENCIONES O PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS O TERAPEUTICOS)	\$	111.890	167.840
2201002		ANESTESIA PERIDURAL CONTINUA, PROC. AUT.	\$	153.750	230.620
		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)	\$	39.610	N/A
2601003		ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES POSTRADOS, TERMINALES POST OPERADOS	\$	40.760	N/A
2601004		ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES OSTOMIZADOS	\$	41.080	N/A
2601005		ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES QUE REQUIEREN INSTALACIÓN Y/O RETIRO DE CATÉTER O SONDA	\$	41.080	N/A
		NUTRICIONISTAS			
2602001		ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (POR SESION)		66.550	N/A
		ATENCION ODONTOLOGICA			
2701101		CONSULTA ESPECIALIDAD PERIODONCIA	\$	16.300	N/A
2701102		CONSULTA ESPECIALIDAD CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCO MAXILOFACIAL	\$	16.300	N/A
2701103		CONSULTA ESPECIALIDAD ENDODONCIA	\$	16.300	N/A

2701104	CONSULTA ESPECIALIDAD IMAGENOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	\$	16.300	N/A
2701105	CONSULTA ESPECIALIDAD IMPLANTOLOGÍA BUCO MAXILOFACIAL	\$	16.300	N/A
2701106	CONSULTA ESPECIALIDAD ODONTOPEDIATRÍA	\$	16.300	N/A
2701107	CONSULTA ESPECIALIDAD ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILOFACIAL	\$	16.300	N/A
2701108	CONSULTA ESPECIALIDAD PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	\$	16.300	N/A
2701109	CONSULTA ESPECIALIDAD REHABILITACIÓN ORAL	\$	16.300	N/A
2701115	CONSULTA DE URGENCIA ODONTOLÓGICA	\$	21.470	N/A
	II. EXÁMENES IMAGENOLÓGICOS DENTAL			
2702101	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR UNITARIA ADULTO (POR PLACA)	\$	14.820	22.230
2702102	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR UNITARIA NIÑO (POR PLACA)	\$	14.820	22.230
2702103	RADIOGRAFÍA BITE WING ADULTO (POR PLACA)	\$	14.820	22.230
2702104	RADIOGRAFÍA BITE-WING NIÑO (POR PLACA)	\$	14.820	22.230
2702105	RADIOGRAFÍA EXTRAORAL (POR PLACA)	\$	20.900	31.350
2702106	RADIOGRAFÍA OCLUSAL (POR PLACA)	\$	11.930	17.900
2702108	TELERRADIOGRAFÍA	\$	25.850	38.780
2702109	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA U ORTOPANTOMOGRFÍA	\$	32.930	49.400
2702110	RADIOGRAFIA DE ATM BILATERAL EN BOCA CERRADA Y BOCA ABIERTA	\$	32.930	49.400
2702111	TOMOGRFÍA COMPUTACIONAL MAXILO FACIAL CONE BEAM ZONA DENTARIA	\$	59.590	89.390
2702112	TOMOGRFÍA COMPUTACIONAL MAXILO FACIAL CONE BEAM UNIMAXILAR	\$	89.390	134.090
2702113	TOMOGRFÍA COMPUTADA CONE BEAM BIMAXILAR, MAXILO FACIAL, CRANEO COMPLETO, SIALO TC CONE BEAM	\$	107.260	160.890
2702117	ESTUDIO DE LOCALIZACIÓN MAXILOFACIAL	\$	26.370	39.550
	III.- ODONTOLOGIA GENERAL: ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y RECUPERATIVAS			
2703101	APLICACIÓN DE SELLANTES	\$	23.130	34.710
2703102	DESGASTES SELECTIVOS	\$	18.900	28.350
2703103	DESTARTRAGE Y PULIDO CORONARIO	\$	35.950	53.930
2703104	MANTENEDORES DE ESPACIO	\$	75.110	112.660
2703105	PULPOTOMIA	\$	13.160	19.740
2703106	APLICACIÓN TOPICA DE FLORUROS	\$	46.970	70.460
2703107	EXODONCIA SIMPLE DIENTE PERMANENTE	\$	20.940	31.410
2703108	EXODONCIA DIENTE PRIMARIO	\$	13.160	19.740
2703110	OBTURACION COMPOSITE	\$	48.490	72.740
2703111	OBTURACION VIDRIO IONOMERO	\$	30.110	45.180
2703112	PROFILAXIS DENTAL	\$	100.420	150.630
2703113	ACCESO CAVITARIO	\$	18.170	27.250
2703114	FERULIZACION POR GRUPO	\$	38.380	57.570
2703115	RECUBRIMIENTO DIRECTO	\$	13.080	19.640
	IV.- ESPECIALIDADES			
2704001	OBTURACION INLAY METAL (incluye materiales no preciosos, no incluye oro)	\$	50.050	75.080
2704002	DISPOSITIVO INTEROCLUSAL	\$	95.800	143.690
2704003	PROTESIS DE RESTITUCION (fase clinica)	\$	207.870	311.800
2704005	PROTESIS DE RESTITUCION (fase laboratorio)	\$	103.520	155.300
2704006	REPARACION COMPUESTA DE PROTESIS	\$	41.560	62.340

