FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Avenida Simón Bolívar Cra. 98 No.18-49
Conmutador: 331 90 90
Fax: 331 67 28
Nit. 890.324.177-5
Cali –Colombia

ADMINISTRACIÓN DE CONVENIOS

MANUAL TARIFARIO FUNDACIÓN VALLE DEL LILI No. 216

DISPENSARIO MEDICO NIVEL I

BAHIA MALAGA- NAVAL

CAPÍTULO I

DEFINICIONES

ARTÍCULO 1: CAMPO DE APLICACIÓN:
Tarifas mínimas para la venta de los procedimientos y servicios médicos ambulatorios, quirúrgicos y hospitalarios contenidos en este manual.
ARTÍCULO 2: CONTENIDO:
PARAGRAFO 1: Este Manual establece tarifas mínimas de la prestación de servicios de salud para las personas naturales y personas jurídicas.
PARAGRAFO 2: Las tarifas definidas en éste Manual tendrán vigencia a partir del 01 de Enero 2023 al 31 de diciembre del 2023. El 01 de enero del 2024 se realizará ajuste tarifario.
PARAGRAFO 3: Forma de pago 45 días
PARAGRAFO 4: Hace parte integral de la oferta tarifaria el listado de Insumos y Medicamentos el cual será divulgado los cinco primeros días de cada mes. Las novedades que se puedan presentar por situaciones como: cambios en las condiciones del mercado, devaluación súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán identificados en el listado con los conceptos (Ajuste de tarifa, Activación, Nueva Oferta) y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.
ARTÍCULO 3: DEFINICIONES:
Para la aplicación del presente Manual se tendrán en cuenta las siguientes definiciones, las cuales se fundamentan en las normas que regulan el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los Requisitos Esenciales para la prestación de servicios de salud y las incluidas en el Sistema Integral de Información en Salud:
a) **LA ATENCIÓN EN SALUD** en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se refiere tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud, como a los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad.
b) **PRESTACIÓN DE SALUD:** Es la provisión de todos aquellos servicios de salud en sus fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad que se prestan a la población como parte de un plan estándar de beneficios del SGSSS, ó de servicios de salud que se prestan, por fuera de los planes, a personas no afiliadas al Sistema.
c) **INTERVENCIÓN EN SALUD:** Es el conjunto de procedimientos acordes con un diagnóstico, realizados dentro de las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad.
d) **CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA O FUNCIONAL:** Es la intervención en salud que se practica sobre órganos o tejidos, con la finalidad de mejorar, restablecer o restaurar la función de los mismos o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales en otros órganos relacionados entre sí. Incluye reconstrucciones, reparaciones de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.
e) **PROCEDIMIENTO EN SALUD:** Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro de las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad.
f) **CONSULTA PRE-ANESTESIA Y PRE-QUIRÚRGICA:** Es aquel procedimiento realizado por el especialista fuera del área quirúrgica, previo a la admisión en el caso de cirugía electiva o del acto quirúrgico en paciente intrahospitalario, con el fin de planear el manejo perioperatorio, reducir la morbimortalidad y propiciar una buena relación médico paciente.
g) CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA: Esta prestación se define como la consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.

h) **INTERCONSULTA:** Es el procedimiento mediante el cual un especialista o cualquier profesional de la salud, a solicitud del médico tratante (general o especialista), emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del paciente.
i) **SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL:** Es el área física ubicada dentro o fuera de la unidad quirúrgica, dotada con el equipo específico para la práctica de un determinado tipo de procedimientos especializados, que dispone de los equipos de soporte para atender las complicaciones inherentes a su realización.
j) **SALA DE OBSERVACIÓN:** Es el área física ubicada dentro del servicio de Urgencias, que dispone de la dotación mínima según Requisitos Esenciales definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
k) **INTERNACIÓN:** Es la atención en salud institucionalizada de un paciente, con el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento disponibles como cama hospitalaria hasta veinticuatro (24) horas.
l) **HABITACIÓN BIPERSONAL:** Es la individualizada, que dentro de su área locativa dispone de una unidad sanitaria, una ducha y un guardarropas para uso exclusivo del usuario, que permite la internación de máximo dos pacientes de forma simultánea.
m) **INTERNACION EN AISLAMIENTO ESPECIAL:** Servicio de internación especial para pacientes que requieran manejo con las siguientes condiciones: 1. Aislamiento respiratorio (Ej: TBC Pulmonar**, Etc**) Varicela, Herpes zoster. 2. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones nosocomiales o complejas. 3. Pacientes referidos de otras instituciones con complicaciones de manejos previos que requieran atención en cuarto nivel. 4. Pacientes con cualquier tipo de fistulas a nivel abdominal. 5. Aislamiento por cualquier causa, incluyendo colonización por gérmenes tipo: Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (VISA), Enterococcus resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Klebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Clostridium Difficile, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii intermedio o resistente a Carbapenem, Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenems, Clostridium Difficile y productores de KPC). 6. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto físico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas. 7. Pacientes con infecciones bacterianas o virales de transmisión por aerosoles o gotas (Infección por H1N1, SARS-Cov-2 y cualquier patógeno que se transmita por esta vía). 8. Pacientes de aislamiento protector.
n) **UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO:** Son servicios de internación especial para atención de pacientes, adultos o niños críticamente enfermos, que debe cumplir con los Requisitos Esenciales definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dicha dotación se utiliza de acuerdo a los requerimientos de cada paciente. El ingreso de pacientes a estas unidades se dará de conformidad al criterio del médico responsable de la Unidad o del médico tratante *(Resolución 5521 de 2013. Artículo 28. Parágrafo 3*). La FUNDACIÓN VALLE DEL LILI adopta los criterios para internación en UCI y UCIN definidos en el acta de la asociación colombiana de medicina crítica y cuidados Intensivos de Diciembre de 2.009, sin embargo prima el concepto del médico que emita la orden de internación.
ñ) **UNIDAD ALTA COMPLEJIDAD RIESGO OBSTETRICO:** Este tipo de unidades son zonas físicas especiales dotadas con equipos y personal médico y paramédico con competencias en cuidado crítico-medicina materno fetal, destinadas a mejorar la interface entre servicios de hospitalización, cirugía y cuidados intensivos con énfasis en el trabajo multidisciplinario. Tiene como objetivo detectar tempranamente problemas asociados con el manejo del binomio materno fetal y prevenir complicaciones secundarias al mismo, así como el manejo de las condiciones no obstétricas que pueden generar morbi mortalidad materno fetal. El ingreso a esta unidad especial se fundamenta en el acta Colombiana de Cuidado Intensivo (volumen 13 Suplemento 4 / Septiembre de 2013) Consenso Colombiano que define los criterios de ingreso a esta unidad en la paciente embarazada críticamente enferma.
o) **INTERNACION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AISLAMIENTO ESPECIAL**: Habitación de Aislamiento Especial en UCI Se incluye para pacientes con las siguientes condiciones: 1. Pacientes con infección o colonización por microorganismos: Clostridium Difficile, Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (VISA), Enterococcus intermedio o resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Klebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii intermedio o resistente a Carbapenem, Pseudomonas aeruginosa intermedio o resistente a carbapenems, productores de KPC (Carbapenemasa de Klebsiella Pneumoniae). 2. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto físico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas. 3. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones nosocomiales o complejas.

p) **UNIDAD DE SALUD MENTAL (PSICOSOMATICA):** Es un servicio de internación especial ofrecido para modificar fundamentalmente las condiciones críticas o agudas del paciente (psiquiátrico en crisis) que debe cumplir con los Requisitos Esenciales definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en cuidados especiales o generales. Superado el período agudo del paciente, se brindará atención a quienes las condiciones del entorno, no les favorecen la continuidad del tratamiento y la rehabilitación a nivel ambulatorio.

q) **UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS:** Es un servicio de internación exclusivo para la atención integral del paciente crónico somático, que sufre un proceso patológico, que para mejorar su calidad de vida conviene tratarlo fundamentalmente a través de grupos interdisciplinarios de salud.

r) **SERVICIO DE URGENCIAS:** Es el conjunto de recursos humanos, infraestructura física y de dotación establecidos según Requisitos Esenciales definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que en forma independiente o dentro de una institución prestadora de servicios de salud, presta la atención de salud a personas con patología de urgencia, acorde con el grado de complejidad según la clasificación del Triage de este servicio. Los criterios de Triage de la FVL son definidos de forma institucional alineados con la norma Resolución 5596 de 2015.

s) DOTACIÓN BÁSICA: Dotación básica de elementos de enfermería necesarios para la realización de las actividades relacionadas con la higiene del paciente, control de signos vitales (temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y presión arterial), valoración de talla y peso, administración de medicamentos por vía tópica y oral, elementos de protección personal necesarios para el manejo del paciente sin criterios de aislamiento o de cuidado especial (guantes limpios y tapabocas convencionales). Se incluye para todos los servicios.

t) **VALOR FINAL DE LA PRESTACIÓN NO PBS:** No solamente es el procedimiento en sí, sino todas las tecnologías adicionales que se requieren para la prestación de la misma. Cuando se trate de un procedimiento no NOPBS con la finalidad de poder cumplir con el reporte de garantías de tecnologías no pos referido en la resolución 1885, se procederá a notificar al Minsalud los valores correspondiente en sumatoria del procedimiento, junto con los insumos incluidos y excluidos dando cumplimento al concepto de integralidad, por lo anterior los valores aquí expuestos son un aproximado del costo del mismo.

ARTÍCULO 4: La estructura de la clasificación (códigos, nomenclatura) de este manual, se define de acuerdo con la denominada LA CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD -CUPS- y los códigos propios de la Fundación Valle del Lili para los procedimientos que no están incluidos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud.

CAPÍTULO II

PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICOS

ARTÍCULO 5: Establézcase para los procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas las siguientes tarifas expresadas en unidad de valor relativo (valor en número entero).

NEUROCIRUGÍA		
CRANEO		
MALFORMACIONES CONGENITAS		
Código	**Descripción**	**UVR**
20105	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA POR CRANEOTOMIA	380
20106	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA CON AVANCEFRONTO-ORBITARIO	620
20107	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA CON AVANCEFRONTO NASAL (LEFORT III)	620
20108	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA CON AVANCEFRONTO MAXILAR (LEFORT II)	620
20110	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS MULTIPLECON BRAQUICEFALIA CON AVANCE FRONTO ORBITARIO POR CRANIECTOMIA	380
20111	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS MULTIPLECON BRAQUICEFALIA CON AVANCE FRONTO ORBITARIO VIA ENDOSCOPICA	380
21209	CORRECCION DE MENINGOCELE POR CRANIECTOMIA	315
21210	CORRECCION DE MENINGOCELE CON CRANEOPLASTIA	430
21211	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR POR CRANIECTOMIA Y PLASTIA DE MENINGE	395
21212	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR CON AVANCE FRONTO ORBITARIO Y PLASTIA DE MENINGE	700
21213	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	395
21214	CORRECCION DE MENINGOENCEFALOCELE POR CRANIECTOMIA CON PLASTIA DE MENINGE Y CRANEOPLASTIA	510
35201	CORRECCION DE ANOMALIA DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA Y DUROPL	420
35202	CORRECCION DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA C1-C2 Y DUROPLASTIA	420
LESIONES POR TRAUMA		
12102	INCISION Y DRENAJE DE SENO FRONTAL	375
12401	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL SUPRATENTORIAL POR CRANEOTOMIA	375
12402	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL FOSA POSTERIOR POR CRANEOTOMIA	375
12410	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACRANEAL POR CRANEOTOMIA	375
12501	SECUESTRECTOMIA DE CRANEO POR CRANIECTOMIA	90

12502	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL SUPRATENTORIAL POR CRANIECTOMIA	555
12503	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL FOSA POSTERIOR POR CRANIECTOMIA	555
13101	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL POR CRANEOTOMIA	285
13102	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL POR TREPANACION	285
13103	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL EN FOSA POSTERIOR POR CRANIECTOMIA	555
13104	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL POR DRENAJEEXTERNO	285
13110	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL CON REPARO DE SENOS DURALES ROTOS	455
17001	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES POR CRANEOTOMIA	525
17004	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	690
17303	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL INFRATENTORIAL	590
17806	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL DE LINEA MEDIA INTRAVENTRICULAR POR CRANEOTOMIA	590
17807	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL DE LINEA MEDIA INTRAVENTRICULAR VIA ENDOSCOPICA	590
20201	ESQUIRLECTOMIA CRANEAL A TRAVES DE TREPANACION	220
20202	DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO	355
20203	REDUCCION DE FRACTURA CRANEAL (HUNDIMIENTO SIN COMPROMISO DE DURA) CON ESQUIRLECTOMIA Y CRANEOPLASTIA	390
20204	REDUCCION DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO CON PLASTIA DURAL Y LIMPIEZA HEMOSTASIA CEREBRAL (DESBRIDAMIENTO)	435
LESIONES VASCULARES		
380105	TROMBECTOMIA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVASCULAR	560
381101	ENDARTERECTOMIA DE LA CAROTIDA INTERNA PORCION INTRACRANEAL	560
381203	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIA CAROTIDA INTERNA O ARTERIA VERTEBRAL PORCION CERVICAL	365
383107	RESECCION DE MALFORMACION VASCULAR SUPRATENTORIAL	855
383108	RESECCION DE MALFORMACION VASCULAR INFRATENTORIAL	880
383201	RESECCION DE MALFORMACION ARTERIOVENOSADE CUERO CABELLUDO CARA O CUELLO	165
385107	CIERRE PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ABIERTA	685
TUMORES		
15101	RESECCION TUMOR OSEO POR CRANEOTOMIA	85
15102	RESECCION TUMOR OSEO POR CRANIECTOMIA	100
15201	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA CRANEOFACIAL ANTERIOR	730
15202	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA CRANEOFACIAL ANTEROLATERAL	730
15203	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA ANTEROLATERAL Y RINOTOMIA LATERAL	730
15204	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA TRANSZIGOMATICA Y TRANSPALATAL	730
15301	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR CRANEOTOMIA FRONTAL Y OSTEOTOMIA FRONTO ETMOIDAL	730
15302	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ABORDAJE TRANSMAXILAR	730
15304	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL Y OSTEOTOMIA ZIGOMATICA	730
15305	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL EXTENDIDA	730
15306	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL	700
15307	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA PREAURICULAR INFRATENTORIAL Y CERVICOTOMIA	730
15308	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL	730
15309	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ORBITOTOMIA LATERAL	730
15310	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA TRANSESFENOIDAL	820
15311	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA TRANSESFENOIDAL ENDOSCOPICA	685
15313	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA ENDONASAL (EXTENDIDA)	500
15401	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR VIA EXTREMO LATERAL	945
15402	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL	945
15403	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOM	945

15404	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR VIA TRANSORAL	945
15405	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR VIA MAXILOTOMIA EXTENDIDA	945
15406	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR VIA TRANSLABERINTICA	945
15407	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR VIA TRANSCOCLEAR	945
15408	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR VIA FOSA MEDIA	945
15409	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR VIA SUBOCCIPITAL RETROMASTOIDEA	945
16101	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL PORCRANEOTOMIA	190
16102	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL PORCRANIECTOMIA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA	305
16201	RESECCION TUMOR DE LA HOZ POR CRANEOTOMIA Y PLASTIA	305
16301	RESECCION TUMOR DEL TENTORIO POR CRANEOTOMIA	190
17201	RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO POR CRANEOTOMIA	730
17202	RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO POR CRANEOTOMIA OSTEOPLASTICA	815
17203	RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA	730
17204	RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICOCON ESTIMULACION CORTICAL	700
17301	RESECCION TUMOR INTRACEREBELOSO POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	945
17401	RESECCION DE LESION O TUMOR DE LINEA MEDIA SUPRATENTORIAL POR CRANEOTOMIA	945
17403	RESECCION DE LESION O TUMOR DE LINEA MEDIA SUPRATENTORIALES VIA ENDOSCOPICA	700
17404	RESECCION DE LESION O TUMOR DE LA REGION PINEAL VIA SUPRATENTORIAL	700
17405	RESECCION DE LESION O TUMOR DE LA REGION PINEAL VIA INFRATENTORIAL	700
17406	RESECCION DE LESION O TUMOR DE LA REGION PINEAL VIA ENDOSCOPICA	700
17501	RESECCION DE TUMOR DE LINEA MEDIA INFRATENTORIAL EXTRA AXIAL POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	945
17504	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES) PORCRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	945
17505	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES) PORCRANEOTOMIA DE FOSA MEDIA	945
17508	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL) POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	945
17509	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL) POR CRANEOTOMIA SUBTEMPORAL	945
17601	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES POR CRANEOTOMIA	700
17603	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES POR ENDOSCOPIA	700
17701	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	945
17801	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA POR CRANEOTOMIA	945
17803	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA VIA ENDOSCOPICA	945
20401	CORRECCION DE DEFECTO OSEO PRE-EXISTENTE POR CRANEOPLASTIA CON INJERTO AUTOLOGOO HETEROLOGO	240
40701	RESECCION DE TUMOR PRIMARIO DEL NERVIO OPTICO POR CRANEOTOMIA SUBFRONTAL	730
71401	BIOPSIA DE HIPOFISIS VIA TRANSESFENOIDAL	635
75300	ESCISION PARCIAL DE GLANDULA PINEAL SOD	945
75400	ESCISION TOTAL DE GLANDULA PINEAL [PINEALECTOMIA] SOD	945
76100	ESCISION PARCIAL DE HIPOFISIS VIA TRANSFRONTAL SOD	945
76200	ESCISION PARCIAL DE HIPOFISIS VIA TRANSESFENOIDAL SOD	635
76400	ESCISION TOTAL DE HIPOFISIS VIA TRANSFRONTAL SOD	945
76500	ESCISION TOTAL DE HIPOFISIS VIA TRANSESFENOIDAL SOD	685
CIRUGIA PARA EPILEPSIA, PROCEDIMIENTOS NEUROFISIOLOGICOS Y DOLOR		
13202	SECCION DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES) POR CRANEOTOMIA	335
18103	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL ANATOMICA POR CRANEOTOMIA	610
18104	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL FUNCIONAL POR CRANEOTOMIA	610
18201	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	610
19101	LOBECTOMIA POR CRANEOTOMIA	375

19201	LOBECTOMIA POR CRANIECTOMIA	375
28302	COLOCACION DE ELECTRODO EPIDURAL TRANSITORIO	290
28303	IMPLANTACION DE ELECTRODO INTRACRANEAL PROFUNDO	230
28304	IMPLANTACION DE RECEPTOR ELECTROENCEFALOGRAFICO POR TREPANACION	290
44101	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO TRIGEMINAL POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	355
44201	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO OPTICO POR CRANEOTOMIA	355
44203	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)	355
44204	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO ACUSTICO VESTIBULAR	355
44205	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO FACIAL	355
44206	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO FACIAL POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	355
44207	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSLABERINTICA	355
44208	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSMASTOIDEA	355
DERIVACIONES DE L.C.R.		
13105	DRENAJE DE ESPACIO SUBARACNOIDEO POR DERIVACION CISTO PERITONEAL	210
13106	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL POR DERIVACION SUBDURO PERITONEAL	210
22101	DERIVACION DE VENTRICULO A CISTERNA MAGNA	210
22201	COLOCACION DE CATETER VENTRICULAR AL EXTERIOR	150
22202	DERIVACION VENTRICULAR A ESPACIO SUBARACNOIDEO CERVICAL	210
22401	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL SIN VALVULA POR CRANEOTOMIA	210
22402	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL CON VALVULA POR CRANEOTOMIA	210
22403	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL SIN VALVULA VIA ENDOSCOPICA	210
22404	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL CON VALVULA VIA ENDOSCOPICA	210
23201	DERIVACION VENTRICULOATRIAL	210
23402	DERIVACION CISTO PERITONEAL (QUISTE VENTRICULAR A PERITONEO)	210
23403	DERIVACION VENTRICULAR A CAVIDAD Y ORGANOS ABDOMINALES	210
23404	DERIVACION VENTRICULAR A CAVIDAD U OTROS ORGANOS	210
24100	IRRIGACION DE DERIVACION VENTRICULAR SOD	120
24201	REEMPLAZO PARCIAL DE DERIVACION	120
24202	REEMPLAZO TOTAL DE DERIVACION	140
24300	RETIRO DE DERIVACION SOD	125
37101	DERIVACION SIRINGO PERITONEAL O RETROPERITONEAL	190
37201	DERIVACION SIRINGO SUBDURAL ESPINAL VIAABIERTA	190
37301	DERIVACION LUMBO PERITONEAL	190
37401	DERIVACION Y DRENAJE LUMBAR EXTERNA	190
37501	DERIVACION SIRINGO PLEURAL ESPINAL	190
CIRUGIA EXTEROTAXICA		
14103	TALAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA	420
14201	PALIDOTOMIA POR ESTEREOTAXIA	420
16401	DRENAJE DE QUISTE ARACNOIDEO GUIADO PORESTEREOTAXIA	250
17002	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES GUIADO POR ESTEREOTAXIA	250
17005	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR GUIADO POR ESTEREOTAXIA	250
REPAROS, DESCOMPRESIONES Y OTRAS CIRUGIAS CRANEANAS		
11302	BIOPSIA ABIERTA (CRANEOTOMIA) DE CEREBRO	210
11303	BIOPSIA DE CEREBRO POR TREPANACION	210
12101	CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL	230

12201	RETIRO O SUSTITUCION DE ELECTRODO CRANEAL PROFUNDO O INTRAPARENQUIMATOSO	114
12202	RETIRO O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPIDURAL	114
12203	RETIRO O SUSTITUCION DE ELECTRODO SUBDURAL	114
12204	RETIRO O SUSTITUCION DE ELECTRODO A NERVIO CRANEAL O PERIFERICO	114
12205	RETIRO O SUSTITUCION DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL	114
12206	REVISION DE ELECTRODO CRANEAL PROFUNDO O INTRAPARENQUIMATOSO	114
12207	REVISION DE ELECTRODO EPIDURAL	114
12208	REVISION DE ELECTRODO SUBDURAL	114
12209	REVISION DE ELECTRODO A NERVIO CRANEAL O PERIFERICO	114
15104	CORRECCION DE DISPLASIA FIBROSA DEL CRANEO POR CRANIECTOMIA	315
17209	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL SUPRATENTORIAL	385
20501	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS EN CRANEO	190
20601	CORRECCION DISPLASIA FIBROSA POR CRANEOPLASTIA	190
21101	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA POR CRANEOTOMIA	135
21102	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA CON PLASTIA DURAL	135
21103	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DECRANEO POR CRANEOTOMIA	135
21104	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DECRANEO CON PLASTIA AUTOLOGA O HETEROLOGA POR CRANEOTOMIA	135
21201	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA POR CRANEOTOMIA Y CRANEOPLASTIA	365
21202	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA POR DUROPLASTIA	135
21203	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR VIA SUBFRONTAL	250
21204	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR VIA TRANSESFENOIDAL	325
21206	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO POR CRANIECTOMIA	250
21207	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO VIA TRANSESFENOIDAL	325
21208	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO POSTERIOR VIA SUBOCCIPITAL	250
22103	CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ESTEREOTACTICA	210
35401	PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL	135
71300	BIOPSIA DE HIPOFISIS VIA TRANSFRONTAL SOD	210
71700	BIOPSIA DE GLANDULA PINEAL SOD	210
168401	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TECHO DE ORBITA	350
168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL	275
168403	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR O MEDIAL VIA ENDOSCOPICA	275
IMPLANTES		
25000	IMPLANTE DE CATETER (INTRAVENTRICULAR INTRACISTICO) CON RESERVORIO SUBCUTANEO SOD	125
28201	IMPLANTACION DE CATETER INTRACEREBRAL	75
28202	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO EXTRADURAL	75
28203	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO INTRACEREBRAL (ELECTRODOS O TRASDUCTORES)	75
COLUMNA Y MEDULA ESPINAL		
LESIONES CONGENITAS		
35103	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL CON DESCOMPRESION VIA ANTERIOR	270
35104	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL CON FUSION OSEA E INJERTO AUTOLOGOO HETEROLOGO	435
35105	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL CON RESECCION DE TABIQUE OSEO	270
35106	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL CON SECCION DE FILUM TERMINALIS	275
35107	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL CON RESECCION DE CELE DUROPLASTIA Y PLASTIA DE PIEL	345
35108	CIERRE O LIGADURA DE COMUNICACION PERSISTENTE ENTRE PIEL Y MEDULA ESPINAL (SENODERMICO)	155
35109	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL SIN INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR	285

35110	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL CON INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR	285
LESIONES POR TRAUMA		
28401	COLOCACION DE TRACTOR CEFALICO	55
28501	EXTRACCION O RETIRO DE TRACTOR CEFALICO	35
30105	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA	220
30106	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA	220
30108	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA	220
30109	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR HEMILAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA	220
30111	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA	220
30112	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	220
35402	ESQUIRLECTOMIA CON PLASTIA O INJERTO DEMENINGE ESPINAL	300
778931	RESECCION DE APOFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANSORAL	450
778954	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL TRANSORAL O TRANSNASAL	400
778955	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA ANTERIOR	400
778956	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA ANTERIOR	400
778958	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA LATERAL	400
778960	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICOTORACICA POR ESTERNOTOMIA	400
793930	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA ANTERIOR	425
793932	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA POSTERIOR	330
793935	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA ANTERIOR	375
793937	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA POSTERIOR	330
793940	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA ANTERIOR	375
793942	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA POSTERIOR	330
793944	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA ANTERIOR	375
793946	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA POSTERIOR	330
793950	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA LUMBAR O SACRA) VIA ANTERIOR	475
934101	TRACCION ESPINAL CON EMPLEO DEL DISPOSITIVO CRANEAL	65
LESIONES VASCULARES		
30404	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL CERVICAL	275
30405	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL TORACICA	275
30406	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL LUMBOSACRA	275
30407	DRENAJE DE COLECCION SUBDURAL CERVICAL	275
30408	DRENAJE DE COLECCION SUBDURAL TORACICA	275
30409	DRENAJE DE COLECCION SUBDURAL LUMBOSACRA	275
31101	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA ABIERTA	250
31102	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA PERCUTANEA	250
31103	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA ENDOSCOPICA	250
383505	RESECCION DE MALFORMACIONES VASCULARES EN VASOS ESPINALES	585
TUMORES		
33201	BIOPSIA DE TUMOR INTRADURALES (INTRAMEDULARES Y EXTRAMEDULARES) CERVICALES DORSALES LUMBOSACROS O COCCIGEOS	230
34208	RESECCION DE TUMOR O LESION O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL C1 C2 VIA ABIERTA	330
34209	RESECCION DE TUMOR O LESION O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL C1 C2 VIA PERCUTANEA	330
34212	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	340
34214	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	340
34215	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	340

34218	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	430
34220	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	430
34221	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	430
34224	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOSVIA PERCUTANEA	430
34226	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	430
34227	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	430
34229	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO SACRO VIA ABIERTA	430
34313	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	310
34314	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	310
34315	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	310
34316	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	310
34317	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	310
34318	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	310
34319	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	310
34320	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	310
34321	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	310
34322	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	310
34323	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	310
34324	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOSVIA ABIERTA	310
34325	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOSVIA PERCUTANEA	310
34326	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOSVIA ENDOSCOPICA	310
34327	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	310
34328	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	310
34329	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	310
34330	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SACRO VIA ABIERTA	310
34331	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SACRO VIA ENDOSCOPICA	310
34403	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR C1 C2 VIA ABIERTA	405
34404	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR C1 C2 VIA PERCUTANEA	405
34405	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR C1 C2 VIA ENDOSCOPICA	405
34406	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	405
34407	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	405
34408	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	405
34409	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	405
34410	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	405
34411	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	405
34412	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	405
34413	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	405
34414	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	405
34415	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	405
34416	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	405
34417	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	405
34418	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	405
34419	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	405
34420	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	405
34421	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	405

34422	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	405
34423	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	405
34424	RESECCION DE TUMOR O LESION MULTIRADICULAR SACRO VIA ABIERTA	405
34425	RESECCION DE TUMOR O LESION MULTIRADICULAR SACRO VIA ENDOSCOPICA	405
776930	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR O LATERAL TORACOABDOMINAL	300
776931	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	220
776932	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCIGEO VIA ANTERIOR	300
776933	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCIGEO VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	220
LESIONES RAQUIDEAS		
30214	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA	305
30215	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA PERCUTANE	305
30216	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPI	305
30217	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA	305
30218	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA PERCUTAN	305
30219	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ENDOSCOP	305
30220	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA	305
30221	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	305
30222	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	305
30223	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA	305
30224	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	305
30225	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	305
30226	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA	305
30227	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	305
30229	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA	305
30230	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	305
36101	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA ABIERTA	200
779952	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL MAS DE UN SEGMENTO	300
779955	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA UN SEGMENTO	300
779956	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA MAS DE UN SEGMENTO	300
779957	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA VIA POSTERIOR UN SEGMENTO	300
779958	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO	300
779959	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL UN SEGMENTO	300
779960	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL MAS DE UN SEGMENTO	300
779961	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL UN SEGMENTO	300
779962	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL MAS DE UN SEGMENTO	300
779963	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR UN SEGMENTO	300
779964	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO	300
780931	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR	250
780932	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR	170
805106	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA ANTERIOR ABIERTA	270
805107	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA ANTERIOR PERCUTANEO	270
805109	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA POSTERIOR ABIERTA	190
805111	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA POSTERIOR PERCUTANEO	190
805115	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	270
805116	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA ANTERIOR O LATERAL PERCUTANEA	270

805117	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCOPICA	270
805118	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR ABIERTA	190
805119	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR PERCUTANEA	190
805124	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	275
805126	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL PERCUTANEA	275
805128	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ABIERTA	275
805129	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR PERCUTANEA	275
CIRUGIA FUNCIONAL		
32001	CORDOTOMIA VIA ABIERTA	210
32002	CORDOTOMIA VIA PERCUTANEA	125
32003	CORDOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	125
32304	LESION DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAICES POSTERIORES [DREZ]	210
32401	MIELOTOMIA POR ABLACION VIA ABIERTA	210
38200	NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD	105
IMPLANTES		
39002	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	80
39401	RETIRO DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACION ESPINAL	55
39700	REEMPLAZO IRRIGACION O REVISION DE DERIVACION ESPINAL SOD	55
39800	RETIRO DE DERIVACION ESPINAL SOD	55
39901	REVISION DE ELECTRODOS O RECEPTORES DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL	114
348501	IMPLANTACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO VIA ABIERTA	90
348502	IMPLANTACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO POR TORACOSCOPIA O LAPAROSCOPIA	90
PRUEBAS DIAGNOSTICAS		
10101	PUNCION CISTERNAL VIA LATERAL	70
10102	PUNCION CISTERNAL VIA MEDIAL	70
10201	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE IMPLANTADO	30
10202	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR POR TREPANACION (SIN CATETER)	105
10203	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR A TRAVES DE UN RESERVORIO	30
10901	PUNCION SUBDURAL	105
33101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	40
NERVIOS CRANEANOS RAQUIDEOS Y SIMPATICO		
NERVIOS CRANEANOS		
40201	SECCION DE NERVIO TRIGEMINO POR CRANEOTOMIA	100
42102	RIZOTOMIA DE NERVIO XI POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	200
42201	NEUROLISIS DE NERVIO XI POR AMIGDALECTOMIA ESTEREOTACTICA	70
43001	ANASTOMOSIS DE NERVIO FACIAL	210
47102	REPARACION DE NERVIO FACIAL POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL	200
47108	NEUROTIZACION DE NERVIO FACIAL POR INTERPOSICION DE NERVIO	210
53207	NEUROLISIS DEL GANGLIO SIMPATICO PRESACRO [GANGLIO IMPAR DE WALTER]	70
SISTEMA SIMPATICO		
52101	GANGLIONECTOMIA ESFENOPALATINA	185
52200	SIMPATECTOMIA CERVICAL SOD	175
52300	SIMPATECTOMIA LUMBAR SOD	150
52401	SIMPATECTOMIA PRESACRA POR LAPAROTOMIA	150
PLEJOS		

52601	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO	260
52602	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO CERVICAL	290
54201	RECONSTRUCCION DE PLEJO POR NEURORRAFIA	320
55102	EXPLORACION DE PLEJO O TRONCO (CERVICALLUMBAR O SACRO)	235
55200	DESCOMPRESION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL LUMBAR O SACRO) SOD	235
779134	RESECCION DE COSTILLA CERVICAL O SUPERNUMERARIA	250
	OFTALMOLOGÍA	
	APARATO LAGRIMAL	
92001	DACRIOADENECTOMIA PARCIAL	54
92002	DACRIOADENECTOMIA TOTAL	54
94101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL SACO LAGRIMAL	40
95001	DRENAJE DEL SACO LAGRIMAL	40
96101	DACRIOCISTECTOMIA	54
97101	PLASTIA EN CANALICULOS LAGRIMALES	67
97201	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL SIMPLE	40
97301	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA CON SUTURAS	40
98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA	80
98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLEVIA EXTERNA	80
98301	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON DISPOSITIVO VIA EXTERNA	127
98302	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA	127
	PARPADOS	
80101	DRENAJE DE COLECCION POR BLEFAROTOMIA	40
82101	RESECCION DE CHALAZION VIA ANTERIOR	40
82102	RESECCION DE CHALAZION VIA POSTERIOR	40
82301	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPARPADO ESPESOR PARCIAL UN TERCIO	67
82302	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPARPADO ESPESOR PARCIAL DOS TERCIOS	120
82403	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPARPADO ESPESOR TOTAL UN TERCIO	200
82404	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPARPADO ESPESOR TOTAL DOS TERCIOS	200
82405	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPARPADO ESPESOR TOTAL MAYOR DE DOS TERCIOS	200
82406	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPARPADO ESPESOR TOTAL CON CANTO	200
82407	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPARPADO ESPESOR TOTAL CON CANTO Y VIA LAGRIMAL	200
83001	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO	134
83002	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR SUSPENSION FRONTAL CON DESLIZAMIENTO DEL MUSCULO FRONTAL	134
83003	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA ANTERIOR	134
83004	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA CONJUNTIVAL	134
83601	CORRECCION DE ENTROPION POR SUTURA (REINSERCION DE RETRACTORES)	67
83703	CORRECCION DE ECTROPION POR FIJACION CANTAL	67
83801	CANTOTOMIA	40
83802	CANTORRAFIA	40
83803	CANTOPLASTIA	54
83804	BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	134
83805	BLEFAROPLASTIA INFERIOR VIA EXTERNA	134
83806	BLEFAROPLASTIA INFERIOR VIA CONJUNTIVAL	134
83811	CORRECCION DE EPICANTO	140
86001	RECONSTRUCCION DE PARPADOS CON COLGAJO	130

86002	RECONSTRUCCION DE PARPADOS CON INJERTO	130
86003	RECONSTRUCCION DE PARPADOS POR LIBERACION DE COLGAJO	130
88001	REPARACION DE HERIDA EN CEJA	40
88201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO	40
88202	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO	80
88401	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA UNICA DE PARPADO	80
88402	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO	80
88403	SUTURA DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO	135
89210	PLASTIA DE CEJAS (FRONTOPLASTIA) POR VIA ENDOSCOPICA	200
89213	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR RESECCION	200
89214	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA	120
89215	RECONSTRUCCION DE CEJAS (FRONTOPLASTIA) POR VIA ENDOSCOPICA	200
089104-01	ABLACION DE PESTAÑAS POR ELECTROLISIS	40
CONJUNTIVA		
103101	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA	67
103102	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	94
103103	RESECCION SIMPLE DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL)	60
103104	RESECCION DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	94
103105	RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	67
103106	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	130
103107	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA SIN INJERTO	121
103108	PERITOMIA TOTAL	40
104001	REPARACION SIMPLE DE SIMBLEFARON	80
104002	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA	134
104003	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	134
106101	SUTURA EN LA CONJUNTIVA	40
ORBITA		
83809	CORRECCION DE TELECANTO CON COLGAJO	107
120001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO	114
147405	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO	240
147406	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	155
152001	ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	107
152002	ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR CON INJERTO	107
152003	ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	107
154009	TRANSPOSICION DE MUSCULOS EXTRAOCULARESA ESCLERA	120
154010	TRANSPOSICION DE MUSCULOS EXTRAOCULARESA ORBITA	120
161101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ORBITA	125
163001	EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR SIN IMPLANTE	121
163002	EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE	121
164001	ENUCLEACION SIMPLE	107
164002	ENUCLEACION CON IMPLANTE PROTESICO	107
164004	ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO	120
165001	EXENTERACION DE LA ORBITA	125
166101	INSERCION SECUNDARIA DE PROTESIS CON FORMACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES	134
168301	PLASTIA DE ORBITA CON RECONSTRUCCION DEFONDOS DE SACO CON INJERTOS	134

168405	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR O MEDIAL VIA ABIERTA	134
169201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE ORBITA	125
169202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA	107
169203	DRENAJE DE COLECCION ANTERIOR DE ORBITA	40
169204	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA	134
CORNEA Y ESCLEROTICA		
100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL	67
103204	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA	40
110002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA	67
114101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CORNEA	67
114102	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CORNEA	67
114202	CAUTERIZACION DE CORNEA ASISTIDA	40
115201	REPARACION DE DESHISCENCIA DE HERIDA CORNEAL	150
115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	170
115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	170
115306	SUTURA DE CORNEA	107
115307	QUERATECTOMIA MANUAL	67
115308	QUERATECTOMIA ASISTIDA	220
115801	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA	40
116101	QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR MANUAL	115
116102	QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR ASISTIDA	115
117402	QUERATOTOMIA INCISIONAL ASISTIDA	80
118101	QUERATOPIGMENTACION [TATUAJE DE CORNEA]	40
128101	SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA]	121
128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA VIA ABIERTA	94
128405	ABLACION DE LESION O TUMOR DE LA ESCLEROTICA	40
128801	ESCLEROPLASTIA SIMPLE	121
128802	ESCLEROPLASTIA CON INJERTO	121
IRIS Y CUERPO CILIAR		
121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS	87
121401	IRIDECTOMIA (BASAL PERIFERICA Y TOTAL)	107
123001	IRIDOPLASTIA MANUAL	121
123202	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES	112
123401	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS	121
124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS	121
124304	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR VIAEXTERNA	200
124401	RESECCION DE LESION O TUMOR EN CUERPO CILIAR	134
126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE	67
124303-02	CICLOFOTOCOAGULACION	54
CAMARA ANTERIOR Y RETINA		
125101	GONIOTOMIA	94
125401	TRABECULOTOMIA	117
125501	CICLODIALISIS (DESINSERCION PARCIAL DELCUERPO CILIAR)	67
126403	TRABECULECTOMIA CONVENCIONAL	150
126702	INSERCION DE DISPOSITIVO ANCLADO A ESCLERA	150

126703	INSERCION DE DISPOSITIVO VIA GONIOSCOPICA	150
126704	INSERCION DE DISPOSITIVO VIA EXTERNA	150
126705	REVISION ANTERIOR DE TUBO DE DISPOSITIVO	127
126706	REVISION DE DISPOSITIVO CON OBSTRUCCIONPOSTERIOR	127
129101	PARACENTESIS TERAPEUTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO	36
OPERACIONES EN LA RETINA		
142004	ABLACION DE LESION CORIORETINAL	130
142004-03	ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	110
143401-01	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINACON FOTOCOAGULACION LASER	130
143402-01	REPARACION DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACION LASER SOD	130
143404-01	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS NEUMORETINOPEXIA Y FOTOCOAGULACION LASER	200
143404-02	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS NEUMORETINOPEXIA Y CRIOTERAPIA	170
143501-01	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION Y CRIOTERAPIA	160
143501-02	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINACON DIATERMIA O CRIOTERAPIA	130
147402-02	REPARACION DE DESGARRO RETINAL RETINOPEXIA POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	130
CRISTALINO Y CUERPO VITREO		
130001	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO	134
130002	EXTRACCION EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO	134
130004	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA	134
136504	CAPSULOTOMIA MANUAL	27
137005	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR FIJADO A ESCLERA	155
138101	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR	121
147101	VITRECTOMIA ANTERIOR	135
147104	VITRECTOMIA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO	110
147401	VITRECTOMIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES	190
147402	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	240
OTORRINOLARINGOLOGÍA		
OIDO EXTERNO		
INCISIONES EN OIDO EXTERNO Y PABELLON AURICULAR		
180100	DRENAJE DE COLECCION DE PABELLON AURICULAR SOD	30
180200	DRENAJE DE COLECCION DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	30
180301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO CON INCISION	67
180302	EXTRACCION DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA	70
INCISIONES DE LESION EN OIDO EXTERNO Y PABELLON AURICULAR		
170004	APICECTOMIA FOSA MEDIA	300
170006	RESECCION PARCIAL DE HUESO TEMPORAL	180
170007	RESECCION SUBTOTAL DE HUESO TEMPORAL	180
170008	RESECCION TOTAL DE HUESO TEMPORAL	180
182100	RESECCION DE FISTULA O QUISTE PREAURICULAR SOD	74
182200	RESECCION DE APENDICE PREAURICULAR SOD	40
182300	RESECCION DE QUISTE DE PABELLON AURICULAR SOD	40
183101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	67
183102	AURICULECTOMIA PARCIAL	110
183103	AURICULECTOMIA TOTAL	120
202101	DRENAJE DE COLECCION DE MASTOIDES	54

204301	DESFUNCIONALIZACION DE LA MASTOIDES	120
204302	DESFUNCIONALIZACION DE LA MASTOIDES VIAENDOSCOPICA	130
204303	CORRECCION DE DIVERTICULO DEL SENO SIGMOIDES	250
204304	CORRECCION DE DIVERTICULO DEL SENO SIGMOIDES VIA ENDOSCOPICA	260
204305	CORRECCION DE DEFECTO OSEO EN EL TEGMENTIMPANICO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA VIA TRANSMASTOIDEA	170
204306	CORRECCION DE DEFECTO OSEO EN EL TEGMENTIMPANICO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA VIA FOSA MEDIA	250
OPERACIONES REPARADORAS DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y PABELLON AURICULAR		
184100	SUTURA DE LACERACION DE PABELLON AURICULAR SOD	40
186201	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO CON INJERTO LIBRE MICROVASCULARIZADO	200
186202	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO	140
186203	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO VIA ENDOSCOPICA	140
187107	RECONSTRUCCION DE PABELLON AURICULAR	121
OIDO MEDIO Y MASTOIDES		
INCISIONES EN TIMPANO		
200102	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA	67
200103	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA VIA ENDOSCOPICA	67
200104	TIMPANOSTOMIA CON COLOCACION DE DISPOSITIVO	67
200105	TIMPANOSTOMIA CON COLOCACION DE DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA	67
202302	TIMPANOTOMIA EXPLORATORIA VIA ENDOSCOPICA	74
OPERACIONES PLASTICAS EN OIDO MEDIO		
194105	CIERRE DE PERFORACION DE MEMBRANA TIMPANICA [MIRINGOPLASTIA]	108
194106	CIERRE DE PERFORACION DE MEMBRANA TIMPANICA [MIRINGOPLASTIA] VIA ENDOSCOPICA	108
194107	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR	108
194108	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR VIA ENDOSCOPICA	108
194201	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA OSEA	220
194202	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA OSEA VIA ENDOSCOPICA	120
194203	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE VENTANA SIN CADENA OSEA	220
194204	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE VENTANA SIN CADENA OSEA VIA ENDOSCOPICA	120
OPERACIONES EN ESTRIBO		
193001	ESTAPEDIOLISIS	248
193002	ESTAPEDIOLISIS VIA ENDOSCOPICA	248
193101	ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA CON COLOCACION DE PROTESIS	280
193102	ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA CON COLOCACION DE PROTESIS VIA ENDOSCOPICA	280
193201	REVISION DE ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA	47
193202	REVISION DE ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	47
OPERACIONES EN MASTOIDES		
170005	PETROSECTOMIA	130
199101	CIERRE DE FISTULA PERILINFATICA DE OIDOMEDIO	150
199102	CIERRE DE FISTULA PERILINFATICA DE OIDOMEDIO VIA ENDOSCOPICA	150
204001	ATICO ANTROMASTOIDECTOMIA	170
204002	ATICO ANTROMASTOIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	170
204003	MASTOIDECTOMIA CON EPITIMPANECTOMIA O TIMPANOTOMIA POSTERIOR	170
204004	MASTOIDECTOMIA CON EPITIMPANECTOMIA O TIMPANOTOMIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	170
204201	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR	200
204202	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	200

209100	REVISION DE MASTOIDECTOMIAS O MASTOIDOPLASTIAS SOD	200
OTRAS OPERACIONES EN OIDO MEDIO		
170009	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO VIA TRANSCANAL	200
170010	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y MASTOIDES VIA TRANSMASTOIDEA	200
170011	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA FOSA INFRATEMPORAL	200
170012	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA TRANSMASTOIDEA	200
170013	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA TRANSLABERINTICA	200
170014	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA TRANSCOCLEAR O TRANSCONDILAR O TRANSOTICO	200
OIDO INTERNO		
INCISIONES Y EXCISIONES EN OIDO INTERNO		
40003	RESECCION DE LESION DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VIA SUBOCCIPITAL O RETROSIGMOIDEA	225
40004	RESECCION DE LESION DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VIA TRANSLABERINTICA	225
40005	RESECCION DE LESION DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VIA TRANSOTICA O TRANSCOCLEAR	225
207302	DESCOMPRESION DE SACO ENDOLINFATICO	170
207501	LABERINTECTOMIA Y VESTIBULOTOMIA VIA TRANSMASTOIDEA	200
207502	LABERINTECTOMIA O VESTIBULOTOMIA	250
OTRAS OPERACIONES EN OIDO INTERNO		
202501	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA INTRATIMPANICA	70
203101	BIOPSIA DE OIDO MEDIO E INTERNO	149
203102	BIOPSIA DE OIDO MEDIO E INTERNO VIA ENDOSCOPICA	149
209001	CIERRE DE FISTULA DE CANALES SEMICIRCULARES BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA VIA TRANSMASTOIDEA	150
209002	CIERRE DE FISTULA DE CANALES SEMICIRCULARES BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA VIA FOSA MEDIA	200
209605	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE OIDO MEDIO	150
209701	REVISION DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE	150
209801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE	150
NARIZ Y SENOS PARANASALES		
RESECCIONES DE LESION EN LA NARIZ		
219003	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE FOSA NASAL VIA ABIERTA	87
219104	RESECCION DE LESION BENIGNA DE CAVUM VIA TRANSNASAL	300
219105	RESECCION DE LESION BENIGNA DE CAVUM VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	300
219106	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CAVUM CONEXTENSION INTRACRANEANA	300
219107	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CAVUM VIATRANSPALATINA	300
219601	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA TRANSNASAL	134
219602	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA TRANSNASALENDOSCOPICA	134
219603	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA ABIERTA	134
OPERACIONES DEL SEPTUM NASAL		
211301	DRENAJE DE LESION (COLECCION) EN PIRAMIDE NASAL	54
219604	CIERRE DE PERFORACION SEPTAL	134
OPERACIONES DE LOS CORNETES		
219302	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL	67
219303	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	67
OPERACIONES PLASTICAS EN LA NARIZ		
218101	SUTURA DE LACERACION DE NARIZ	67
218403	SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL	127
218404	SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA ABIERTA	127