2704007		REPARACION CORONA	\$	31.970	47.970
2704008		REPARACION O REAJUSTE PROTESIS	\$	25.050	37.600
2704009		RESTITUCION POR CORONA (combinada)	\$	187.680	281.520
2704010		RESTITUCION POR CORONA PROVISORIA	\$	95.800	143.690
2704011		TRATAMIENTO ORTODONCIA CON APARATOLOGÍA REMOVIBLE (INCLUYE APARATO) (AÑO 1)	\$	445.420	668.130
2704012		TRATAMIENTO ORTODONCIA CON APARATOLOGÍA FIJA (INCLUYE APARATO) (AÑO 1)	\$	540.030	810.050
2704013		TRATAMIENTO ORTODONCIA CON APARATOLOGÍA FIJA (INCLUYE APARATO) (AÑO 2)	\$	376.200	564.310
2704014		ENDODONCIA MULTIRRADICULAR	\$	329.720	494.590
2704015		ENDODONCIA BIRRADICULAR	\$	223.670	335.500
2704016		ENDODONCIA UNIRRADICULAR	\$	240.940	361.420
2704017		DESTARTRAGE SUBGINGIVAL Y PULIDO RADICULAR	\$	50.100	75.140
2704021		INYECCIÓN INTRALESIONAL DE MEDICAMENTOS EN EL TERRITORIO DE LA MUCOSA ORAL	\$	25.590	38.380
2704022		TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE OBSTRUCCIÓN GLÁNDULA SALIVAL	\$	16.300	24.440
2704023		CATETERISMO DE CONDUCTO EXCRETOR GLÁNDULA SALIVAL EN ADULTOS (C/U)	\$	44.190	66.290
2704024		CATETERISMO DE CONDUCTO EXCRETOR GLÁNDULA SALIVAL EN NIÑOS (C/U)	\$	58.510	87.780
2704026		INFILTRACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, POR SESIÓN	\$	25.590	38.380
2704027	1	REDUCCIÓN DE LUXACIÓN DISCAL DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	\$	16.300	24.440
2704029		REPARACIÓN O REAJUSTE DE DISPOSITIVO INTEROCLUSAL	\$	23.220	34.840
2704030	1	ARTROCENTESIS TEMPOROMANDIBULAR UNILATERAL	\$	367.180	550.780
		V.- CIRUGIAS			
2705001	3	CIRUGIA BUCAL	\$	58.570	87.850
2705002		CIRUGIA DE ENFERMEDAD PERIDONTAL (por grupo)	\$	62.630	93.940
2705003	5	CORTICOTOMIA	\$	347.370	521.050
2705004	6	DISYUNCION PALATINA QUIRURGICA	\$	647.790	971.690
2705005	6	EXTIRPACION DE PSEUDOQUISTES, QUISTES Y TUMORES	\$	486.630	729.940
2705006	6	GLOSECTOMIAS	\$	744.910	1.117.370
2705009	3	EXODONCIA DE DIENTES RETENIDOS	\$	148.850	223.280
2705010	3	EXODONCIA DE TERCER MOLAR CON OSTEOTOMIA	\$	148.850	223.280
2705011	6	INJERTOS EN BOCA	\$	647.790	971.690
2705012	6	ELEVACION DE PISO DEL SENO MAXILAR	\$	523.550	785.330
2705013	3	PASTIA DE FISTULA SALIVAL	\$	223.670	335.500
2705014	2	PREPARACION QUIRURGICA DE LOS MAXILARES CON FINES PROTESICOS	\$	148.230	222.360
2705015	5	PROFUNDIZACION DE VESTIBULO O RECONSTRUCCION DE REBORDES CON O SIN INJERTOS	\$	713.340	1.070.000
2705016	3	REIMPLANTE Y TRASPLANTE DENTARIO	\$	160.340	240.520
2705017	3	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO Y SECUESTRECTOMIA	\$	160.340	240.520
2705018	4	SUTURA COMPLETA HERIDA MAYOR	\$	306.240	459.360
2705019	4	SUTURA COMPLETA HERIDA MENOR	\$	266.180	399.270
2705020	3	SUTURA SIMPLE DE HERIDA	\$	160.340	240.520
2705021	6	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURAS MAXILAR SUPERIOR	\$	853.310	1.279.970
2705022	6	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURAS MAXILAR INFERIOR	\$	853.310	1.279.970

2705023	3	TRATAMIENTO DE TRAUMATISMO DENTO ALVEOLAR SIMPLE	\$	160.340	240.520
2705024	4	TRATAMIENTO DE TRAUMATISMO DENTO ALVEOLAR COMPLEJO	\$	294.910	442.370
2705025	5	IMPLANTE OSEOINTEGRADO	\$	309.650	464.470