218406	SEPTORRINOPLASTIA SECUNDARIA VIA ABIERTA	110
219501	SEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL	127
219502	SEPTOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	127
219503	SEPTOPLASTIA EXTRACORPOREA	134
219504	SEPTOPLASTIA REVISIONAL TRANSNASAL	127
219505	SEPTOPLASTIA REVISIONAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	127
REDUCCIONES DE FRACTURAS DE HUESOS NASALES		
218914	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA NASAL	40
218915	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA NASAL	94
OTRAS OPERACIONES EN LA NARIZ		
210001	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL	20
210002	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	20
210401	CONTROL DE EPISTAXIS POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA TRANSNASAL	120
210402	CONTROL DE EPISTAXIS POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA ENDOSCOPICA	120
210501	CONTROL DE EPISTAXIS POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VIA TRANSNASAL	120
210502	CONTROL DE EPISTAXIS POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	120
210801	CONTROL DE EPISTAXIS POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VIA TRANSNASAL	120
210802	CONTROL DE EPISTAXIS POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	120
210901	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VIA TRANSNASAL	127
210902	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	127
211202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISION VIA TRANSNASAL	60
211203	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISION VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	60
211204	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ VIA ABIERTA	60
218001	RESECCION O ABLACION DE LESION DE PIRAMIDE NASAL	54
218002	RINECTOMIA	100
219009	ESCISION O ABLACION DE LESION INTRANASAL	40
219103	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSPALATINA	121
OPERACIONES EN LOS SENOS PARANASALES		
42202	NEUROLISIS DE NERVIO VIDIANO POR ELECTROCOAGULACION O ESCISION	150
219005	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA CRANEOFACIAL	180
219006	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSORBITARIA	180
219007	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR RINOTOMIA LATERAL	180
219008	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR DESPEGAMIENTO FACIAL VIA SUBLABIAL	180
222104	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO INFERIOR VIA TRANSNASAL	80
222105	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO INFERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	80
222108	ASPIRACION O LAVADO O DRENAJE DE SENO MAXILAR VIA OROANTRAL	21
222109	ASPIRACION O LAVADO O DRENAJE DE SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	21
223101	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VIA OROANTRAL	101
223102	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VIA TRANSNASAL	101
223103	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	101
223104	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VIA ABIERTA	101
223901	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA TRANSNASAL	80
223902	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA OROANTRAL	80
224101	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL	100
224103	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON COLGAJO OSTEOPLASTICO	120

224104	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON FRONTOTOMIA RADICAL	120
224105	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL	120
224106	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA SIN COLGAJO OSTEOPLASTICO	94
224107	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA CON COLGAJO OSTEOPLASTICO	120
224203	RESECCION DE LESIONES BENIGNAS DE SENOSFRONTAL O ETMOIDAL VIA TRANSNASAL	94
224204	RESECCION DE LESIONES BENIGNAS DE SENOSFRONTAL O ETMOIDAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	94
225001	ANTROSTOMIA MAXILAR REVISIONAL	80
225301	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALESVIA TRANSNASAL	160
225302	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALESVIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	160
226101	ESCISION DE LESION DE SENO MAXILAR VIA OROANTRAL	80
226205	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL	180
226206	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	180
226207	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR CON MAXILECTOMIA MEDIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	180
226208	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA ABIERTA	180
226301	FRONTO ETMOIDECTOMIA EXTERNA	107
226302	ETMOIDECTOMIA EXTERNA	80
226303	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR TRANSNASAL	107
226305	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	270
226309	MAXILOETMOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	150
226405	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VIA TRANSNASAL	127
226406	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	127
227101	CIERRE DE FISTULA OROANTRAL	94
228101	DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSNASAL VIA ENDOSCOPICA	128
228102	DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSTIMPANICA VIA ENDOSCOPICA	128
LARINGE Y TRAQUEA		
INCIONES EN LARINGE Y TRAQUEA		
305101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LARINGEVIA ABIERTA	90
311101	CRICOTIROTOMIA VIA ABIERTA	74
311301	TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA	90
311302	TRAQUEOSTOMIA VIA PERCUTANEA	55
311401	PUNCION (ASPIRACION) TRANSTRAQUEAL VIA PERCUTANEA	35
313101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEAVIA ABIERTA	90
317401	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA	75
317402	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA	75
EXCISIONES DE LESION DE LARINGE, CUERDA VOCALES Y TRAQUEA		
300103	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR (MARSUPIALIZACION) VIA ENDOSCOPICA	120
300402	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA	120
RESECCIONES EN LARINGE		
301105	HEMILARINGECTOMIA SUPRAGLOTICA VIA ABIERTA	200
301106	HEMILARINGECTOMIA SUPRAGLOTICA VIA ENDOSCOPICA	200
301107	HEMILARINGECTOMIA SUPRAGLOTICA AMPLIADAVIA ABIERTA	200
301108	HEMILARINGECTOMIA SUPRAGLOTICA AMPLIADAVIA ENDOSCOPICA	200
301109	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL VIA ABIERTA	200
301110	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL VIA ENDOSCOPICA	200
301111	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL AMPLIADA VIAABIERTA	200

301112	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL AMPLIADA VIAENDOSCOPICA	200
301201	EPIGLOTIDECTOMIA VIA ABIERTA	200
301202	EPIGLOTIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	200
301303	ARITENOIDECTOMIA BILATERAL VIA ABIERTA	263
301305	ARITENOIDECTOMIA UNILATERAL VIA ABIERTA	162
301401	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	200
301402	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA	200
301403	CORDECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	200
301404	CORDECTOMIA TOTAL VIA ENDOSCOPICA	200
303201	LARINGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	250
304101	LARINGECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA	250
REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN LARINGE		
306301	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN LARINGE VIA ABIERTA	80
306302	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN LARINGE VIA ENDOSCOPICA	80
306401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO LARINGEO VIA ABIERTA	40
RECONSTRUCCION PLASTICA EN TRAQUEA		
302301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON SUTURA O ALAMBRE	250
302302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	250
302303	REDUCCION DE LUXACION DE ARITENOIDES VIA ABIERTA	95
302401	EPIGLOTOPLASTIA VIA ABIERTA	155
302402	EPIGLOTOPLASTIA VIA ENDOSCOPICA	155
302403	EPIGLOTOPEXIA VIA ABIERTA	155
302404	EPIGLOTOPEXIA VIA ENDOSCOPICA	155
302405	ARITENOPLASTIA VIA ABIERTA	155
302406	ARITENOPLASTIA VIA ENDOSCOPICA	155
303103	LARINGOFARINGECTOMIA CON RECONSTRUCCIONCON COLGAJO FASCIOCUTANEO O MIOCUTANEO A DISTANCIA	250
317504	RECONSTRUCCION LARINGOTRAQUEAL CON INJERTO (ANTERIOR O POSTERIOR)	250
OTRAS OPERACIONES EN LARINGE Y TRAQUEA		
40301	SECCION DE NERVIO LARINGEO RECURRENTE	60
302102	FISTULECTOMIA LARINGOTRAQUEAL VIA ABIERTA	90
306201	DILATACION DE LARINGE	60
306501	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO VIA PERCUTANEA	150
306502	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO VIA ENDOSCOPICA	150
306503	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VIA PERCUTANEA	150
306504	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VIA ENDOSCOPICA	150
306505	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIATERAPEUTICA VIA PERCUTANEA	150
317101	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA VIA ABIERTA	95
317102	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	95
317202	CIERRE DE FISTULA TRAQUEO CUTANEA	90
319201	DILATACION DE LA TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	60
FARINGE, AMIGDALAS Y ADENOIDES		
EXCISION EN AMIGDALAS Y ADENOIDES		
282101	AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA	94
284101	RESECCION DE RESTOS ADENOAMIGDALINOS	54
286101	ADENOIDECTOMIA VIA ABIERTA	54

284101-01	ADENOAMIGDALECTOMIA SOD	121
OTRAS OPERACIONES EN AMIGDALAS Y ADENOIDES		
287101	CONTROL DE HEMORRAGIA POS AMIGDALECTOMIA	94
287102	CONTROL DE HEMORRAGIA POS ADENOIDECTOMIA VIA ABIERTA	94
287103	CONTROL DE HEMORRAGIA POS ADENOIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	94
OPERACIONES EN FARINGE		
280001	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALINAS VIA TRANSORAL	50
285103	RESECCION O ABLACION DE AMIGDALA LINGUAL BANDAS FARINGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGENITA VIA ABIERTA	67
290402	DRENAJE DE FARINGE VIA ENDOSCOPICA	67
293101	MIOTOMIA CRICOFARINGEA VIA ABIERTA	290
293102	MIOTOMIA CRICOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA	290
293305	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA	94
293306	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ENDOSCOPICA	94
293307	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA	134
293308	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VIA ENDOSCOPICA	134
293309	DIVERTICULECTOMIA FARINGEA VIA ABIERTA	121
293402	FARINGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	240
293403	FARINGECTOMIA TOTAL VIA ENDOSCOPICA	240
294301	FISTULECTOMIA FARINGEA	94
294401	LISIS DE ADHERENCIAS FARINGEAS VIA ABIERTA	54
300101	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR VIA ABIERTA	94
300201	RESECCION DE LESION EN LARINGE VIA ABIERTA	94
300401	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ANTERIOR [LARINGOFISURA]	54
315001	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ABIERTA	70
REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN FARINGE		
290201	FARINGOSTOMIA VIA ABIERTA	80
294101	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ABIERTA	134
294102	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA	134
294201	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ABIERTA	134
294202	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA	134
295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO	110
295201	RESECCION DE FISTULA BRANQUIAL	94
295601	FARINGOPLASTIA POR IMPLANTE FARINGEO	110
295602	FARINGOPLASTIA POR COLGAJO FARINGEO DE BASE SUPERIOR O INFERIOR	110
295603	FARINGOPLASTIA POR ENTRECRUZAMIENTO DE PILARES	110
295604	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO POSTERIOR Y DESPLAZAMIENTO DE PILARES [TECNICA HOGAN]	175
OTRAS OPERACIONES EN FARINGE		
290301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE VIA ABIERTA	121
294001	DILATACION DE NASOFARINGE	40
294002	DILATACION DE OROFARINGE	40
CIRUGÍA DE CUELLO		
GLANDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES		
INCISION EN LA REGION TIROIDEA		
60201	REAPERTURA DE HERIDA DE AREA TIROIDEA VIA ABIERTA	50
60901	DRENAJE DE COLECCION EN AREA TIROIDEA POR INCISION	30

60902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISION	50
60903	EXPLORACION DE CUELLO O AREA TIROIDEA POR INCISION	50
60904	DRENAJE EN CUELLO (EXCEPTO AREA TIROIDEA) POR INCISION	70
69101	REEXPLORACION DE CUELLO Y MEDIASTINO VIA ABIERTA	50
69501	REIMPLANTE DE TEJIDO PARATIROIDEO VIA ABIERTA	142
280002	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALINAS VIA TRANSCERVICAL	70
REPARACIONES EN TIROIDES		
65101	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL PARCIAL VIAABIERTA	120
65201	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL VIA ABIERTA	150
OTRAS OPERACIONES EN TIROIDES		
67001	RESECCION DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VIA ABIERTA	180
67201	RESECCION DE FISTULA TIROGLOSA VIA ABIERTA	80
295202	RESECCION DE QUISTE BRANQUIAL	134
OPERACIONES EN LA PARATIROIDES Y CUELLO		
68101	PARATIROIDECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	165
68901	PARATIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	165
293501	RESECCION RADICAL DE OROFARINGE (TEJIDOS BLANDOS Y DUROS) VIA ABIERTA	250
398001	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) SIN ESCISION DE LA CAROTIDA	200
398002	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) CON ESCISION DE LA CAROTIDA	210
EXCISION DE HIGROMA O LINFAGIOMA DE CUELLO		
402500	ESCISION DE HIGROMA QUISTICO DE CUELLO SOD	100
402600	ESCISION DE LINFANGIOMA DE CUELLO SOD	100
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR		
VASOS SANGUINEOS PERIFERICOS		
INCISIONES Y/O RECONSTRUCCIONES EN VASOS DE EXTREMIDADES		
380301	TROMBOLECTOMIA DE ARTERIA SUBCLAVIA	80
380302	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL AXILAR	80
380303	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO	80
380304	TROMBOLECTOMIA DE VENA SUBCLAVIA	100
380306	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO	80
380500	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS ESPINALES SOD	80
380802	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	80
380902	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	80
380903	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES	80
381301	ENDARTERECTOMIA DE SUBCLAVIA	80
381303	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE BRAZO O ANTEBRAZO	80
381801	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR	80
381802	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR	80
383301	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA DE SUBCLAVIA	130
383302	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA AXILAR	130
383303	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL EN BRAZO O ANTEBRAZO	130
383304	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	180
383801	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA SUPRAPATELAR	130
383802	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA INFRAPATELAR	130
383803	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	180

383901	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL SUPRAPATELAR	130
383902	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL INFRAPATELAR	130
383903	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	130
384301	RESECCION DE SUBCLAVIA CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS	220
384302	RESECCION AXILAR CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS	220
384303	RESECCION EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS	220
384801	RESECCION ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS	220
384802	RESECCION ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS	220
384902	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	220
385201	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO	110
385301	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE SUBCLAVIA	100
385303	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO	80
385304	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	120
385801	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR	80
385802	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR	80
385901	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA SUPRAPATELAR	80
385902	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR	80
386100	TOMA DE INJERTO ARTERIAL SOD	55
386200	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD	55
386401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO) VIA ABIERTA	242
393303	SUTURA DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	85
393305	SUTURA DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO	120
393904	SUTURA SUPRAPATELAR DE VENAS VIA ABIERTA	110
393905	SUTURA SUPRAPATELAR DE VENAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	110
393906	SUTURA INFRAPATELAR DE VENAS VIA ABIERTA	113
393907	SUTURA INFRAPATELAR DE VENAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	113
394100	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE CIRUGIA VASCULAR SOD	80
397301	EXPLORACION DE ARTERIA SUBCLAVIA	90
397302	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR	90
397303	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	55
397304	EXPLORACION DE VENA SUBCLAVIA	90
397305	EXPLORACION DE VENA AXILAR	90
397306	EXPLORACION DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO	55
397307	EXPLORACION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	100
397801	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR	55
397802	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR	55
397803	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	100
397901	EXPLORACION VENOSA SUPRAPATELAR	55
397902	EXPLORACION VENOSA INFRAPATELAR	55
EXCISIONES-LIGADURAS DE VENA VARICOSA		
385905	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	150
REVASCULARIZACION DE EXTREMIDADES		
384901	TRANSPOSICION VENOSA CON SEGMENTO VALVULADO	200
392202	DERIVACION O PUENTE AXILO-AXILAR	180
392601	DERIVACION O PUENTE FEMORO-FEMORAL (CRUZADO)	150

392602	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL UNILATERAL	180
392603	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL BIFEMORAL (CRUZADO)	250
392802	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-PERONEAL	150
392804	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-TIBIAL	150
392805	DERIVACION O PUENTES DE VASOS PERIFERICOS	150
SISTEMA LINFATICO		
OPERACIONES PLASTICAS DE VASOS LINFATICOS		
406500	DERIVACION LINFOVENOSA SOD	100
407101	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFATICOS DE GRUESO CALIBRE	150
407200	LINFANGIORRAFIA SOD	60
407300	LINFANGIOPLASTIA SOD	60
407400	TRASPLANTE DE LINFATICOS AUTOGENOS SOD	150
OTRAS OPERACIONES EN LOS ELEMENTOS LINFATICOS		
406300	CIERRE DE FISTULA DEL CONDUCTO TORACICOSOD	150
406401	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO VIA ABIERTA	150
406600	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD	150
VACIAMIENTOS LINFATICOS DE CUELLO		
404001	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICALMODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VIA ABIERTA	100
404003	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICALMODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VIA ABIERTA	175
404401	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VIA ABIERTA	80
404402	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VIA ENDOSCOPICA	80
404403	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE MEDIASTINO POR CERVICOTOMIA	80
404404	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA LIMITADA	80
OPERACIONES EN ORGANOS LINFATICOS TORACICOS		
402301	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO AXILAR VIA ABIERTA	90
405101	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO AXILAR VIA ABIERTA	150
OPERACIONES EN ORGANOS LINFATICOS ABDOMINALES Y PELVICOS		
402400	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO INGUINAL SOD	150
405304	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOFEMORAL UNILATERAL VIA ABIERTA	110
405305	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOFEMORAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	110
405306	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA ABIERTA	265
405307	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	265
405404	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA ABIERTA	150
405405	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	150
405406	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA ABIERTA	130
405408	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEALVIA ABIERTA	150
405409	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEALVIA LAPAROSCOPICA	150
405502	RESECCION RADICAL DE GANGLIOS LINFATICOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA	130
VASOS SANGUINEOS DE LA CABEZA, DEL CUELLO Y DE LA BASE DEL ENCEFALO		
INCISIONES, LIGADURAS Y RECONSTRUCCIONES EN VASOS DEL CUELLO		
380202	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO	125
380203	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO	125
380204	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA II DECUELLO	125
383202	RESECCION ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO	180
383203	RESECCION ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO	180

383204	RESECCION VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO	180
383205	RESECCION VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO	180
383206	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	200
385202	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO	110
385203	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	110
385204	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO	110
393201	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA I Y III DEL CUELLO	110
393202	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA II DEL CUELLO	110
393203	SUTURA DE VENAS ZONA I Y III DE CUELLO	110
393204	SUTURA DE VENAS ZONA II DE CUELLO	110
393302	SUTURA DE ARTERIA AXILAR	170
393600	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD	142
393700	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES SOD	120
393805	SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	113
393806	SUTURA INFRAPATELAR DE ARTERIAS VIA ABIERTA	113
393807	SUTURA INFRAPATELAR DE ARTERIAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	113
397201	EXPLORACION DE ARTERIAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA	75
397202	EXPLORACION DE ARTERIAS ZONA I Y III DECUELLO	90
397203	EXPLORACION DE ARTERIAS EN ZONA II DE CUELLO	90
397204	EXPLORACION DE VENAS EN CUERO CABELLUDOY CARA	75
397205	EXPLORACION DE VENA EN ZONA I Y III DELCUELLO	90
397206	EXPLORACION DE VENA EN ZONA II DEL CUELLO	90
397207	EXPLORACION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	100
REVASCULARIZACION DE VASOS DEL CUELLO		
384201	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DEL CUELLO	300
384202	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DEL CUELLO	300
VASOS SANGUINEOS INTRA ABDOMINALES		
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LESION ARTERIAL INTRAABDOMINAL		
380601	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	100
380603	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES	200
380701	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALESVIA ABIERTA	100
380703	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES	100
381603	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA	100
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ANEURISMA EN VASOS INTRAABDOMINALES		
381400	ENDARTERECTOMIA DE AORTA SOD	185
384400	RESECCION CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL SOD	250
384600	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD	200
392604	DERIVACION AORTICO-MESENTERICO SUPERIOR	250
OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES		
381502	ENDARTERECTOMIA DE VASOS TORACICOS	185
OPERACIONES EN VASOS INTRAABDOMINALES		
381601	ENDARTERECTOMIA RENAL	155
381602	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTERICA	155
381604	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES	180
383601	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE ARTERIAS ABDOMINALES	200

383701	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE VENAS ABDOMINALES	250
384700	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES SOD	250
388701	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES	125
392400	DERIVACION AORTA-RENAL SOD	240
392501	DERIVACION AORTO-FEMORAL	240
392502	DERIVACION AORTO-ILIACA	240
VASOS INTRATORACICOS		
INCISION EN VASOS INTRATORACICOS		
384500	RESECCION CON SUSTITUCION DE VASOS TORACICOS SOD	200
385501	CIERRE PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORACICOS	125
390200	ANASTOMOSIS (INJERTO) SUBCLAVIA-PULMONAR SOD	200
391201	DERIVACION YUGULO-CAVA	200
391202	DERIVACION YUGULO-ATRIAL	200
392100	ANASTOMOSIS DE VENA CAVA-ARTERIA PULMONAR SOD	200
392201	DERIVACION DE AORTA A CAROTIDA	200
392203	DERIVACION O PUENTE SUBCLAVIO-SUBCLAVIO	200
392204	DERIVACION O PUENTE AORTO-SUBCLAVIO	200
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ANEURISMA DE VASOS INTRATORACICOS E INTRABDOMINALES		
383405	RECONSTRUCION AORTICA TORACO- ABDOMINAL(METODOS CLASICO DE KOUCHOUKOSY DE LA TROMPA DE ELEFANTE)	500
383406	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA ASCENDENTE VIA ABIERTA	410
383602	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS ABDOMINALES	200
OPERACIONES EN LA AORTA TORACICA O ARTERIA PULMONAR		
359300	CREACION DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRICULO IZQUIERDO Y LA AORTA SOD	300
359401	CREACION DE CONDUCTO ENTRE AURICULA Y ARTERIA PULMONAR	300
359405	DERIVACION CAVO SUPERIOR-PULMONAR DEJANDO FLUJO ANTEROGRADO (REPARO UNO Y MEDIOVENTRICULAR)	300
390100	ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR SOD	350
CORAZON Y PERICARDIO		
INCISIONES Y RESECCIONES EN CORAZON Y PERICARDIO		
371202	PERICARDIOTOMIA VIA ABIERTA	100
373104	PERICARDIECTOMIA VIA ABIERTA	240
373106	ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO VIA ABIERTA	150
373200	ESCISION DE ANEURISMA DE CORAZON SOD	400
373303	RESECCION ENDOMIOCARDICA	400
373305	ESCISION DE TUMOR DEL CORAZON VIA ABIERTA	400
373600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDIACO SOD	310
373700	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICARDICO SOD	150
374300	PERICARDIORRAFIA SOD	125
INTERVENCIONES EN AURICULA-TABIQUES Y VENTRICULO		
358308	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON PARCHEPERICARDICO DEJANDO ARTERIA PULMONAR ANTERIOR A LA AORTA [LECOMPTE]	550
358401	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO Y CONEXION ATRIOVENTRICULAR CONCORDANTE O DISCORDANTE	550
358502	REPARO DE DEFECTO VENTRICULAR POR TRANSPOSICION AORTA CABALGAMIENTO PULMONAR [CORAZON DE TAUSSING-BING]	550
358507	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO Y CONEXION ATRIOVENTRICULAR DISCORDANTE	550
358510	REPARO INTRAVENTRICULAR DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO	550
SUTURAS EN CORAZON		
374100	CARDIORRAFIA SOD	150

374200	REPARACION DE CORAZON POR RUPTURA POSTINFARTO SOD	400
OPERACIONES DE REVASCULARIZACION CARDIACA		
360300	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TORAX ABIERTO SOD	300
OTROS PROCEDIMIENTOS EN CORAZON		
359501	REINTERVENCION POR SANGRADO DESPUES DE CIRUGIA CARDIACA	150
373307	RESECCION DE HACES ANOMALOS DEL SISTEMADE CONDUCCION VIA ABIERTA	450
376100	IMPLANTACION DE BALON CONTRAPULSACION SOD	100
396505	RETIRO DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	850
CIRUGÍA DE TORAX		
PARED DEL TORAX PLEURA Y MEDIASTINO		
OPERACIONES EN LA PARED TORACICA		
332901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON VIA ABIERTA	140
332902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON VIA ENDOSCOPICA	140
332903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON POR TORACOSCOPIA	140
340201	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	95
340301	TORACOSTOMIA VIA ABIERTA CON RESECCION COSTAL	120
340401	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE	40
340601	ESCISION O ABLACION DE LESION DE PARED TORACICA POR TORACOTOMIA	90
340701	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORACICA	95
340901	CIERRE DE TORACOSTOMIA VIA ABIERTA	120
340903	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA ANTERIOR CON COLGAJO (MUSCULAR O DE EPIPLON)	280
340905	TORACOPLASTIA CON CIERRE DE FISTULA BRONCOPLEURAL	250
340906	TORACOPLASTIA EXTRAPLEURAL	200
340909	RECONSTRUCCION DEL ESTERNON CON INTERPOSICION DE MUSCULOS	220
340910	RECONSTRUCCION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO	200
341101	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO PORMEDIASTINOTOMIA	120
341104	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO PORESTERNOTOMIA	120
341105	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO PORTORACOTOMIA	120
341106	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO PORTORACOSCOPIA	120
341301	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DELMEDIASTINO POR TORACOTOMIA	150
341401	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMIA	250
341501	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO POR TORACOTOMIA CON O SIN RESECCION DE COSTILLA	120
345001	TORACENTESIS DIAGNOSTICA	35
345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	45
348102	ESCISION TRANSTORACICA DE LESION O TEJIDO DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA	120
349401	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS VIA ABIERTA	200
349402	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS POR TORACOSCOPIA	200
396502	CANULACION PERIFERICA PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA[ECMO]	850
396503	CANULACION CENTRAL PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	850
396504	REACOMODACION O RECANULACION DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	850
397501	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR ESTERNOTOMIA	95
397502	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOTOMIA	95
397503	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOSCOPIA	95
776109	RESECCION TUMOR BENIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)	134
776110	RESECCION TUMOR MALIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)	100

779105	RESECCION TOTAL DE ESTERNON	155
779131	RESECCION TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMIA (UNA O MAS)	120
974300	RETIRO DE SUTURAS DE TORAX (RETIRO DE PUNTOS) SOD	67
340901-01	CIERRE DIFERIDO DE ESTERNON	200
OPERACIONES EN PLEURA		
345101	PLEURECTOMIA PARIETAL VIA ABIERTA	130
345201	PLEURODESIS QUIMICA VIA ABIERTA	80
345202	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSCOPIA	80
345203	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSTOMIA CERRADA	80
345301	DECORTICACION PULMONAR VIA ABIERTA	150
BRONQUIOS		
INCISIONES Y EXCISIONES EN BRONQUIOS		
320001	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDOEN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA	200
321001	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL VIA ABIERTA	230
321002	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL VIA ENDOSCOPICA	230
321003	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL POR TORACOSCOPIA	230
321004	CIERRE DE BRONCOSTOMIA VIA ABIERTA	140
321005	CIERRE DE BRONCOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA	140
321006	CIERRE DE BRONCOSTOMIA POR TORACOSCOPIA	140
321201	BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA	140
321202	BRONCOPLASTIA VIA ENDOSCOPICA	140
321203	BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA	140
321301	BRONCORRAFIA VIA ABIERTA	140
PULMON		
RESECCIONES EN PULMON		
321303	NEUMORRAFIA VIA ABIERTA	130
321304	NEUMORRAFIA POR TORACOSCOPIA	130
322101	RESECCION DE BULAS PULMONARES VIA ABIERTA	150
322102	RESECCION DE BULAS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	150
322201	REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR VIA ABIERTA	200
322203	REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR POR TORACOSCOPIA	200
324101	LOBECTOMIA SEGMENTARIA VIA ABIERTA	150
325101	NEUMONECTOMIA SIMPLE VIA ABIERTA	185
325102	NEUMONECTOMIA SIMPLE POR TORACOSCOPIA	185
325201	NEUMONECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA	250
325202	NEUMONECTOMIA RADICAL POR TORACOSCOPIA	250
325301	NEUMONECTOMIA CON DECORTICACION CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMIA] VIA ABIERTA	300
325302	PLEURONEUMOPERICARDIECTOMIA EXTRAPLEURAL CON RECONSTRUCCION VIA ABIERTA	300
340902	FIJACION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO	200
405202	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO VIA TORACOSCOPICA	150
ESOFAGO		
420101	DRENAJE DE COLECCION DE ESOFAGO POR ESOFAGOTOMIA VIA ABIERTA	100
421101	ESOFAGOSTOMIA CON MIOTOMIA CERVICAL VIAABIERTA	160
421102	ESOFAGOSTOMIA CON MIOTOMIA CERVICAL VIAENDOSCOPICA	160
427101	ESOFAGOTOMIA CERVICAL VIA ABIERTA	110

427102	ESOFAGOTOMIA CERVICAL VIA ENDOSCOPICA	110
427200	ESOFAGOTOMIA TRANSTORACICA CON MIOTOMIASOD	200
427300	ESOFAGOTOMIA CON MIOTOMIA EN ESPIRAL SOD	200
428300	CIERRE DE ESOFAGOSTOMIA SOD	125
429401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIOVIA CERVICAL	150
429402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIOVIA TRANSTORACICA	200
EXCISIONES DE LESIONES DE ESOFAGO		
293311	DIVERCUTILOPEXIA FARINGEA VIA ENDOSCOPICA	121
423103	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA	150
423105	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA	200
423204	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA	150
423205	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA	200
423207	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO ABDOMINAL VIA ABIERTA	200
REPARACIONES EN ESOFAGO		
424101	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	250
424201	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	280
425101	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA ABIERTA	185
425102	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA TORACOSCOPICA	185
425103	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA LAPAROSCOPICA	200
425301	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	185
425302	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA TORACOSCOPICA	185
425503	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA ABIERTA	200
425504	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA TORACOSCOPICA	200
439301	ESOFAGOGASTRECTOMIA VIA ABIERTA	205
439302	ESOFAGOGASTRECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	205
REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN ESOFAGO		
317304	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION DE ESOFAGO VIA ABIERTA	200
317305	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION DE ESOFAGO POR TORACOSCOPIA	200
427401	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] VIA ABIERTA	200
428201	ESOFAGORRAFIA POR CERVICOTOMIA	150
428202	ESOFAGORRAFIA POR TORACOTOMIA	150
428500	REPARACION DE ESTENOSIS ESOFAGICA SOD	200
428701	REPARACION DE ATRESIA ESOFAGICA VIA ABIERTA	250
428702	REPARACION DE ATRESIA ESOFAGICA POR TORACOSCOPIA	250
429102	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS POR TRANSECCION GASTRICA	170
429103	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS POR TORACOTOMIA	170
CIRUGÍA ABDOMINAL		
PARED ABDOMINAL Y PERITONEO		
CORRECION DE HERNIAS EN PARED ABDOMINAL		
534002	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA LAPAROSCOPICA	140
535001	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) ENCARCELADA VIA ABIERTA	80
535002	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	80
535101	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA ABIERTA	80
535102	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA LAPAROSCOPICA	80
535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	60

535205	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA LAPAROSCOPICA	60
536801	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL VIA ABIERTA	80
536802	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL VIA LAPAROSCOPICA	80
536803	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA ABIERTA	80
536804	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA LAPAROSCOPICA	80
536901	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	80
536902	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	80
536903	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA VIA ABIERTA	80
536904	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	80
543302	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON PROTESIS	100
547401	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA	80
547403	EVENTRORRAFIA VIA ABIERTA	80
547503	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	157
547504	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	197
CORRECION CON OTRAS HERNIAS		
348202	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA	150
348203	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA	150
348204	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA TRANSTORACICA VIA ABIERTA	150
348205	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA TRANSTORACICA POR TORACOSCOPIA	150
348601	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION VIA ABIERTA	180
348602	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION POR TORACOSCOPIA	180
536001	HERNIORRAFIA LUMBAR VIA ABIERTA	60
536002	HERNIORRAFIA LUMBAR VIA LAPAROSCOPICA	60
536101	HERNIORRAFIA OBTURADORA VIA ABIERTA	60
536102	HERNIORRAFIA OBTURADORA VIA LAPAROSCOPICA	60
536201	HERNIORRAFIA ISQUIATICA VIA ABIERTA	60
536301	HERNIORRAFIA PERINEAL VIA ABIERTA	60
536302	HERNIORRAFIA PERINEAL VIA LAPAROSCOPICA	60
536303	HERNIORRAFIA PERINEAL ABORDAJE PERINEAL	60
536501	HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA VIA ABIERTA	60
536502	HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	60
536601	HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA VIAABIERTA	60
536602	HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA VIALAPAROSCOPICA	60
536701	HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	60
536702	HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	60
537001	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA ABIERTA	180
537301	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA ABIERTA	200
537302	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA TORACOSCOPICA	200
537303	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	200
537304	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA REPRODUCIDA VIA ABIERTA	200
537305	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA REPRODUCIDA VIA TORACOSCOPICA	200
537306	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA REPRODUCIDA VIA LAPAROSCOPICA	200
INCISIONES EN LA PARED ABDOMINAL		
397400	EXPLORACION DE AORTA ABDOMINAL SOD	90
397601	EXPLORACION DE ARTERIAS ABDOMINALES	90

397700	EXPLORACION DE VENAS ABDOMINALES SOD	90
540010	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	30
541102	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	90
541703	LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO VIA ABIERTA	40
541704	LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO VIA LAPAROSCOPICA	40
543101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	30
543102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	30
543201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	55
543202	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	55
546100	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACION) SOD	60
591910	EXPLORACION DE TEJIDO PERIVESICAL	90
DRENAJE DE ABSCESOS INTRAABDOMINALES Y TRATAMIENTO DE LAS PERITONITIS GENERALIZADAS		
540004	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	100
540005	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA PERCUTANEA	100
540007	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	100
540008	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA PERCUTANEA	100
540009	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	100
540013	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	100
541701	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA	100
541702	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA LAPAROSCOPICA	100
EXTIRPACION DE LESIONES EN PARED ABDOMINAL Y PERITONEO		
541504	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	290
541505	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	290
541506	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA	290
541507	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA	290
541601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA	110
541602	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA LAPAROSCOPICA	110
544104	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	60
544105	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA	60
544106	OMENTECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	60
544107	OMENTECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	60
544200	ONFALECTOMIA SOD	60
545001	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA	140
547001	CORRECCION PARCIAL DE GASTROSQUISIS CONDISPOSITIVO	130
547101	CORRECCION TOTAL DE GASTROSQUISIS INTRAPARTO	130
547102	CORRECCION TOTAL DE GASTROSQUISIS	130
547103	CORRECCION TOTAL DE GASTROSQUISIS CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL	130
547201	CORRECCION PARCIAL DE ONFALOCELE CON DISPOSITIVO	70
547202	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE	70
547203	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL	70
547501	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VIA ABIERTA	185
547502	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VIA LAPAROSCOPICA	185
547506	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA LAPAROSCOPICA	239
547601	RESECCION DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL VIA ABIERTA	60
549201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO) POR LAPAROTOMIA	75

549501	PLICATURA DE PERITONEO [NOBLE MODIFICADA]	100
549600	INYECCION DE AIRE EN CAVIDAD PERITONEALSOD	70
599110	ESCISION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE GRANDES VASOS	200
	HIGADO Y VIAS BILIARES	
INCISION EN HIGADO		
502101	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA	110
502405	ENUCLEACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA	110
502406	ENUCLEACION DE LESION HEPATICA VIA LAPAROSCOPICA	110
RESECCION DE LESIONES DEL HIGADO		
502206	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA ABIERTA	200
502207	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA LAPAROSCOPICA	200
502208	HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO VIA ABIERTA	180
502209	HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO VIA LAPAROSCOPICA	180
502210	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	200
502211	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA LAPAROSCOPICA	200
502212	HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA VIA ABIERTA	250
502213	HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA VIA LAPAROSCOPICA	250
OPERACIONES PLASTICAS DEL HIGADO		
385602	CIERRE PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES	130
385701	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES UNA O MAS	130
385803	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	120
391701	DERIVACION PORTO-CAVA	200
391702	DERIVACION MESENTERICO-CAVA	200
391703	DERIVACION ESPLENO-RENAL	200
500101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPATICO VIA ABIERTA	110
500102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPATICO VIA LAPAROSCOPICA	110
506103	HEPATORRAFIA SIMPLE VIA ABIERTA	120
506104	HEPATORRAFIA SIMPLE VIA LAPAROSCOPICA	120
506105	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA ABIERTA	200
506106	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA LAPAROSCOPICA	200
OPERACIONES EN VÍAS BILIARES		
510101	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA ABIERTA	150
510102	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA LAPAROSCOPICA	150
513201	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A INTESTINO VIA ABIERTA	250
513601	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	250
513602	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	250
513701	HEPATICOYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA	250
514001	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	145
514301	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	145
514302	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	145
514401	INSERCION DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPATICO PARA DESCOMPRESION VIA ABIERTA	150
514402	INSERCION DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPATICO PARA DESCOMPRESION VIA LAPAROSCOPICA	150
516201	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER (AMPULECTOMIA) CON REIMPLANTACION DE COLEDOCO VIA ABIERTA	230
517101	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA ABIERTA	120
517102	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA LAPAROSCOPICA	120

517201	COLEDOCOPLASTIA VIA ABIERTA	180
517202	COLEDOCOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	180
518101	DILATACION DE ESFINTER DE ODDI	120
518301	ESFINTEROPLASTIA VIA ABIERTA	180
518302	ESFINTEROPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	180
519401	REVISION DE ANASTOMOSIS DE LAS VIAS BILIARES VIA ABIERTA	145
519402	REVISION DE ANASTOMOSIS DE LAS VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	145
INCISION EN VESICULA BILIAR		
510001	COLECISTOSTOMIA VIA ABIERTA	110
510003	COLECISTOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	110
510004	CIERRE DE COLECISTOSTOMIA VIA ABIERTA	55
510005	CIERRE DE COLECISTOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	55
519301	CIERRE DE FISTULA BILIAR VIA ABIERTA	110
519302	CIERRE DE FISTULA BILIAR VIA LAPAROSCOPICA	110
RESECCION EN VIAS BILIARES		
512101	COLECISTECTOMIA VIA ABIERTA	140
512505	RESECCION DE QUISTES DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA Y VALVULA ANTIRREFLUJO VIA ABIERTA	320
512601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	230
512602	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	230
PANCREAS		
INCISION EN PANCREAS		
520101	DRENAJE DE COLECCION DE PANCREAS VIA ABIERTA	130
520102	DRENAJE DE COLECCION DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	130
541801	MARSUPIALIZACION ABDOMINAL POR PANCREATITIS	150
RESECCION DE PANCREAS		
520201	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREASVIA ABIERTA	120
520202	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREASVIA LAPAROSCOPICA	120
522201	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE PANCREAS VIA ABIERTA	160
523101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE PANCREAS VIA ABIERTA	100
523102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	100
525001	PANCREATECTOMIA CENTRAL VIA ABIERTA	210
525002	PANCREATECTOMIA CENTRAL VIA LAPAROSCOPICA	210
525301	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA ABIERTA	280
525302	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA LAPAROSCOPICA	280
527101	PANCREATICODUODENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	300
527102	PANCREATICODUODENECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	300
527201	PANCREATICODUODENECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA	300
527202	PANCREATICODUODENECTOMIA PROXIMAL VIA LAPAROSCOPICA	300
529503	FISTULECTOMIA DE PANCREAS VIA ABIERTA	75
529504	FISTULECTOMIA DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	75
529505	SUTURA SIMPLE DE PANCREAS VIA ABIERTA	75
529506	SUTURA SIMPLE DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	75
DERIVACIONES PANCREATICAS		
524001	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA ABIERTA	160
524002	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA PERCUTANEA	160

524003	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA LAPAROSCOPICA	160
529606	ANASTOMOSIS PANCREATOENTERICA VIA ABIERTA	160
529607	ANASTOMOSIS PANCREATOENTERICA VIA LAPAROSCOPICA	160
529608	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA ABIERTA	160
529609	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA LAPAROSCOPICA	160
GLANDULAS SUPRARRENALES		
70001	EXPLORACION DE AREA SUPRARENAL VIA ABIERTA	150
70002	EXPLORACION DE AREA SUPRARENAL VIA LAPAROSCOPICA	150
72001	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL UNILATERAL VIA ABIERTA	250
72701	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL VIA ABIERTA	130
72702	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL VIA LAPAROSCOPICA	130
74101	DRENAJE DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA	90
74103	DRENAJE DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA LAPAROSCOPICA	90
BAZO		
RESECCION - REPARACION DEL BAZO		
414201	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO DE BAZO VIA ABIERTA	100
414202	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA	100
414301	ESPLENECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	110
414401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VIA ABIERTA	100
414402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VIA LAPAROSCOPICA	100
414501	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA ABIERTA	130
414502	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA LAPAROSCOPICA	130
415102	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	130
416102	ESPLENORRAFIA VIA ABIERTA	130
416103	ESPLENORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA	130
420102	DRENAJE DE COLECCION DE ESOFAGO POR ESOFAGOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	100
420103	DRENAJE DE COLECCION DE ESOFAGO POR ESOFAGOTOMIA VIA TORACOSCOPICA	100
420104	DRENAJE DE COLECCION DE ESOFAGO POR ESOFAGOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	100
ESTOMAGO		
INCISIONES EN ESTOMAGO		
430102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA VIA ABIERTA	110
430103	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA POR LAPAROSCOPIA	110
431001	GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	100
446201	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	100
446202	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	100
RESECCIONES EN ESTOMAGO		
438101	GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL VIA ABIERTA	220
438201	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCIONCON VAGOTOMIA VIA ABIERTA	200
438202	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCIONCON VAGOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	200
439001	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	250
REINTERVENCIONES		
445101	REANASTOMOSIS DEL ESTOMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VIA ABIERTA	150
445102	REANASTOMOSIS DEL ESTOMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VIA LAPAROSCOPICA	150
469401	REINTERVENCION DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VIA ABIERTA	150
469402	REINTERVENCION DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	150

OPERACIONES PLASTICAS EN ESTOMAGO		
425201	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA ABIERTA	160
425202	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA TORACOSCOPICA	160
433101	PILOROMIOTOMIA VIA ABIERTA	100
433102	PILOROMIOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	100
436101	GASTRODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	160
437101	GASTROYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA	160
438301	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA	160
438302	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA	160
438303	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA	160
438304	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA	160
439201	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DEROUX VIA ABIERTA	160
439202	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DEROUX VIA LAPAROSCOPICA	160
440102	DISECCION DEL VAGO TRONCAL [VAGOTOMIA TRONCAL] CON O SIN PILOROPLASTIA VIA ABIERTA	160
440103	DISECCION DEL VAGO TRONCAL [VAGOTOMIA TRONCAL] CON O SIN PILOROPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	160
440201	VAGOTOMIA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VIA ABIERTA	120
440202	VAGOTOMIA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VIA LAPAROSCOPICA	120
442101	DILATACION DE PILORO MEDIANTE INCISION VIA ABIERTA	100
442102	DILATACION DE PILORO MEDIANTE INCISION VIA LAPAROSCOPICA	100
442401	PILOROPLASTIA VIA ABIERTA	110
444001	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA ABIERTA	200
444002	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	200
444101	SUTURA DE ULCERA GASTRICA VIA ABIERTA	150
444102	SUTURA DE ULCERA GASTRICA VIA LAPAROSCOPICA	150
444201	SUTURA DE ULCERA DUODENAL VIA ABIERTA	150
444202	SUTURA DE ULCERA DUODENAL VIA LAPAROSCOPICA	150
444305	CONTROL DE HEMORRAGIA GASTRICA O DUODENAL CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA	105
446101	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO[GASTRORRAFIA] VIA ABIERTA	120
446102	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO[GASTRORRAFIA] VIA LAPAROSCOPICA	120
446501	ESOFAGOGASTROPLASTIA VIA ABIERTA	170
446502	ESOFAGOGASTROPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	170
446601	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CONRECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO VIA INFERIOR TRANSTORACICA	200
446602	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CONRECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR VIA ABDOMINAL	170
446603	REINTERVENCION EN ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR	170
449101	LIGADURA DE VARICES GASTRICAS VIA ABIERTA	150
449102	LIGADURA DE VARICES GASTRICAS VIA LAPAROSCOPICA	150
OTRAS OPERACIONES EN ESTOMAGO		
348301	FISTULECTOMIA TORACICOABDOMINAL	55
348302	FISTULECTOMIA TORACICOGASTRICA	55
348303	FISTULECTOMIA TORACICOINTESTINAL	55
446301	CIERRE DE OTRA FISTULA GASTRICA VIA ABIERTA	110
446302	CIERRE DE OTRA FISTULA GASTRICA VIA LAPAROSCOPICA	110
446303	CIERRE DE PERFORACION O FISTULA GASTRICA VIA ENDOSCOPICA	110
446401	GASTROPEXIA VIA ABIERTA	120
446402	GASTROPEXIA VIA LAPAROSCOPICA	120

449201	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTOMAGO (REDUCCION DE VOLVULO) VIA ABIERTA	100
449202	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTOMAGO (REDUCCION DE VOLVULO) VIA LAPAROSCOPICA	100
	INTESTINO	
INCISIONES EN INTESTINO		
450001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINALPOR ENTEROTOMIA VIA ABIERTA	110
EXTERIORIZACIONES DE INTESTINO		
460103	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	150
461301	COLOSTOMIA VIA ABIERTA	150
461302	COLOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	150
464001	REMODELACION DE ESTOMA INTESTINAL	100
468015	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	120
468016	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	150
RESECCION DE LESIONES INTESTINALES		
449501	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGASTRICO VIA ABIERTA	140
453304	RESECCION LOCAL DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA ABIERTA	120
453306	RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS VIA ABIERTA	120
454101	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	120
454102	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	120
456201	DUODENECTOMIA VIA ABIERTA	100
456202	YEYUNECTOMIA VIA ABIERTA	100
456203	ILECTOMIA VIA ABIERTA	100
456301	RESECCION TOTAL DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	100
456302	RESECCION TOTAL DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	100
456400	RESECCION INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO SOD	100
457101	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA ABIERTA	170
457301	HEMICOLECTOMIA DERECHA VIA ABIERTA	170
457401	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA ABIERTA	170
457501	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VIA ABIERTA	170
457601	SIGMOIDECTOMIA VIA ABIERTA	170
458101	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y PROCTECTOMIA VIA ABIERTA	200
458301	COLECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	200
459101	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	85
459102	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	85
459201	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VIA ABIERTA	85
459202	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VIA LAPAROSCOPICA	85
459301	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	160
459302	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	160
459401	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	85
459402	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	85
459501	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANOCON FORMACION DE RESERVORIO VIA ABIERTA	160
464003	REUBICACION DE ESTOMA INTESTINAL VIA ABIERTA	70
464004	REUBICACION DE ESTOMA INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	70
467901	RESECCION INTESTINAL Y DE QUISTE POR PERITONITIS MECONIAL	100
467902	RESECCION DE DUPLICCION INTESTINAL	100
467903	ANASTOMOSIS ILEO-COLICA LATEROLATERAL POR AGANGLIOSIS	85

OPERACIONES DEL APENDICE		
471102	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	80
ANASTOMOSIS INTESTINALES		
467001	ENTERORRAFIA VIA ABIERTA	100
467002	ENTERORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA	130
CIERRE DE ESTOMA Y FISTULAS INTESTINALES		
465101	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	140
465103	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VIALAPAROSCOPICA	110
465201	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	140
465203	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	110
467201	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA ABIERTA	140
467202	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA LAPAROSCOPICA	140
467401	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA ABIERTA	140
467402	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA LAPAROSCOPICA	140
467601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA	140
467701	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA ABIERTA	140
467702	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA LAPAROSCOPICA	140
578303	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA ABIERTA	150
578304	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	150
OTRAS OPERACIONES DEL INTESTINO		
456101	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	180
456102	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	180
466200	PLICATURA INTESTINAL [OPERACION DE NOBLE] SOD	140
467806	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA ABIERTA	110
467807	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA LAPAROSCOPICA	110
467808	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO YEYUNOE ILEON VIA ABIERTA	130
467809	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO YEYUNOE ILEON VIA LAPAROSCOPICA	130
467810	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA ABIERTA	180
467811	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA LAPAROSCOPICA	180
467812	CORRECCION DE ATRESIA DE COLON VIA ABIERTA	110
467813	CORRECCION DE ATRESIA DE COLON VIA LAPAROSCOPICA	110
468001	CORRECCION DE MALROTACION INTESTINAL	150
468011	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA	120
468012	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA	150
468022	DESCOMPRESION HIDROSTATICA DE INVAGINACION DE INTESTINO	120
468101	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL POR LAPAROTOMIA	120
591100	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES SOD	120
PROCTOLOGÍA		
RECTO		
INCISIONES EN RECTO		
483801	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO VIA RECTAL ABIERTA	50
483802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO VIA ABDOMINAL	120
488101	DRENAJE DE COLECCION RECTAL	60
488103	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL RETRORECTAL O PELVICA VIA ABIERTA	60
488104	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL RETRORECTAL O PELVICA POR LAPAROSCOPIA	60

488201	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIRRECTAL(RETRORECTAL) VIA PERINEAL O TRANSACRA	80
963800	EXTRACCION DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS SOD	60
INCISIONES DE LESIONES EN RECTO		
454205	MUCOSECTOMIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA	40
487301	FISTULECTOMIA RECTO-VAGINAL CON COLOSTOMIA	150
487302	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL CON COLOSTOMIA	150
487303	FISTULECTOMIA RECTO-URETRAL CON COLOSTOMIA	150
489200	MIOMECTOMIA ANO-RECTAL SOD	60
489302	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ENDOSCOPICA	150
RESECCIONES EN RECTO		
485001	PROCTECTOMIA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VIA ABIERTA	250
485002	PROCTECTOMIA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VIA LAPAROSCOPICA	180
485401	PROCTECTOMIA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VIA ABIERTA	240
485402	PROCTECTOMIA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VIA LAPAROSCOPICA	240
486201	RESECCION ANTERIOR DE RECTO VIA ABIERTA	220
486500	RESECCION DE MUÑON RECTAL POST-DUHAMEL SOD	130
486701	RESECCION DE LESION O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS-ANAL VIA ABIERTA	100
487602	CORRECCION DE PROLAPSO POR RESECCION DEPROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL	180
OPERACIONES PLASTICAS EN RECTO		
480100	PROCTOTOMIA VIA ABDOMINAL O PERINEAL SOD	100
486801	RESECCION DE RECTO CON RECONSTRUCCION TIPO PULL-THROUGH	120
487101	SUTURA DE LACERACION DE RECTO [PROCTORRAFIA] VIA ABIERTA	100
487102	SUTURA DE LACERACION DE RECTO [PROCTORRAFIA] VIA LAPAROSCOPICA	100
487501	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VIA ABIERTA	130
487603	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VIA ABIERTA	150
487604	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VIA LAPAROSCOPICA	150
487701	DESCENSO RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR	300
487702	DESCENSO RECTAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR	300
487704	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS VIA ABIERTA	300
487705	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS VIA LAPAROSCOPICA	300
487706	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL ENDOANAL	300
487707	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL ENDOANAL ASISTIDO POR LAPAROTOMIA	300
487708	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL ENDOANAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPIA	300
487901	REPARACION DE LESION OBSTETRICA ANTIGUADE RECTO	100
487904	CORRECCION DE LA ESTENOSIS RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR	60
487905	REPARACION DE LA ESTENOSIS RECTAL CON RESECCION DE ANILLO RECTAL	60
489100	INCISION DE ESTENOSIS RECTAL SOD	60
ANO		
INCISIONES EN ANO Y TEJIDO PERIANAL		
490100	DRENAJE DE COLECCION ISQUIORRECTAL SOD	60
490201	DRENAJE DE COLECCION PERIANAL VIA ABIERTA	60
EXCISIONES DE LESION EN ANO		
483101	ABLACION DE LESION O TEJIDO RECTAL O ANAL	70
489301	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ABIERTA	80
490401	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA	80

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE HEMORROIDES		
494004	RESECCION DE HEMORROIDES INTERNAS	100
494005	RESECCION DE HEMORROIDES EXTERNAS	100
494701	EVACUACION EN HEMORROIDES TROMBOSADAS	40
OPERACIONES PLASTICAS EN ANO		
487902	REPARACION DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACION PERIRRECTAL	60
487903	CORRECCION DE ATRESIA RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR	120
495001	ESFINTEROTOMIA ANAL VIA ABIERTA	120
497101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE ANO	30
497301	FISTULECTOMIA ANO-VESTIBULAR	140
497303	FISTULECTOMIA ANO-VAGINAL	150
497401	TRANSPOSICION DEL MUSCULO RECTO INTERNOPARA INCONTINENCIA ANAL VIA SAGITAL POSTERIOR	90
497501	CONSTRUCCION DE ANO POR AGENESIA CONGENITA	190
497502	RECONSTRUCCION DE ANO POR ATRESIA ANAL	190
497503	ESFINTEROPLASTIA ANAL	90
497504	ANOPLASTIA POR ESTENOSIS	80
497505	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULARECTO-VAGINAL	230
497506	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULARECTO-VESICAL VIA SAGITAL POSTERIOR	230
497507	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULARECTO-VESICAL VIA COMBINADA	230
497508	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULARECTO-URETRAL	230
497509	PLASTIA DE ANO [ANOPLASTIA]	170
499100	INCISION DE TABIQUE ANAL SOD	80
499400	REDUCCION DE PROLAPSO ANAL SOD	60
499500	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSOPERATORIA) DE ANO SOD	30
499600	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE SOD	20
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL QUISTE PILONIDAL		
862102	MARSUPIALIZACION DE QUISTE PILONIDAL	80
862103	RESECCION QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISION ABIERTA)	80
962200	DILATACION DEL ESFINTER ANAL SOD	20
UROLOGÍA Y NEFROLOGÍA		
RIÑON		
INCISIONES EN RIÑON		
550201	NEFROSTOMIA VIA ABIERTA	80
550202	NEFROSTOMIA VIA PERCUTANEA	80
550204	RETIRO DE NEFROSTOMIA	80
558202	CIERRE DE NEFROSTOMIA O PIELOSTOMIA VIAABIERTA	120
558203	CIERRE DE NEFROSTOMIA O PIELOSTOMIA VIALAPAROSCOPICA	120
OPERACIONES SOBRE LA PELVIS RENAL		
551101	EXPLORACION DE PELVIS RENAL POR PIELOTOMIA VIA ABIERTA	115
551201	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA ABIERTA	80
551202	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA PERCUTANEA	80
551203	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA LAPAROSCOPICA	80
592001	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ABIERTA	115
592005	PIELOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PELVIS RENAL VIA ABIERTA	115
592301	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ABIERTA	200

INCISIONES EN REGION LUMBAR		
541501	EXPLORACION DE ESPACIO RETROPERITONEAL	80
550104	DRENAJE DE COLECCION RENAL POR NEFROTOMIA	80
590101	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIAEXPLORADORA) VIA ABIERTA	80
590400	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION PERIRRENAL SOD	80
RESECCIONES RENALES		
553105	DIVERTICULECTOMIA U OBLITERACION DE DIVERTICULO DE CALIZ VIA ABIERTA	155
553106	DIVERTICULECTOMIA U OBLITERACION DE DIVERTICULO DE CALIZ VIA PERCUTANEA	155
553107	DIVERTICULECTOMIA U OBLITERACION DE DIVERTICULO DE CALIZ VIA LAPAROSCOPICA	155
554001	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROTOMIA	220
554002	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LUMBOTOMIA	220
554003	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	220
554102	HEMINEFRECTOMIA POR LUMBOTOMIA	160
554103	HEMINEFRECTOMIA POR LAPAROTOMIA	160
555101	NEFROURETERECTOMIA CON SEGMENTO DE VEJIGA VIA ABIERTA	220
555102	NEFROURETERECTOMIA TOTAL (UNILATERAL)	200
555201	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LUMBOTOMIA	200
555202	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LAPAROTOMIA	200
555203	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO VIA LAPAROSCOPICA	200
555301	REMOCION DE RIÑON TRASPLANTADO O RECHAZADO VIA ABIERTA	200
555302	REMOCION DE RIÑON TRASPLANTADO O RECHAZADO VIA LAPAROSCOPICA	200
555606	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LUMBOTOMIA	200
REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN RIÑON		
558101	NEFRORRAFIA O SUTURA DE LACERACION RENAL VIA ABIERTA	110
558301	CIERRE DE FISTULA NEFROVISCERAL VIA ABIERTA	130
558302	CIERRE DE FISTULA NEFROVISCERAL VIA LAPAROSCOPICA	130
558603	ANASTOMOSIS PIELO-URETERO-VESICAL VIA ABIERTA	100
558604	ANASTOMOSIS PIELO-URETERO-VESICAL VIA LAPAROSCOPICA	100
558605	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMIA VIA ABIERTA	100
558606	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	100
558701	PIELOPLASTIA VIA ABIERTA	200
OTRAS OPERACIONES EN RIÑON		
553101	ESCISION LOCAL O ABLACION DE LESION RENAL VIA ABIERTA	80
557001	NEFROPEXIA POR VIA ABIERTA	80
558501	SINFISIOTOMIA DE RIÑON EN HERRADURA VIAABIERTA	125
558502	SINFISIOTOMIA DE RIÑON EN HERRADURA VIALAPAROSCOPICA	125
558601	NEFRO-PIELO-URETEROSTOMIA VIA ABIERTA	99
558602	NEFRO-PIELO-URETEROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	99
559101	COLOCACION DE DISPOSITIVO (CATETER DOBLE J) ANTEROGRADO DE RIÑON A VEJIGA	264
559300	REEMPLAZO DE CATETER DE NEFROSTOMIA SOD	80
OPERACIONES PARA DIALISIS RENAL		
35501	REPARACION DE FISTULA ESPINAL DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (DUROPLASTIA ESPINAL)	420
389101	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	50
389500	CATETERIZACION VENOSA PARA DIALISIS RENAL SOD	50
392701	FORMACION DE FISTULA AV (PERIFERICA) PARA DIALISIS RENAL	130

392702	FORMACION DE FISTULA AV (PERIFERICA) PARA DIALISIS RENAL CON PROTESIS [DERIVACION AV POR CANULA EXTERNA DE SCRIBNER] [IN	130
395301	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA	140
399400	SUSTITUCION O REVISION DE CANULA VASO AVASO SOD	60
399902	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE	40
549005	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA ABIERTA	70
549006	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA PERCUTANEA	70
549011	RETIRO DE CATETER PERITONEAL PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL	40
549012	RETIRO DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIALISIS	40
549013	RETIRO DE OTRO CATETER PERITONEAL	40
559400	REEMPLAZO DE CATETER DE PIELOSTOMIA SOD	80
	URETER	
INCISION EN URETER		
561101	MEATOTOMIA URETERAL VIA ABIERTA	60
562101	EXPLORACION DE URETER POR URETEROTOMIA (VIA ABIERTA)	100
564120	ESCISION DE LESION URETERAL O PARA URETERAL	110
592101	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPOEXTRAÑO EN URETER VIA ABIERTA	110
RESECCION EN EL URETER		
564201	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR VIA ABIERTA	80
568301	CIERRE DE URETEROSTOMIA VIA ABIERTA	120
568401	CIERRE DE FISTULA URETERO-ENTERICA O URETEROVISCERAL VIA ABIERTA	120
568402	CIERRE DE FISTULA URETERO-ENTERICA O URETEROVISCERAL VIA LAPAROSCOPICA	120
568903	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA ABIERTA	180
568904	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	180
568905	RESECCION ENDOSCOPICA DE URETEROCELE	60
DERIVACIONES URETRALES		
558607	NEFROENTEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA	170
558608	NEFROENTEROSTOMIA CUTANEA VIA LAPAROSCOPICA	170
565101	URETEROILEOSTOMIA CUTANEA [CIRUGIA DE BRICKER]	180
565201	URETEROSIGMOIDOSTOMIA	170
565202	ANASTOMOSIS URETEROCOLONICA TUNELIZADA	180
565410	URETERONEOCECOCISTOPLASTIA	180
565601	URETEROENTEROSTOMIA CUTANEA	130
565610	URETEROCOLOSTOMIA	170
565710	URETERONEOPROCTOSTOMIA (ANASTOMOSIS DE URETERES A RECTO AISLADO IN SITU) [OPERACION DE HEINZ-BOYER]	180
565901	REVISION DE ANASTOMOSIS URETERO INTESTINAL VIA ABIERTA	64
565902	REVISION DE ANASTOMOSIS URETERO INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	64
566001	URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA	120
566002	URETEROSTOMIA CUTANEA VIA LAPAROSCOPICA	120
566201	REVISION DE ESTOMA DE URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA	43
566202	REVISION DE ESTOMA DE URETEROSTOMIA CUTANEA VIA LAPAROSCOPICA	43
568906	REEMPLAZO DE URETER CON SEGMENTO ILEAL IMPLANTADO EN VEJIGA VIA ABIERTA	180
568907	REEMPLAZO DE URETER CON SEGMENTO ILEAL IMPLANTADO EN VEJIGA VIA LAPAROSCOPICA	180
ANASTOMOSIS EN URETER		
567401	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS OREIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA ABIERTA	180
567402	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS OREIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA LAPAROSCOPICA	180

567403	URETERONEOCISTOSTOMIA CON TECNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL) VIA ABIERTA	180
567404	URETERONEOCISTOSTOMIA CON TECNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL) VIA LAPAROSCOPICA	180
567405	REANASTOMOSIS URETERO-VESICAL VIA ABIERTA	180
567406	REANASTOMOSIS URETERO-VESICAL VIA LAPAROSCOPICA	180
567501	TRANSURETERO-URETEROSTOMIA VIA ABIERTA	120
567502	TRANSURETERO-URETEROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	120
OPERACIONES PLASTICAS EN URETER		
564130	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL	130
568201	SUTURA DE LACERACION DE URETER O URETERORRAFIA VIA ABIERTA	110
568202	SUTURA DE LACERACION DE URETER O URETERORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA	110
568701	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL VIA ABIERTA	130
568901	INJERTO DE URETER VIA ABIERTA	121
568902	INJERTO DE URETER VIA LAPAROSCOPICA	121
590200	URETEROLISIS CON LIBERACION O REPOSICIONAMIENTO DE URETER SOD	100
590301	LIBERACION DE ADHERENCIAS PERIURETERALES Y PERICALICIALES [URETEROLISIS] O [PIELOURETEROLISIS]	100
VEJIGA		
571210	CISTOSTOMIA VIA ABIERTA	100
571220	CISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA	100
579901	ASPIRACION DE VEJIGA VIA PERCUTANEA	27
592201	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ABIERTA	80
EXCISIONES DE LESION EN LA VEJIGA POR VIA ABIERTA		
575202	RESECCION O FULGURACION SUPRAPUBICA DE LESION VESICAL VIA ABIERTA	100
575203	ENDOMETRECTOMIA DE VEJIGA VIA ABIERTA	100
575204	ENDOMETRECTOMIA DE VEJIGA VIA LAPAROSCOPICA	100
576060	RESECCION DE CUELLO VESICAL TRANSVESICAL	100
579930	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN VEJIGA	100
RESECCIONES EN VEJIGA		
576001	CISTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	140
577303	CISTECTOMIA TOTAL CON URETRECTOMIA VIA ABIERTA	240
577304	CISTECTOMIA TOTAL CON URETRECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	240
577305	EXENTERACION PELVICA MASCULINA (CON RECTO) VIA ABIERTA	300
577306	EXENTERACION PELVICA MASCULINA (CON RECTO) VIA LAPAROSCOPICA	300
577309	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA URETRA Y TEJIDO GRASO EN MUJER VIA ABIERTA	290
577310	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA URETRA Y TEJIDO GRASO EN MUJER VIA LAPAROSCOPICA	290
578801	ANASTOMOSIS DE VEJIGA CON SEGMENTO INTESTINAL	120
578802	ANASTOMOSIS CISTOCOLICA	120
688101	EXENTERACION O EVISCERACION PELVICA FEMENINA TOTAL O COMPLETA	300
688201	EXENTERACION ANTERIOR: UTERO Y VEJIGA	250
OTRAS OPERACIONES EN LA VEJIGA		
489501	CORRECCION DE EXTROFIA DE CLOACA	350
489601	CORRECCION DE CLOACA	350
492501	EVALUACION ANATOMICA O FUNCIONAL DE CLOACA	350
570501	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ABIERTA	150
572101	VESICOSTOMIA (CUTANEA)	120
572201	REVISION DE VESICOSTOMIA VIA ABIERTA	48

575103	RESECCION DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL) VIA ABIERTA	90
575104	RESECCION DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL) VIA LAPAROSCOPICA	90
575105	RESECCION DE FISTULA URACAL VIA ABIERTA	90
575106	RESECCION DE FISTULA URACAL VIA LAPAROSCOPICA	90
575107	RESECCION DE URACO VIA ABIERTA	90
578101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL[CISTORRAFIA] VIA ABIERTA	100
578201	CIERRE DE CISTOSTOMIA (FISTULECTOMIA VESICO-CUTANEA)	95
578202	CIERRE DE VESICOSTOMIA	50
578305	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA ABIERTA	135
578306	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	135
578401	FISTULECTOMIA CERVICO-VESICAL	135
578402	FISTULECTOMIA VESICO-VAGINAL	135
578403	FISTULECTOMIA UTERO-VESICAL (VESICOUTERINA)	135
578450	FISTULECTOMIA URETRO-PERINEO-VESICAL	135
578600	REPARACION DE EXTROFIA VESICAL SOD	150
578701	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO AISLADO DE ILEON	240
578702	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO DE COLON	240
578704	ILEO-CECO-CISTOPLASTIA	240
578901	CISTOPEXIA (SUSPENSION VESICAL)	70
591920	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION EN TEJIDO PERIVESICAL Y ESPACIO DE RETZIUS	70
595102	PEXIA URETRAL RETROPUBICA	100
597101	CISTOURETROPEXIA CON DISPOSITIVO (SUSPENSION DEL MUSCULO ELEVADOR)	110
597104	CISTOURETROPEXIA VAGINAL	55
597251	INYECCION PERIURETRAL ENDOSCOPICA	30
597910	URETROPEXIA ANTERIOR	90
URETRA		
INCISIONES EN LA URETRA		
580101	URETROSTOMIA	50
580110	URETROSTOMIA PERINEAL	50
592302	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA PERCUTANEA	75
OPERACIONES SOBRE EL MEATO URETRAL		
580010	RESECCION O ESCISION DE TABIQUE URETRAL	30
581010	MEATOTOMIA URETRAL EXTERNA	30
583201	FULGURACION DE LESIONES URETRALES VIA ABIERTA	30
584700	MEATOPLASTIA URETRAL SOD	30
585001	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN URETRA [URETROLISIS]	30
585010	MEATOTOMIA URETRAL INTERNA	30
EXCISIONES DE LESION EN LA URETRA		
583230	URETRECTOMIA SIMPLE VIA ABIERTA	110
583240	URETRECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA	130
584901	MARSUPIALIZACION DE DIVERTICULO URETRAL	80
586101	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA EXTERNA	35
586102	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA INTERNA	35
REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN LA URETRA		
584101	URETRORRAFIA FEMENINA	70

584102	URETRORRAFIA PENEANA	70
584103	URETRORRAFIA PERINEAL	70
584200	CIERRE DE URETROSTOMIA SOD	30
584301	CIERRE DE FISTULA URETRORECTAL	130
584302	CIERRE DE FISTULA URETRO-PERINEO-ESCROTAL	100
584303	RESECCION DE FISTULA URETROCUTANEA	100
584304	CIERRE DE FISTULA URETRO -VAGINAL	100
584305	CIERRE DE FISTULA DE NEOURETRA	100
584401	ANASTOMOSIS DE URETRA - URETRA	120
584402	REVISION DE ANASTOMOSIS DE URETRA	120
584601	URETROPLASTIA TRANSPUBICA	120
584602	URETROPLASTIA CON OTROS TEJIDOS (CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA VESICAL)	130
584603	URETROPLASTIA PERINEAL	120
597920	URETROPLASTIA DE AMPLIACION	120
OTRAS OPERACIONES EN LA URETRA		
578501	PLICATURA DE ESFINTER VESICAL	130
578502	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL	130
579950	PROCEDIMIENTO ANTI-INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA	130
583202	ESCISION DE VALVA CONGENITA DE URETRA VIA ABIERTA	55
589110	DRENAJE DE GLANDULA BULBOURETRAL	30
589120	INCISION Y DRENAJE DE COLECCIONES PERIURETRALES O URINOSOS	30
589200	ESCISION DE TEJIDO PERIURETRAL SOD	50
589302	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA ABDOMINAL	126
589303	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA PERINEAL	126
589304	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA LAPAROSCOPICA	126
589305	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PERIURETRAL	126
589404	RETIRO DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA PERINEAL	99
589405	RETIRO DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA LAPAROSCOPICA	99
589406	RETIRO DE DISPOSITIVO PERIURETRAL	99
589501	REVISION O SUSTITUCION QUIRURGICA DE DISPOSITIVO DE ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL VIA ABDOMINAL	64
589502	REVISION O SUSTITUCION QUIRURGICA DE DISPOSITIVO DE ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL VIA PERINEAL	64
589503	REVISION O SUSTITUCION QUIRURGICA DE DISPOSITIVO DE ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL VIA LAPAROSCOPICA	64
589504	REVISION O SUSTITUCION QUIRURGICA DE DISPOSITIVO DE DISPOSITIVO PERIURETRAL	64
PROSTATA Y VESICULAS SEMINALES		
INCISIONES EN PROSTATA		
600110	DRENAJE DE COLECCION EN PROSTATA VIA ABIERTA	40
600201	PROSTATOLITOTOMIA VIA ABIERTA	95
600202	PROSTATOLITOTOMIA VIA PERCUTANEA	95
600203	PROSTATOLITOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	95
608101	DRENAJE DE COLECCION PERIPROSTATICA	40
608201	ESCISION DE LESION DE TEJIDO PERIPROSTATICO	40
RESECCION DE PROSTATA		
577307	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA PROSTATA VESICULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMIA] VIA ABIERTA	280
602003	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA RETROPUBICA O TRANSVESICOCAPSULAR	200
605101	RESECCION DE PROSTATA [PROSTATECTOMIA] RADICAL [PROSTATOVESICULECTOMIA]	250

609301	REVISION Y REPARACION DE CAPSULA VIA TRANSVESICAL	130
609401	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRURGICA) DE PROSTATA VIA ABIERTA	150
INCISIONES Y/O RESECCIONES EN VESICULAR SEMINALES		
601401	BIOPSIA DE VESICULA SEMINAL VIA ABIERTA	40
607201	RESECCION DE VESICULA SEMINAL [VESICULOTOMIA]	40
TESTICULO, TUNICA VAGINAL, ESCROTO Y CORDON ESPERMATICO		
TRATAMIENTO QUIRURGICOS DE HIDROCELE, HEMATOCELE, PIOCELE Y VARICOCELE		
609100	ASPIRACION PERCUTANEA DE PROSTATA SOD	35
610101	INCISION Y DRENAJE DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS	40
612100	REPARACION O ESCISION DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMIA] DE TUNICA VAGINALIS SOD	110
619100	ASPIRACION PERCUTANEA DE TUNICA VAGINAL(HIDROCELE) SOD	35
619201	DRENAJE DE COLECCION DE TUNICA VAGINALIS	35
620100	DRENAJE POR INCISION EN TESTICULO SOD	35
629101	ASPIRACION DE TESTICULO VIA ABIERTA	35
629102	ASPIRACION DE TESTICULO VIA PERCUTANEA	35
631001	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL	55
631010	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA	110
631011	VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACION DE ARTERIA	110
631301	HIDROCELECTOMIA DE CORDON ESPERMATICO VIA INGUINAL	55
633200	RESECCION DE HEMATOCELE DE CORDON ESPERMATICO SOD	70
639002	ASPIRACION DE EPIDIDIMO VIA PERCUTANEA	30
639101	ASPIRACION DE ESPERMATOCELE VIA PERCUTANEA	30
639300	INCISION Y DRENAJE DE CORDON ESPERMATICO SOD	40
644300	CONSTRUCCION (DE NOVO) DE PENE SOD	300
646001	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS FEMINIZANTE	300
646002	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS VIRILIZANTE	300
646101	BIOPSIAS GONADAL EN GENITALES AMBIGUOS VIA ABIERTA	300
646102	BIOPSIAS GONADAL EN GENITALES AMBIGUOS VIA LAPAROSCOPICA	300
RESECCIONES LESIONES EN ESCROTO		
613102	FULGURACION DE LESION ESCROTAL	20
613401	RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO	80
613402	RESECCION TOTAL DEL ESCROTO	130
614200	FISTULECTOMIA DEL ESCROTO SOD	60
614910	RECONSTRUCCION DE ESCROTO CON COLGAJO OINJERTO PEDICULAR	100
RESECCION EN TESTICULO		
623001	ORQUIECTOMIA CON EPIDIDIDECTOMIA (RADICAL)	100
623002	RESECCION DE TESTICULO [ORQUIECTOMIA]	50
REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICASL DEL TESTICULO		
625201	IMPLANTACION DEL TESTICULO EN TEJIDOS VECINOS	130
626100	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTICULO SOD	50
627100	IMPLANTE DE PROTESIS TESTICULAR SOD	40
FIJACIONES QUIRURGICAS DEL TESTICULO		
625101	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMATICO	140
625104	FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA	50
625203	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA ABIERTA	140

625204	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	140
625205	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA ABIERTA	140
625206	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	140
OTRAS OPERACIONES EN TESTICULO, TUNICA VAGINAL, ESCROTO Y CORDON ESPERMATICO		
613101	RESECCION DE QUISTE SEBACEO EN ESCROTO	50
614100	SUTURA DE LACERACION DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS SOD	60
619202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL ESCROTO POR INCISION	30
622100	RESECCION DE LESION TESTICULAR SOD	60
629300	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTICULO SOD	70
635200	REDUCCION DE TORSION TESTICULAR O CORDON ESPERMATICO SOD	120
639600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDON ESPERMATICO Y EPIDIDIMO SOD	70
EPIDIDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE		
OPERACIONES EN EPIDIDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE		
632100	ESPERMATOCELECTOMIA O RESECCION QUISTE DEL EPIDIDIMO SOD	50
634000	EPIDIDIMECTOMIA SOD	50
636100	VASOTOMIA SOD	55
637100	LIGADURA O SECCION DE CONDUCTO DEFERENTE SOD	30
637200	LIGADURA DE CORDON ESPERMATICO SOD	30
637300	VASECTOMIA SOD	30
638201	RECONSTRUCCION DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO O VASO-VASOSTOMIA VIA ABIERTA	130
638300	EPIDIDIMOVASOSTOMIA SOD	130
639201	INCISION DEL EPIDIDIMO [EPIDIDIMOTOMIA]Y DRENAJE VIA ABIERTA	40
639202	INCISION DEL EPIDIDIMO [EPIDIDIMOTOMIA]Y DRENAJE VIA PERCUTANEO	40
PENE		
OPERACIONES EN PREPUCIO		
640000	CIRCUNCISION SOD	70
642100	FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD	20
644920	PLASTIA DE FRENILLO PENEAL	35
649100	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO SOD	30
649300	SECCION O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANASSOD	35
AMPUTACIONES DEL PENE		
643100	AMPUTACION PARCIAL DEL PENE O PENECTOMIA PARCIAL SOD	85
643200	AMPUTACION TOTAL DEL PENE O PENECTOMIA TOTAL SOD	130
REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS EN PENE		
584501	CORRECCION DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS	200
584530	MEATOPLASTIA GLANDULOPLASTIA AVANZAMIENTO [MAGPI]	200
644100	SUTURA DE LACERACION O HERIDA EN PENE SOD	30
644200	LIBERACION DE CORDEE SOD	50
644400	RECONSTRUCCION PENEANA SOD	130
644500	REIMPLANTE O RECOLOCACION DE PENE SOD	130
644902	ESCISION DE NODULOS DE ENFERMEDAD DE PEYRONIE SIN INJERTO	125
644903	ESCISION DE NODULOS DE ENFERMEDAD DE PEYRONIE CON INJERTO	125
649501	INSERCION O REEMPLAZO DE PROTESIS INTERNA DE PENE NO INFLABLE (RIGIDA O SEMIRIGIDA)	120
649601	RETIRO DE PROTESIS PENEANA INFLABLE	40
649602	RETIRO DE PROTESIS PENEANA NO INFLABLE	40

649701	INSERCION DE PROTESIS DE PENE INFLABLE	120
649702	REVISION O SUSTITUCION DE PROTESIS DE PENE INFLABLE	120
649804	CORRECCION DE ANGULACION PENEANA	100
OTRAS OPERACIONES EN PENE		
644930	INYECCION EN PLACAS DE FIBROSIS DE PENE	20
649801	DERIVACION CUERPO CAVERNOSA - CUERPO ESPONJOSA O BULBO - CAVERNOSA	130
649802	DERIVACION CUERPO-SAFENA O SAFENO-CAVERNOSA	130
649803	IRRIGACION PUNCION O DRENAJE DE CUERPO CAVERNOSO	110
649805	INCISION Y DRENAJE DE FLEGMON PENEANO	20
CIRUGÍA DE MAMA		
MAMA		
850100	DRENAJE EN MAMA DE COLECCION POR MASTOTOMIA O MAMOTOMIA SOD	30
850201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA POR MASTOTOMIA	30
RESECCIONES EN LA MAMA		
852002	ESCISION SELECTIVA DE CANAL GALACTOFORO	50
852003	ESCISION EN BLOQUE DE CONDUCTOS GALACTOFOROS	50
852100	RESECCION LOCAL DE LESION DE MAMA SOD	50
852201	RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA	80
852300	MASTECTOMIA SUBTOTAL SOD	80
852401	ESCISION DE PEZON ACCESORIO O SUPERNUMERARIO	50
852601	ESCISION DE PEZON	50
854001	MASTECTOMIA SUBCUTANEA CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	107
854002	EXTIRPACION DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMIA] SUBCUTANEA	107
854101	MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL	107
854102	MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL POR GLANDULA SUPERNUMERARIA	134
854201	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL	140
854202	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL POR GLANDULA SUPERNUMERARIA	235
854301	MASTECTOMIA SIMPLE CON ESCISION DE GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES	120
854401	MASTECTOMIA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL VIA ABIERTA	155
854501	ESCISION DE MAMA MUSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFATICO REGIONALES	150
854502	MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA UNILATERAL	140
854601	MASTECTOMIA RADICAL BILATERAL VIA ABIERTA	265
854701	ESCISION DE MAMA MUSCULOS GANGLIOS LINFATICOS (AXILARES CLAVICULARES SUPRACLAVICULARES MAMARIOS INTERNOS Y MEDIASTINICOS	150
854801	MASTECTOMIA RADICAL AMPLIADA BILATERAL VIA ABIERTA	265
GINECOLOGÍA		
OVARIO		
INCISIONES EN OVARIO		
652101	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	100
652201	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	65
652202	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	65
652401	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	70
652801	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA	110
RESECCION EN OVARIO		
653101	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	60
655101	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	100

OTRAS OPERACIONES EN OVARIO		
652305	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	125
657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMIA	55
657002	OFOROPLASTIA POR LAPAROSCOPIA	55
657801	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	75
657803	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	105
691910	CITORREDUCCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO O DE LIGAMENTO UTERO SACRO	125
TROMPA DE FALOPIO		
RESECCION EN TROMPA DE FALOPIO		
664001	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	70
665001	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	100
666110	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL	70
669101	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	100
669201	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	120
REPARACIONES EN LA TROMPA DE FALOPIO		
660201	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	75
667901	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMIA	125
669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACION DE ESTES]	110
OTRAS OPERACIONES EN LA TROMPA DE FALOPIO		
652901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	90
667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	50
667601	SALPINGOLISIS POR LAPAROTOMIA	90
669901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	90
669902	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	215
LIGAMENTO ANCHO		
OPERACIONES DEL LIGAMENTO ANCHO		
666210	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROTOMIA	110
691110	RESECCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	110
691901	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHOPOR LAPAROTOMIA	70
UTERO		
REPARACIONES EN UTERO		
692110	INTERPOSICION UTERINA [WATKINS]	80
692201	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMIA	70
INCISIONES - EXCISIONES DE LESION UTERINA		
682401	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA	100
682402	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL	100
690103	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO	50
699701	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINOVIA VAGINAL	30
OPERACIONES SOBRE EL CUELLO UTERINO		
670101	DILATACION Y CURETAJE DEL MUÑON CERVICAL	20
672001	CONIZACION CERVICAL	70
673101	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]	30
673102	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO	30
674002	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA	110
674003	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	110

675101	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA	55
675102	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROSCOPIA	55
675103	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL	55
699601	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO POR LAPAROSCOPIA	30
OPERACIONES PLASTICAS EN UTERO Y CUELLO UTERINO		
676101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL	35
676910	CORRECCION DE DESGARRO OBSTETRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	40
676920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA	55
682201	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR LAPAROTOMIA	90
694101	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMIA	80
694902	HISTEROPLASTIA POR LAPAROSCOPIA	150
755001	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUELLO UTERINO [CERVIX] POR LAPAROTOMIA	40
755002	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUELLO UTERINO [CERVIX] POR VIA VAGINAL	40
755003	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUERPO UTERINO POR LAPAROTOMIA	40
OTRAS OPERACIONES EN UTERO		
683101	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMIA	150
684103	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMIA	170
684104	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROSCOPIA	170
685102	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	150
691301	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PAREDABDOMINAL VIA LAPAROTOMIA	50
699102	INSERCION DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO NOANTICONCEPTIVO EN CERVIX	40
694101-01	CIRUGIA DE BLYNCH	150
758001-01	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO BALON DE BAKRY	150
VAGINA		
INCISIONES EN VAGINA		
701204	COLPOTOMIA	85
701301	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA	30
701410	SECCION O INCISION DE TABIQUE VAGINAL	60
701420	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL)	50
703301	RESECCION DEL TABIQUE VAGINAL	60
710101	LISIS DE ADHERENCIAS EN LA VULVA	30
RESECCION EN VAGINA		
703101	HIMENECTOMIA	30
703102	HIMENOTOMIA	30
703302	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDOVAGINAL	70
703340	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE VAGINA	95
704001	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA TOTAL	100
704002	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA PARCIAL	90
704003	OBLITERACION VAGINAL [COLPOCLEISIS]	97
OTRAS OPERACIONES EN LA VAGINA Y ANEXOS		
568403	FISTULECTOMIA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL VIA ABIERTA	215
568404	FISTULECTOMIA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL VIA LAPAROSCOPICA	215
706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL	130
706103	VAGINOPLASTIA VIA ABDOMINOPERINEAL	300
707501	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMIA	135

707502	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	135
709101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA SIN INCISION	20
709102	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISION	20
CORRECCION QUIRURGICA DE COLPO-URETRO Y ENTEROCELE		
597940	URETROCOLPOPEXIA VIA VAGINAL O ABDOMINAL	150
597941	URETROCOLPOPEXIA REPRODUCIDA VIA VAGINAL O ABDOMINAL	170
597990	REPARACION DE INCONTINENCIA URINARIA DEESFUERZO	130
705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE	70
705210	COLPORRAFIA POSTERIOR	50
705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	90
705302	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE	130
705303	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACION DE CUELLO	105
707701	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA	140
707702	COLPOPEXIA VIA VAGINAL	140
709201	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROTOMIA	140
709202	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROSCOPIA	140
709203	REPARACION DE ENTEROCELE VIA VAGINAL	70
OTRAS OPERACIONES PLASTICAS EN LA VAGINA		
706001	RECONSTRUCCION DE VAGINA	150
707120	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO III (RECTOVAGINAL CON COMPROMISO DE ESFINTER ANAL)	70
707130	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO IV (ESTALLIDO DE VEJIGA CON O SIN EVISCERACION)	110
707201	CORRECCION DE FISTULA COLOVAGINAL	130
707301	CORRECCION DE FISTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL	150
707401	CORRECCION DE OTRA FISTULA VAGINOINTESTINAL	130
717201	CORRECCION DE FISTULA DE VULVA	90
717202	CORRECCION DE FISTULA DE PERINE	90
717920	SUTURA DE DESGARRO O LACERACION NO OBSTETRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINE (MUCOSA O MUSCULO) (GRADO I-II)	50
VULVA Y PERINE		
INCISIONES EN VULVA Y PERINE		
710921	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SKENE	20
712001	DRENAJE POR PUNCION DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	20
717301	DRENAJE DE COLECCION VULVOPERINEAL	40
718101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA OPERINE SIN INCISION	20
718102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA OPERINE CON INCISION	20
EXTIRPACIONES DE LESIONES EN VULVA Y PERINE		
713401	RESECCION DE ENDOMETRIOMA EN PERINE	30
713501	RESECCION DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL	20
713502	RESECCION DE LESION VULVO-PERINEAL	20
863103	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL HASTA TRES LESIONES	20
863104	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL ENTRE TRES A DIEZ LESIONES	34
863105	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL MAS DE DIEZ LESIONES	30
EXCISIONES EN GLANDULA DE BARTHOLINO O GLANDULA DE SKENE		
712401	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN	55
713101	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE SKENE	55
OTRAS ESCISIONES DE LA VULVA		

715003	VULVECTOMIA SIMPLE UNILATERAL	40
715004	VULVECTOMIA SIMPLE BILATERAL	60
715006	VULVECTOMIA TOTAL BILATERAL	80
OPERACIONES PLASTICAS EN LA VULVA Y PERINE		
707920	CORRECCION DE LACERACION OBSTETRICA ANTIGUA EN VAGINA	50
717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES	60
717902	CORRECCION DE DESGARRO ANTIGUO EN VULVAY PERINE	50
756101	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR LAPAROTOMIA	110
756102	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR VIA VAGINAL	110
756201	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFINTER ANAL VIA VAGINAL	70
756901	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE	40
756903	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR	40
OBSTETRICIA		
UTERO		
754101	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA SIN ATENCION DEL PARTO	30
PROCEDIMIENTOS OBSTETRICOS QUIRURGICOS		
659301	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROTOMIA	75
659302	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	75
680101	HISTEROTOMIA	75
684001	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCION DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMIA	150
743101	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINALPOR LAPAROTOMIA	120
743102	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINALPOR LAPAROSCOPIA	120
743201	REMOCION DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBARICA POR LAPAROTOMIA	120
743202	REMOCION DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBARICA POR LAPAROSCOPIA	120
750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	55
750105	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACION AL VACIO	55
756910	REPARO SECUNDARIO DE EPISIOTOMIA	30
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		
HOMBRO Y BRAZO		
DESBRIDAMIENTO E INCISIONES EN HUESO		
770100	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCAPULA CLAVICULA O TORAX(COSTILLAS Y ESTERNON) SOD	54
770200	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE HUMERO SOD	114
776101	ESCISION TUMOR BENIGNO DE CLAVICULA	54
776104	ESCISION TUMOR BENIGNO DE ESCAPULA	54
776201	ESCISION TUMOR BENIGNO EN HUMERO	74
776202	ESCISION TUMOR BENIGNO EN HUMERO CON INJERTO	94
776203	ESCISION TUMOR MALIGNO EN HUMERO	94
796100	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUMERO SOD	94
808011	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO VIA ABIERTA	54
834203	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO TENDON Y FASCIA EXCEPTO MANO	54
834401	OTRA FASCIECTOMIA VIA ABIERTA	51
834601	RESECCION DE VAINA TENDINOSA FASCIA MUSCULO O TENDON; EXCEPTO MANO Y PIE VIA ABIERTA	51
834910	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS TENDONES Y FASCIA EN BRAZO	54
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS		
786101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENESCAPULA CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS YESTERNON)	60

786102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCAPULA CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) VIA ABIERTA	74
786201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENHUMERO	74
786202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUMERO VIA ABIERTA	74
839901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOSBLANDOS DE HOMBRO (MUSCULOS TENDON SINOVIAL)	60
839902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOSBLANDOS DE BRAZO (MUSCULOS TENDON SINOVIAL)	60
OSTEOTOMIA Y RESECCIONES		
772101	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	74
772102	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA	67
772104	OSTEOTOMIA DE ESCAPULA	54
772203	OSTEOTOMIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA	110
772204	OSTEOTOMIA DE HUMERO CON FIJACION EXTERNA	110
778102	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA	54
778201	RESECCION DE EPICONDILO O EPITROCLEA HUMERAL	107
778202	HEMI O DIAFISECTOMIA DE HUMERO	114
779101	RESECCION TOTAL DE ESCAPULA	107
779102	RESECCION TOTAL DE CLAVICULA	74
782104	ACORTAMIENTO DE HUMERO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	134
OPERACIONES PLASTICAS EN HUESOS Y RESECCION DE TUMORES		
776102	ESCISION TUMOR MALIGNO DE CLAVICULA	120
776105	ESCISION TUMOR MALIGNO DE ESCAPULA	120
779201	RESECCION DE HUMERO (PROXIMAL O DISTAL)	130
779203	RESECCION TOTAL O RADICAL DE HUMERO CONINJERTO	175
780101	INJERTO OSEO EN CLAVICULA	87
780201	INJERTO OSEO EN HUMERO	101
783202	ALARGAMIENTO DE HUMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION U OSTEOTOMIA	200
787100	OSTEOCLASTIA DE ESCAPULA CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD	54
792102	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE ESCAPULA O CLAVICULA	74
792103	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA CUELLO Y GLENOIDES	74
818301	ACROMIOPLASTIA VIA ABIERTA	80
843100	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE HOMBRO SOD	94
843300	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE BRAZO SOD	94
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS		
790100	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ESCAPULA CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS O ESTERNON) SOD	27
790200	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD	67
791101	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON)	34
791102	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE LESIONES INTRAARTICULARES DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	34
794101	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO SIN FIJACION	67
794102	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO CON FIJACION	80
REDUCCIONES ABIERTAS CON O SIN OSTEOSINTESIS		
781201	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN HUMERO	101
781202	COLOCACION DE DISPOSITIVO DE FIJACION EN CODO	54
785100	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA EN ESCAPULA CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD	94
785200	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE HUMERO SOD	121
791201	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE HUMERO (EPIFISIS O DIAFISIS) PERCUTANEA CON PINES	121
792200	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD	121

793101	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) DE CLAVICULA	94
793201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	127
793202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSI	134
793203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTADE TERCIO PROXIMAL HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEO	134
793204	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	134
793205	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U O	134
793206	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE EPICONDILO O EPITROCLEA DE HUMERO CON FIJACIONINTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTE	127
793210	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	105
795101	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO	121
795102	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO	134
AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES		
840001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	121
840701	AMPUTACION DE BRAZO	107
840800	DESARTICULACION DE HOMBRO SOD	130
840900	AMPUTACION INTERTORACO ESCAPULAR SOD	140
REIMPLANTES		
842401	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DE BRAZO	600
ANTEBRAZO Y CODO		
770301	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CUBITO	114
770302	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CUBITO	120
776301	ESCISION TUMOR BENIGNO EN RADIO O CUBITO	114
786301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENRADIO O CUBITO	47
786302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RADIO OCUBITO VIA ABIERTA	47
796201	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CUBITO O RADIO	94
800201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENCODO POR ARTROTOMIA	40
808021	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO VIA ABIERTA	54
808031	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA O PUÑO VIA ABIERTA	94
834920	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO	54
839903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOSBLANDOS DE ANTEBRAZO (MUSCULO TENDON SINOVIAL)	67
OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES		
772304	OSTEOTOMIA EN RADIO O CUBITO CON FIJACION INTERNA	114
772305	OSTEOTOMIA EN RADIO O CUBITO CON FIJACION EXTERNA	114
772306	OSTEOTOMIA EN RADIO Y CUBITO CON FIJACION INTERNA	120
772307	OSTEOTOMIA EN RADIO Y CUBITO CON FIJACION EXTERNA	120
778301	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN CUBITO(HEMIDIAFISECTOMIA)	114
778302	RESECCION DE EPIFISIS DE CUBITO	54
778303	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN RADIO	114
778304	RESECCION DE CUPULA DE RADIO	54
778305	RESECCION DE OLECRANON	54
778306	RESECCION DE CABEZA DE RADIO	67
779301	RESECCION TOTAL O RADICAL DE CUBITO O RADIO	110
782243	ACORTAMIENTO DE RADIO Y CUBITO MEDIANTERESECCION (OSTEOTOMIA)	120
OPERACIONES PLASTICAS EN HUESO Y RESECCION DE TUMORES		
776302	ESCISION TUMOR MALIGNO EN RADIO O CUBITO	114
780300	INJERTO OSEO EN CUBITO O RADIO SOD	121

782211	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CUBITO O RADIO	74
782213	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CUBITO Y RADIO	94
782221	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE CUBITO O RADIO	54
782223	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE RADIO Y CUBITO	74
843200	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE ANTEBRAZO SOD	101
REDUCCIONES DE FRACTURA Y LUXOFRACTURA		
790301	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO (RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL)	60
790302	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE CUBITO O RADIO	47
794201	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO SIN FIJACION	40
794202	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO CON FIJACION	47
794203	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO SIN FIJACION	60
794204	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO CON FIJACION	74
799201	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL [MONTEGGIA-GALLEAZI]	67
799202	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CODO	67
REDUCCIONES ABIERTAS CON O SIN OSTEOSINTESIS		
781301	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN RADIO O CUBITO	80
781302	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN RADIOY CUBITO	94
781304	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA	94
781401	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN MANO	80
785300	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE RADIO O CUBITO SOD	114
791301	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE CUBITO O RADIO CON FIJACION	80
792301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO O CUBITO	107
793301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA	114
793302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CUBITO O DE OLECRANON CONFIJACION INTERNA	114
793303	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CUBITO O RADIO CON FIJACIONINTERNA	114
793304	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CUPULA RADIAL) CONFIJACION INTERNA	114
793305	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION INTERNA	120
793306	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CUBITO CON FIJACIONINTERNA	120
793307	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE CUBITO Y RADIO CON FIJACION INTERNA	120
795201	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO SIN FIJACION	107
795202	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO CON FIJACION	114
795203	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO SIN FIJACION	110
795204	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION	120
798302	REDUCCION DE LUXACION RADIOCUBITAL VIA ABIERTA	80
798303	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL VIA ARTROSCOPICA	80
799204	REDUCCION ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	114
AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES		
840400	DESARTICULACION DE MUÑECA SOD	101
840500	AMPUTACION A TRAVES DE ANTEBRAZO SOD	101
840600	DESARTICULACION DE CODO SOD	134
REIMPLANTES		
842301	REIMPLANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR A NIVELDEL ANTEBRAZO	600
PELVIS Y CADERA		
DESBRIDAMIENTO E INCISIONES EN HUESO		
770920	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE HUESOS PELVIANOS	101

776920	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN HUESOS PELVIANOS	101
796903	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE PELVIS	94
808051	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CADERA VIA ABIERTA	74
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS		
786920	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENHUESOS PELVIANOS	67
786921	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS VIA ABIERTA	80
839906	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOSBLANDOS DE CADERA (MUSCULO TENDON SINOVIAL)	47
OSTEOTOMIA Y RESECCIONES PARCIALES		
772506	OSTEOTOMIA EN FEMUR MULTIPLE CON FIJACION INTERNA O EXTERNA	140
772507	OSTEOTOMIA EN FEMUR PROXIMAL (CUELLO DEFEMUR O INTERTROCANTERICA O SUBTROCANTERICA) CON FIJACION INTERNA	140
772508	OSTEOTOMIA EN FEMUR PROXIMAL (CUELLO DEFEMUR O INTERTROCANTERICA O SUBTROCANTERICA) CON FIJACION EXTERNA	140
772513	OSTEOTOMIA CON DESCENSO DEL TROCANTER MAYOR CON FIJACION INTERNA	140
772514	OSTEOTOMIA DEL TROCANTER MAYOR CON LUXACION QUIRURGICA CON FIJACION INTERNA	140
772909	OSTEOTOMIA DE PELVIS VIA ABIERTA	200
772912	OSTEOTOMIAS PERIACETABULARES (MULTIPLESCORTES) VIA ABIERTA	200
772915	RECONSTRUCCION DE PELVIS EN EXTROFIA VESICAL	200
773101	OSTEOTOMIA PERIARTICULAR UNICA	142
773103	OSTEOTOMIA INTRAARTICULAR UNICA	142
778921	RESECCION PARCIAL DE HUESOS PELVIANOS	110
OPERACIONES PLASTICAS DE HUESO Y RESECCIONES DE TUMORES		
776921	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN HUESOS PELVIANOS	160
780920	INJERTO OSEO EN PELVIS	105
843900	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE CADERA SOD	101
REDUCCION CERRADA DE FRACTURA Y LUXOFRACTURA		
790920	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS	67
791930	REDUCCION DE FRACTURA DESCOMPRESION CONINSTRUMENTACION EN SEGMENTO TORACICO O LUMBAR VIA ENDOSCOPICA	80
799501	REDUCCION DE FRACTURA INTRAARTICULAR Y LUXOFRACTURA DE CADERA	67
799502	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DEL ILIACO CON FIJACION INTERNA	67
799503	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA SACROILIACO CON FIJACION INTERNA	67
799504	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA EN RAMAS PUBIS CON FIJACION INTERNA	67
799505	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA EN SINFISIS PUBICA CON FIJACION INTERNA	67
799506	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA EN PELVIS (ACETABULO REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR) CON FIJACION INTERNA	67
799507	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETABULO REBORDE ANTERIOR POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACION INTERN	67
REDUCCIONES ABIERTAS CON O SIN OSTEOSINTESIS		
781501	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN FEMUR	94
781920	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PELVIS POR VIA ANTERIOR O POSTERIOR	94
792920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUESOS PELVIANOS	140
793910	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DEL ILIACO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	150
793911	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN RAMAS PUBIS CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOSDE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	121
793912	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SINFISIS PUBICA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	121
793920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS[ACETABULO REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR] CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE F	145
793921	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETABULO REBORDE ANTERIOR POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACION INTERNA	200
AMPUTACIONES - DESARTICULACIONES		
778922	HEMIHEMIPELVECTOMIA	210
778923	HEMIPELVECTOMIA	200

841800	DESARTICULACION DE CADERA SOD	160
	MUSLO Y RODILLA	
DESBRIDAMIENTO E INCISIONES EN HUESO		
770501	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA	114
770601	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE ROTULA VIA ABIERTA	74
776501	ESCISION TUMOR BENIGNO EN FEMUR	114
776601	ESCISION TUMOR BENIGNO EN ROTULA	74
796500	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FEMUR SOD	94
796902	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE ROTULA	94
808061	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DE RODILLA VIA ABIERTA	54
834930	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS TENDONES Y FASCIA EN MUSLO	54
EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRA OSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS		
786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENFEMUR	74
786502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FEMUR VIA ABIERTA	94
786601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENROTULA	67
786602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ROTULA VIA ABIERTA	27
OSTEOTOMIA Y RESECCIONES EN FEMUR Y ROTULA		
772509	OSTEOTOMIA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION INTERNA	115
772510	OSTEOTOMIA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION EXTERNA	115
772511	OSTEOTOMIA EN FEMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDILEA) CON FIJACION INTERNA	145
772512	OSTEOTOMIA EN FEMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDILEA) CON FIJACION EXTERNA	140
772601	OSTEOTOMIA EN ROTULA CON FIJACION	107
776602	ESCISION TUMOR MALIGNO EN ROTULA	107
778501	HEMIDIAFISECTOMIA EN FEMUR	114
778600	RESECCION PARCIAL DE ROTULA O HEMIPATELECTOMIA SOD	107
779500	RESECCION TOTAL DE FEMUR SOD	125
779600	RESECCION TOTAL DE ROTULA O PATELECTOMIA SOD	107
782404	ACORTAMIENTO DE FEMUR MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	110
OPERACIONES PLASTICAS EN HUESO Y RESECCION DE TUMORES		
776502	ESCISION TUMOR BENIGNO EN FEMUR CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	125
776503	ESCISION TUMOR MALIGNO EN FEMUR	125
780501	INJERTO OSEO EN FEMUR	127
782401	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FEMUR	114
782402	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FEMUR	94
782403	GRAPADO EPIFISIARIO DE FEMUR	114
783501	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	170
783502	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	250
783503	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA OSTEOTOMIA)	170
783504	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA OSTEOTOMIA)	250
839907	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOSBLANDOS DE MUSLO (MUSCULO TENDON SINOVIAL)	60
843600	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MUSLO SOD	107
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS Y LUXOFRACTURAS		
790500	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD	94
790600	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ROTULA SOD	40
791501	REDUCCION INDIRECTA CON FIJACION INTERNA DE CUELLO DE FEMUR O INTERTROCANTERICA	101

791503	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FEMUR SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA CON FIJACION INTERNA	101
794501	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR SIN FIJACION	80
794502	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR CON FIJACION	94
REDUCCIONES ABIERTAS CON O SIN OSTEOSINTESIS		
781502	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO	94
781503	COLOCACION QUIRURGICA DE DISPOSITIVO PARA TRACCION ESQUELETICA EN MUSLO (TRANSCONDILEA)	54
781601	APLICACION DE TUTOR EXTERNO RODILLA	94
785500	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FEMUR SOD	160
785600	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE ROTULA SOD	67
791601	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ROTULA	74
792500	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD	140
792600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ROTULASIN FIJACION INTERNA SOD	121
793501	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FEMUR (CUELLO INTERTROCANTERICA SUPRACONDILEA)CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FI	160
793502	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	150
793600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN ROTULACON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) SOD	134
795501	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR	140
795502	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR	150
AMPUTACIONES - DESARTICULACIONES		
841600	DESARTICULACION DE RODILLA SOD	121
841700	AMPUTACION POR ENCIMA DE RODILLA SOD	121
PIERNA - TOBILLO - PIE		
DESBRIDAMIENTO E INCISIONES EN HUESO		
770701	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE	114
770702	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONE	120
770801	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (CADA UNO)	47
770802	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS (CADA UNO)	60
770901	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGE DE PIE (CADA UNO)	47
776701	ESCISION TUMOR BENIGNO EN TIBIA O PERONE	114
776702	ESCISION TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONE	114
776801	RESECCION DE LESION MALIGNA OSEA EN TARSIANOS O METATARSIANOS	47
776802	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN TARSIANOSO METATARSIANOS	54
776901	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	47
796600	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONE SOD	80
796700	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	80
796800	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE SOD	54
808071	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VIA ABIERTA	67
808073	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VIA ABIERTA	67
808074	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VIA ARTROSCOPICA	67
808075	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA METATARSOFALANGICA VIA ABIERTA	67
808076	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA METATARSOFALANGICA VIA ARTROSCOPICA	67
808077	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DE FALANGES DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VIA ABIERTA	67
834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS TENDONES Y FASCIA EN PIERNA	67
834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS TENDONES Y FASCIA EN PIE	67
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRA OSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS		
786701	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENTIBIA O PERONE	94

786702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA OPERONE VIA ABIERTA	54
786801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENTARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO)	54
786802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO) VIA ABIERTA	54
786901	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENFALANGES (UNO O MAS) DE MANO	54
786902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO VIA ABIERTA	54
786910	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENFALANGES (UNO O MAS) DE PIE	54
800801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENPIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMIA	54
839908	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOSBLANDOS DE PIERNA (MUSCULO TENDON SINOVIAL)	67
OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES PARCIALES		
772704	OSTEOTOMIA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION INTERNA	94
772705	OSTEOTOMIA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA	94
772706	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION INTERNA	94
772707	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION EXTERNA	94
772708	OSTEOTOMIA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIONINTERNA	94
772709	OSTEOTOMIA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIONEXTERNA	94
772710	OSTEOTOMIA DE PERONE PROXIMAL CON FIJACION INTERNA	67
772711	OSTEOTOMIA DIAFISIARIA DE PERONE CON FIJACION INTERNA	67
772712	OSTEOTOMIA DE PERONE DISTAL CON FIJACION INTERNA	67
772714	OSTEOTOMIA DE TIBIA PROXIMAL SIN FIJACION	98
772715	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA SIN FIJACION	98
772716	OSTEOTOMIA DE TIBIA DISTAL SIN FIJACION	98
772717	OSTEOTOMIA DE PERONE PROXIMAL SIN FIJACION	98
772718	OSTEOTOMIA DE PERONE DISTAL SIN FIJACION	98
772804	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL TARSO CON FIJACION INTERNA	94
772806	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL METATARSO CON FIJACION INTERNA	110
772807	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL METATARSO CON FIJACION EXTERNA	110
772808	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL TARSO SIN FIJACION	110
772809	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL METATARSO SIN FIJACION	110
772905	OSTEOTOMIA EN FALANGE DE DEDO DE PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) CON FIJACION INTERNA	80
772906	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJOCON FIJACION INTERNA	94
772907	OSTEOTOMIA EN FALANGE DE DEDO DE PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) SIN FIJACION	80
772908	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJOSIN FIJACION	94
776001	RESECCION DE EXOSTOSIS EN HUESO NO ESPECIFICADO (UNA O MAS)	67
776803	RESECCION DEL ESPOLON CALCANEO	67
778800	RESECCION PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MAS) SOD	60
782541	ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONE MEDIANTERESECCION (OSTEOTOMIA)	94
782543	ACORTAMIENTO DE TIBIA Y PERONE MEDIANTERESECCION (OSTEOTOMIA)	134
782641	ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)	74
782781	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE PIE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)	87
AMPUTACIONES O DESARTICULACIONES		
841001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	130
841101	AMPUTACION O DESARTICULACION DE DEDO DEPIE (CADA UNO)	47
841201	AMPUTACION O DESARTICULACION DE RETROPIE	121
841202	AMPUTACION O DESARTICULACION DE MEDIOPIE	121
841203	AMPUTACION O DESARTICULACION DE ANTEPIE	121

841300	DESARTICULACION DE TOBILLO SOD	121
841400	AMPUTACION DE TOBILLO A TRAVES DEL MALEOLO DE TIBIA Y PERONE SOD	121
841500	AMPUTACION O DESARTICULACION DE PIERNA SOD	130
843700	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE LA PIERNA SOD	94
843800	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DEL PIE O ARTEJOS SOD	94
OPERACIONES PLASTICAS EN HUESO Y RESECCION DE TUMORES		
778701	RESECCION PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMIA)	114
778703	HEMIDIAFISECTOMIA EN TIBIA Y PERONE	115
779701	RESECCION TOTAL DE LA TIBIA O PERONE	134
779801	RESECCION TOTAL RADICAL DEL TARSO O METATARSO	134
779802	ASTRAGALECTOMIA	134
780600	INJERTO OSEO EN ROTULA SOD	67
780701	INJERTO OSEO EN TIBIA O PERONE	114
780800	INJERTO OSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	54
780902	INJERTO OSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA OMAS)	54
782511	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONE	94
782513	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONE	134
782521	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA O PERONE	74
782523	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA Y PERONE	114
OTRAS OPERACIONES PLASTICAS		
775401	REPARACION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO OEN GARRA CON ARTRODESIS O ARTROPLASTIA (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA	107
775402	REPARACION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO OEN GARRA CON TRANSFERENCIA TENDINOSA (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA	107
775403	REPARACION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO OEN GARRA CON REPARACION DE LA PLACA PLANTAR (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA	107
775404	REVISION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA	67
783701	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	170
783702	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	250
783703	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	140
783704	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	220
783705	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA OSTEOTOMIA)	170
783706	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA OSTEOTOMIA)	250
783707	ALARGAMIENTO DE PERONE POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA OSTEOTOMIA)	140
783708	ALARGAMIENTO DE PERONE POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA OSTEOTOMIA)	220
804802	CORRECCION DE VARO METATARSIANO O PIE ADUCTO [HEYMAN-HERNDON-STRONG]	120
842600	REIMPLANTE DE PIE SOD	350
842700	REIMPLANTE DE PIERNA SOD	350
849001	CORRECCION DE MALFORMACION CONGENITA DEPIE CON LIBERACION DE PARTES BLANDAS POSTERIORES	120
849002	CORRECCION DE MALFORMACION CONGENITA DEPIE CON LIBERACION DE PARTES BLANDAS POSTERIORES Y MEDIALES	160
849003	CORRECCION DE MALFORMACION CONGENITA DEPIE CON LIBERACION DE PARTES BLANDAS Y PARTES OSEAS	180
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS Y LUXOFRACTURAS		
790704	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE	121
790801	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO	40
790902	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MAS)	40
794601	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION	54
794602	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION	60
794603	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION	80

794604	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION	94
797701	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	67
797801	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS	40
797802	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS CON FIJACION PERCUTANEA	47
797803	REDUCCION CERRADA DE LUXACIONES METATARSO-FALANGICAS O INTERFALANGICAS EN PIE	40
799702	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE CUELLO DE PIE O TOBILLO	34
REDUCCIONES ABIERTAS CON O SIN OSTEOSINTESIS Y DESARTICULACIONES		
781701	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIAO PERONE	80
781702	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIAY PERONE	107
781703	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE	94
781704	COLOCACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION TRANSTIBIAL	54
781801	APLICACION DE TUTOR EXTERNO PIE	80
781901	APLICACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION DE FALANGES DE MANO	54
781902	APLICACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION DE FALANGES DE PIE	54
785800	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	80
787800	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	40
787902	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MAS) DEPIE	40
789201	INSERCION DE ESTIMULADOR DEL CRECIMIENTO OSEO DE HUMERO	110
790703	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	121
791701	REDUCCION INDIRECTA DE PILON CON FIJACION EXTERNA	110
792801	REDUCCION ABIERTA FRACTURA SIN FIJACIONINTERNA DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO(UNO O MAS)	54
792902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE	67
793707	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONEPROXIMAL CON FIJACION INTERNA	107
793708	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONEPROXIMAL CON FIJACION EXTERNA	107
793709	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONEDIAFISIARIO CON FIJACION INTERNA	107
793710	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONEDIAFISIARIO CON FIJACION EXTERNA	107
793711	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONEDISTAL CON FIJACION INTERNA	107
793712	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONEDISTAL CON FIJACION EXTERNA	107
793713	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION INTERNA	110
793714	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ESPINATIBIAL CON FIJACION INTERNA	110
793715	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA	110
793716	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACION INTERNA	110
793717	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACION EXTERNA	110
793718	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACION INTERNA	130
793719	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACION EXTERNA	110
793801	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	114
793802	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	94
793804	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CALCANEO CON FIJACION INTERNA	140
793902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA	101
795601	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION	107
795602	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION	110
795603	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION	125
795604	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION	135
798801	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS (UNO O MAS) CON DISPOSITIVO DE FIJACION	94
799703	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO	114

799704	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO	134
799803	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL TARSO (CADA UNO)	107
799804	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL METATARSO (CADA UNO)	121
799807	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESO DE DEDO DE PIE (CADA UNO)	121
839909	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOSBLANDOS DE PIE (MUSCULO TENDON SINOVIAL)	54
COLUMNA VERTEBRAL Y TORAX		
INCISIONES EN HUESO		
770930	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR	140
770931	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	120
796905	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RAQUIS O COLUMNA	120
EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRA-OSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS		
786930	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENCOLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR	107
786931	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNAVERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA ANTERIOR	127
786935	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENCOLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR	94
786936	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNAVERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA POSTERIOR	107
OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES		
772103	OSTEOTOMIA DE COSTILLA (UNA O MAS)	74
772105	OSTEOTOMIA DE ESTERNON	74
778104	RESECCION PARCIAL DE COSTILLAS	74
778105	RESECCION PARCIAL DE ESTERNON	74
779941	RESECCION TOTAL DE COCCIX [COCCIGECTOMIA]	150
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS Y LUXOFRACTURAS		
790930	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACION CON HALOYESO O HALOCHAQUETA	107
790931	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE COLUMNA CERVICAL E INMOVILIZACION CON DISPOSITIVO	40
790932	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACION	107
790933	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE SACRO O SACROILIACA O COCCIGEA	27
797901	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE COLUMNA TORACICA O LUMBAR	107
797902	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE SACRO Y COCCIX	40
REDUCCIONES ABIERTAS CON O SIN OSTEOSINTESIS		
793103	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE COSTILLA O ESTERNON	107
793952	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA LUMBAR O SACRA) VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	220
798901	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION CERVICAL	200
FIJACIONES OSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS		
810102	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TECNICA TRANSORAL CON INSTRUMENTACION	630
810107	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSORAL ANTERIOR CON INSTRUMENTACION	630
810109	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VIA POSTERIORCON INSTRUMENTACION	275
810111	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION	275
810113	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION	275
810203	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	210
810205	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	300
810304	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	275
810306	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	275
810411	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNAA TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERALCON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	300
810412	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNAA TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERALCON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	300
810514	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNAA TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	275

810515	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNAA TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	275
810516	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE CUATRO A SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	275
810518	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA MAS DESEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	275
810519	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA MAS DESEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	275
810521	ARTRODESIS DE LA REGION TORACOLUMBAR TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	275
810522	ARTRODESIS DE LA REGION TORACOLUMBAR TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	275
810523	ARTRODESIS DE LA REGION TORACOLUMBAR TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	275
810524	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTERIOR DE UNO A TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL ABIERTA	275
810525	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTERIOR DE UNO A TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL PERCUTANEA	275
810526	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTERIOR MAS DE TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL ABIERTA	275
810527	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTERIOR MAS DE TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL PERCUTANEA	275
810528	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL DE UNO A TRES SEGMENTOS ABIERTA	275
810529	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL DE UNO A TRES SEGMENTOS PERCUTANEA	275
810530	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL MAS DE TRES SEGMENTOS ABIERTA	275
810531	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL MAS DE TRES SEGMENTOS PERCUTANEA	275
810532	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORACICA VIA POSTEROLATERAL DE UNA VERTEBRA	275
810533	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORACICA VIA POSTEROLATERAL MAS DE UNA VERTEBRA	275
810613	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	300
810614	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	300
810616	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRASCON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	300
810617	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRASCON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	300
810622	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	300
810623	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	300
810628	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	300
810629	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	300
810632	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	300
810633	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	300
810634	ARTRODESIS INTERSOMATICA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA ABIERTA	300
810635	ARTRODESIS INTERSOMATICA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA PERCUTANEA	300
810637	ARTRODESIS INTERSOMATICA LUMBOSACRA MASDE DOS SEGMENTOS TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA ABIERTA	300
810638	ARTRODESIS INTERSOMATICA LUMBOSACRA MASDE DOS SEGMENTOS TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA PERCUTANEA	300
810642	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA UNAVERTEBRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIAABIERTA	300
810643	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA UNAVERTEBRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIAPERCUTANEA	300
810645	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA MASDE UNA VERTEBRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA ABIERTA	300
810646	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA MASDE UNA VERTEBRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA PERCUTANEA	300
810821	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	275
810823	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	275
810824	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	275
810827	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	275
810828	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	275
810831	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	275
810832	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	275
810836	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	300
810837	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	300
810838	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERALO TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	350

810839	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERALO TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	275
810841	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERALO TRANSFORAMINAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	350
810842	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERALO TRANSFORAMINAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	350
810844	ARTRODESIS INTERSOMATICA TRANSACRA POSTERIOR VIA ABIERTA	350
810845	ARTRODESIS INTERSOMATICA TRANSACRA POSTERIOR VIA PERCUTANEA	350
810846	ARTRODESIS INTERSOMATICA INTERESPINOSA POSTERIOR VIA ABIERTA	350
810847	ARTRODESIS INTERSOMATICA INTERESPINOSA POSTERIOR VIA PERCUTANEA	350
810849	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIAPOSTEROLATERAL DE UNA VERTEBRA	275
810850	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIAPOSTEROLATERAL MAS DE UNA VERTEBRA	275
810851	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VIAABIERTA	350
810852	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VIAPERCUTANEA	350
810901	REFUSION DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL ANTERIOR O LATERAL	400
810902	REFUSION DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL POSTERIOR	400
810903	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL ANTERIOR OLATERAL	310
810904	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL POSTERIOR	310
810905	REFUSION DE COLUMNA CERVICOTORACICA ANTERIOR O LATERAL	200
810906	REFUSION DE COLUMNA CERVICOTORACICA POSTERIOR	345
810909	REFUSION DE COLUMNA TORACOLUMBAR ANTERIOR O LATERAL	345
810910	REFUSION DE COLUMNA TORACOLUMBAR POSTERIOR	345
810915	REFUSION DE COLUMNA LUMBOSACRA ANTERIORO LATERAL	310
810916	REFUSION DE COLUMNA LUMBOSACRA POSTERIOR	200
810917	REFUSION DE COLUMNA LUMBOPELVICA ANTERIOR O LATERAL	400
810918	REFUSION DE COLUMNA LUMBOPELVICA POSTERIOR	345
ARTICULACIONES		
INCISIONES EN ARTICULACIONES		
799601	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARESY LUXOFRACTURAS EN RODILLA POR ARTROTOMIA	107
801101	ARTROTOMIA DE HOMBRO CON EXPLORACION DEARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR	107
801200	ARTROTOMIA DE CODO SOD	107
801300	ARTROTOMIA DE MUÑECA SOD	107
801500	ARTROTOMIA DE PELVIS SOD	110
801600	ARTROTOMIA DE RODILLA SOD	107
801700	ARTROTOMIA DE TOBILLO O CUELLO DE PIE SOD	67
801800	ARTROTOMIA EN PIE SOD	47
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRA ARTICULAR		
800101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENHOMBRO POR ARTROTOMIA	101
800102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMIA	121
800202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMIA	121
800301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENMUÑECA POR ARTROTOMIA	60
800302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMIA	114
800501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENCADERA POR ARTROTOMIA	107
800502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CADERA POR ARTROTOMIA	120
800601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENRODILLA POR ARTROTOMIA	67
800602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMIA	121
800701	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENTOBILLO POR ARTROTOMIA	54
800702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMIA	94

800802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMIA	94
830301	EXTRACCION DE DEPOSITOS CALCAREOS O BURSA-SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS	121
OPERACIONES EN COMPONENTES ARTICULARES		
806101	MENISCECTOMIA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA	134
806102	MENISECTOMIA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA	120
807001	RESECCION COMPLETA O PARCIAL DE MEMBRANA SINOVIAL	80
807101	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL VIA ABIERTA	94
807102	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL VIA ABIERTA	134
807201	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL VIA ABIERTA	80
807202	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL VIA ABIERTA	121
807501	SINOVECTOMIA PARCIAL DE CADERA VIA ABIERTA	94
807502	SINOVECTOMIA TOTAL DE CADERA VIA ABIERTA	134
807601	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL VIA ABIERTA	94
807602	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL VIA ABIERTA	134
807705	SINOVECTOMIA DE TOBILLO ANTERIOR VIA ABIERTA	80
807706	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ABIERTA	121
807801	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES DEL TARSO (CADA UNA) VIA ABIERTA	80
807802	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES DEL TARSO (CADA UNA) VIA ARTROSCOPICA	80
807803	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA	80
807804	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ARTROSCOPICA	80
814220	REPARACION TRIADA DE RODILLA: MENISCOPLASTIAL CON REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO MEDIAL COLATERAL	105
814410	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON CIRUGIA DETEJIDOS BLANDOS	134
814420	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON OSTEOTOMIADE TUBEROSIDAD ANTERIOR	134
814501	REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO	105
814502	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA	150
814503	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA	170
814601	OTRA CORRECCION LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CAPSULAR	105
814602	OTRA RECONSTRUCCION O TRANSFERENCIAS PARA LIGAMENTOS MEDIAL O LATERAL	150
814703	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACION DE LA ROTULA)	107
814727	REPARACION AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO	105
814907	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VIA ABIERTA	105
814908	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOSDE TOBILLO CON AUTO O ALOINJERTO O DISPOSTIVO VIA ABIERTA	150
818602	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOSDE CODO CON AUTO O ALOINJERTO	150
818604	REPARACION AGUDA DE LIGAMIENTO COLATERAL CODO	105
936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULARINESPECIFICA SOD	40
OPERACIONES PLASTICAS EN ARTICULACIONES		
813101	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON PROTESIS	150
813102	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS SIN PROTESIS	150
813103	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL TARSO	150
813104	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL METATARSO	150
814101	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DE CADERA	150
815201	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA	140
815301	REVISION REEMPLAZO PROTESICO PARCIAL DECADERA	180
815601	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE TOBILLO VIA ABIERTA	140
815701	REEMPLAZO METATARSOFALANGICO CON DISPOSTIVO	170

815810	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE TOBILLO	110
817201	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION MUÑECA	134
817208	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)	134
818306	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION HOMBRO	134
818500	REEMPLAZO PARCIAL PROTESICO DE CODO SOD	115
818601	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DEL CODO	134
819701	REVISION DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO	134
FIJACIONES ARTICULARES		
810101	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TECNICA TRANSORAL SIN INSTRUMENTACION	530
810103	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL VIA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION	130
810106	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSORAL ANTERIOR SIN INSTRUMENTACION	530
810108	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VIA POSTERIORSIN INSTRUMENTACION	130
810907	REFUSION DE COLUMNA TORACICA ANTERIOR OLATERAL	200
810908	REFUSION DE COLUMNA TORACICA POSTERIOR	200
811101	ARTRODESIS TIBIO-TALAR VIA ABIERTA	134
811202	ARTRODESIS SUBTALAR VIA ABIERTA	134
811203	ARTRODESIS SUBTALAR VIA ARTROSCOPICA	134
811204	ARTRODESIS SUBTALAR DISTRACTORA CON INJERTO ESTRUCTURAL VIA ABIERTA	134
811205	ARTRODESIS CALCANEOCUBOIDEA VIA ABIERTA	134
811207	ARTRODESIS TALONAVICULAR VIA ABIERTA	134
811208	ARTRODESIS TALONAVICULAR VIA ARTROSCOPICA	134
811209	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (CADA COLUMNA) VIA ABIERTA	134
811210	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA	134
811212	ARTRODESIS INTERFALANGICA DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VIA ABIERTA	67
811213	REVISION DE ARTRODESIS DE MEDIOPIE O RETROPIE (CADA UNA) VIA ABIERTA	130
812100	ARTRODESIS DE CADERA SOD	180
812200	ARTRODESIS DE RODILLA SOD	120
812301	ARTRODESIS DE HOMBRO VIA ABIERTA	120
812401	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL	105
812402	ARTRODESIS DE CODO	134
812913	ARTRODESIS SACROILIACA CON INSTRUMENTACION	180
REDUCCIONES CERRADAS DE LUXACIONES		
797100	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN HOMBROSOD	54
797200	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN CODO SOD	54
797501	REDUCCION CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA (UNI O BILATERAL)	47
797502	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA	80
797601	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE RODILLA	54
797602	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TIBIOPERONERA PROXIMAL	54
797603	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE ROTULA	40
799100	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARESY LUXOFRACTURAS EN HOMBRO SOD	54
REDUCCIONES ABIERTAS		
797503	REDUCCION CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA CON TENOTOMIA DE ADUCTORES O PSOAS	134
798101	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR	94
798102	REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION GLENOHUMERAL	121
798201	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA CABEZA RADIAL	101

798501	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION CONGENITADE CADERA	125
798502	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA	120
798601	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA RODILLA	134
798602	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE ROTULA	114
798701	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)	107
799701	REDUCCION ABIERTA DE LUXO-FRACTURA TOBILLO SIN FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	107
818201	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ABIERTA	121
818202	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	121
818203	REVISION DE REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ABIERTA	121
818204	REVISION DE REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	121
MUSCULOS, TENDONES, APONEUROSIS Y NERVIOS EN MIEMBROS SUPERIORES (EXCEPTO MANO) E INFERIORES		
INCISIONES EN MUSCULO, TENDON O APONEUROSIS		
818603	LIBERACION ANTERIOR O POSTERIOR DE CODOPARA CONTRACTURA	94
831101	TENOTOMIAS EN PIE (UNA O MAS)	60
831202	LIBERACION PERIARTICULAR DE LA CADERA CON TENOTOMIAS (CADERA COLGANTE)	107
831203	LIBERACION DE FLEXORES DE CADERA	54
831204	LIBERACION DE MUSCULATURA PELVITROCANTERICA	54
831205	TENOTOMIA DE CADERA VIA ABIERTA	54
831206	TENOTOMIA DE CADERA VIA ENDOSCOPICA	54
831303	TENOTOMIAS EN BRAZO (UNA O MAS)	54
831304	TENOTOMIAS EN ANTEBRAZO (UNA O MAS)	54
831305	TENOTOMIA SIMPLE EN CUELLO (TORTICOLIS CONGENITA)	67
831306	TENOTOMIA MULTIPLE EN CUELLO	80
831307	TENOTOMIA DE MUSCULOS ESPASTICOS (EXCEPTO MANO)	54
831308	TENOTOMIA EN PIERNA (UNA O MAS)	67
831309	TENOTOMIAS DE ISQUIOTIBIALES (UNA O MAS)	67
831311	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ABIERTA	54
831312	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ARTROSCOPICA	54
831402	INCISION DE BANDA ILIOTIBIAL	67
831403	ESCISION PARCIAL DE FASCIA	87
831450	FASCIOTOMIA EN ANTEBRAZO CON LIBERACIONEN CODO Y MUÑECA	94
831451	FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA DE LA ARTERIABRAQUIAL	87
831461	FASCIOTOMIA EN MUSLO POR UNA O MAS INCISIONES	74
831471	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES	67
831481	FASCIOTOMIA EN PIE UNA O MAS INCISIONES	47
831905	ESCALENOTOMIA O SECCION DE ESCALENO ANTERIOR SIN RESECCION DE COSTILLA CERVICAL	67
831910	SECCION DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO	67
836301	REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR VIA ABIERTA	105
RESECCION DE LESIONES		
808101	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE HOMBRO VIA ABIERTA	67
808201	RESECCION DE HIGROMA DE CODO	67
808601	RESECCION DE HIGROMA DE RODILLA VIA ABIERTA	67
823307	TENOSINOVECTOMIA EN COMPARTIMENTO EXTENSOR	67
833001	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE FASCIA MUSCULO TENDON O SINOVIAL	54
833002	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FASCIA MUSCULO TENDON O SINOVIAL	107

833101	ESCISION DE GANGLION DE ENVOLTURA DE TENDON EXCEPTO DE MANO	80
833201	ESCISION DE MIOSITIS OSIFICANTE	67
833202	ESCISION O RESECCION DE: HUESO HETEROTOPICO O CALCIFICACIONES HETEROTOPICAS EN MUSCULO	107
833901	ESCISION DE QUISTE POPLITEO [DE BAKER]	94
835100	BURSECTOMIA ABIERTA SOD	47
OPERACIONES PLASTICAS		
819401	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE TENDON DE AQUILES VIA ABIERTA	107
819402	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE TENDON DE AQUILES VIA ENDOSCOPICA	110
819403	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES CONTRANSFERENCIAS TENDINOSAS	110
819404	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES CONCALCANEOPLASTIA VIA ABIERTA	110
819405	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES CONCALCANEOPLASTIA VIA ENDOSCOPICA	110
819406	RECONSTRUCCION DE TENDONES PERONEOS VIAABIERTA	110
819407	RECONSTRUCCION DE TENDONES PERONEOS VIAENDOSCOPICA	110
819408	RECONSTRUCCION DE TENDONES TIBIALES VIAABIERTA	110
819409	RECONSTRUCCION DE TENDONES TIBIALES VIAENDOSCOPICA	110
819520	REPARACION O RECONSTRUCCION DEL TENDON ROTULIANO	107
836001	SUTURA DE MUSCULO O TENDON O FASCIA O APONEUROSIS VIA ABIERTA	80
836002	SUTURA DE MUSCULO O TENDON O FASCIA O APONEUROSIS VIA ENDOSCOPICA	80
836201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE ANTEBRAZO (UNO O MAS)	165
836202	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE ANTEBRAZO (UNO O MAS)	155
837501	TRANSFERENCIAS DEL PRONADOR REDONDO	134
837502	TRANSFERENCIAS DE TENDON EN PARALISIS RADIAL	134
837503	TRANSFERENCIA TENDINOSA O MIOTENDINOSA CON ESCAPULOPEXIA	285
837601	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO	180
837602	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE ANTEBRAZO	121
837603	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CODO	130
837604	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUÑECA	121
837605	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CADERA	130
837606	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUSLO	127
837607	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE RODILLA	127
837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA	121
837609	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE	121
838502	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDON DE AQUILES	121
838505	REPARACION DEL TENDON DEL CUADRICEPS CON FIJACION	107
838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA	134
838830	TENODESIS	74
839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDON [TENOLISIS]	121
DESCOMPRESIONES Y TRANSPOSICIONES DE NERVIO		
44304	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ABIERTA	134
44401	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ABIERTA	107
44510	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ABIERTA	121
44512	DESCOMPRESION DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA	121
44514	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ABIERTA	121
44516	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA	121
44520	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA	80

44523	DESCOMPRESION DE NERVIO EN PIERNA VIA ABIERTA	80
44525	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA	80
44527	DESCOMPRESION DE NERVIO EN PIE VIA ABIERTA	80
46103	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO EN MIEMBRO SUPERIOR VIA ABIERTA	60
46104	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO MIEMBRO INFERIOR VIA ABIERTA	60
807301	SINOVECTOMIA DE MUÑECA PARCIAL VIA ABIERTA	80
807302	SINOVECTOMIA DE MUÑECA TOTAL VIA ABIERTA	107
EXTIRPACION DE TUMORES EN NERVIO		
40712	RESECCION DE TUMOR DE NERVIO EN MUÑON (DE AMPUTACION O HERIDA) O EN PLEJO	40
40715	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO ENBRAZO VIA ABIERTA	105
40716	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO ENBRAZO VIA ABIERTA	105
40717	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO ENANTEBRAZO VIA ABIERTA	105
40718	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO ENANTEBRAZO VIA ABIERTA	105
40727	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO ENTOBILLO VIA ABIERTA	70
40728	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO ENTOBILLO VIA ABIERTA	70
40729	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO ENPIE VIA ABIERTA	70
40731	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO ENPIE VIA ABIERTA	70
SUTURAS DE NERVIOS EN MIEMBROS SUPERIORES		
43103	NEURORRAFIA DE NERVIO EN BRAZO	125
43104	NEURORRAFIA DE NERVIO EN ANTEBRAZO	110
SUTURAS DE NERVIOS EN MIEMBROS INFERIORES		
43107	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MUSLO	140
43108	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIERNA	140
43109	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIE	85
NEUROLISIS		
42310	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA	80
42312	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA	80
42316	NEUROLISIS DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA	85
42319	NEUROLISIS DE NERVIO EN PIERNA VIA ABIERTA	85
42321	NEUROLISIS DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA	85
42324	NEUROLISIS DE NERVIO EN DEDO DE PIE VIAABIERTA	70
INTERVENCIONES DIVERSAS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		
40730	TOMA DE INJERTO DE NERVIO PERIFERICO	40
45102	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO	40
45103	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO A NERVIO FACIAL IPSILATERAL	55
45104	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO A NERVIO FACIAL CONTRALATERAL	55
182501	TOMA DE INJERTO CONDRAL DE PABELLON AURICULAR	54
777001	TOMA DE INJERTOS OSEOS	67
777002	OBTENCION DE TEJIDO OSEO (DONANTE)	67
777300	TOMA DE INJERTO OSEO EN RADIO O CUBITO SOD	101
777700	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONE SOD	67
777902	TOMA DE INJERTO DE HUESO ILIACO	50
780202	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL ENHUMERO	150
780502	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL ENDIAFISIS DE FEMUR	150
780702	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL ENDIAFISIS DE TIBIA	150

780703	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN TIBIA	150
780706	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL ENDIAFISIS DE PERONE	150
780921	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL ENPELVIS	150
823200	ESCISION DE TENDON DE MANO PARA INJERTO(DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD	54
834100	ESCISION DE TENDON PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD	54
849501	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE: OSTEOTOMIAS O FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) EN FEMUR TIBI	600
862701	ONICECTOMIA	54
862703	MATRICECTOMIA TOTAL	54
862701-2	ONICECTOMIA POR DERMATOLOGIA	54
CIRUGÍA DE MANO		
INCISION EN HUESO		
770401	DRENAJE CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)	54
770402	DRENAJE CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN METACARPIANOS (UNO O MAS)	74
770902	SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	54
796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES)	94
796400	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD	47
808041	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION EN MANO O DEDOS VIA ABIERTA	94
829901	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO TENDON Y FASCIA EN MANO	67
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO Y RESECCION DE TUMORES		
776401	ESCISION TUMOR BENIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	80
776402	ESCISION TUMOR MALIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	110
776902	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	110
786401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENCARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS)	101
786402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS) VIA ABIERTA	121
786911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE VIA ABIERTA	80
829910	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOSBLANDOS DE DEDOS DE LA MANO	80
829911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN REGION TENAR O TUNEL CARPIANO	121
829912	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOSBLANDOS DE MANO (EXCEPTO DEDOS)	94
OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES PARCIALES		
772403	OSTEOTOMIA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACION INTERNA	114
772404	OSTEOTOMIA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACION EXTERNA	114
772405	OSTEOTOMIA EN CARPIANO Y METACARPIANO CON FIJACION INTERNA	110
772406	OSTEOTOMIA EN CARPIANO Y METACARPIANO CON FIJACION EXTERNA	110
772903	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION INTERNA	114
772904	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION EXTERNA	114
778403	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE CARPO VIAABIERTA	87
778901	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE MANO (UNAO MAS)	60
778911	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE PIE (UNA O MAS)	54
779404	RESECCION TOTAL DE HUESO DE METACARPO VIA ABIERTA	87
779902	RESECCION TOTAL DE FALANGES DE PIE (UNAO MAS)	54
782341	RESECCION (OSTEOTOMIA) DE CARPIANOS O METACARPIANOS PARA ACORTAMIENTO	94
782741	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE MANO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)	107
OTRAS RESECCIONES OSEAS		
778405	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE METACARPOVIA ABIERTA	107
778902	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE MANO (UNA O MAS)	114

778912	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE PIE (UNAO MAS)	94
779402	CARPECTOMIA (CADA UNO) VIA ABIERTA	114
779403	CARPECTOMIA (CADA UNO) VIA ARTROSCOPICA	114
INJERTOS OSEOS		
780401	INJERTO OSEO EN HUESOS DEL CARPO (EXCEPTO ESCAFOIDES)	74
780402	INJERTO OSEO EN ESCAFOIDES	121
780403	INJERTO OSEO EN METACARPIANOS (UNO O MAS)	101
780901	APLICACION DE INJERTO OSEO EN FALANGE DE LA MANO	87
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXOFRACTURA		
790401	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO (UNOO MAS)	54
790402	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MAS)	54
790901	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	54
797300	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN MUÑECASOD	74
797401	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPIANA	74
797402	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPOMETACARPIANA	74
797403	REDUCCION CERRADA DE LUXACION METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)	80
797404	REDUCCION CERRADA DE LUXACION INTERFALANGICA (UNA O MAS)	80
REDUCCIONES DE FRACTURA O LUXOFRACTURA CON PINES PERCUTANEOS		
782721	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FALANGES DEMANO (UNA O MAS)	121
791402	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO	107
791404	REDUCCION DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO	107
791405	REDUCCION DE FRACTURA DE HUESO DE CARPOCON DISPOSITIVO VIA ARTROSCOPICA	107
791901	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO DE FALANGES DE PIE O DE MANO	121
REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURAS		
785400	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD	94
792401	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO	101
792901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO	101
793403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOSDE CARPO CON FIJACION INTERNA	121
793405	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACION INTERNA	114
793406	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACION INTERNA VIA ARTROSCOPICA	114
793901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA	114
799401	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE FRACTURA INTRAARTICULAR DE MANO (UNA O MAS ARTICULACIONES)	134
REDUCCIONES ABIERTAS DE LUXACIONES O LUXOFRACTURAS Y ALARGAMIENTOS		
783401	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOSDE FIJACION Y OSTEOTOMIA	150
783402	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOSDE FIJACION Y OSTEOTOMIA	150
783901	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO CON INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	150
798401	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPIANA VIA ABIERTA	105
798402	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPIANA VIA ARTROSCOPICA	105
798403	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPO-METACARPIANA VIA ABIERTA	105
798404	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPO-METACARPIANA VIA ARTROSCOPICA	105
798405	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA VIA ABIERTA	115
798406	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA VIA ARTROSCOPICA	115
799301	REDUCCION ABIERTA Y FIJACION DE LUXOFRACTURA DE BENNET	114
AMPUTACIONES - DESARTICULACIONES		
840100	AMPUTACION Y DESARTICULACION DE DEDOS DE LA MANO (UNO O MAS) SOD	74

840200	AMPUTACION Y DESARTICULACION DE PULGAR SOD	67
840300	AMPUTACION A TRAVES DE MANO (CARPO) SOD	121
843400	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MANO SOD	80
843500	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD	74
	MUSCULOS Y TENDONES	
OPERACIONES SOBRE LOS MUSCULOS		
820200	MIOTOMIA DE MANO SOD	54
821901	DIVISION DE MUSCULO DE MANO	54
822201	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN MUSCULO DEMANO	54
822202	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN MUSCULO DEMANO	80
823400	ESCISION DE MUSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO SOD	74
824100	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDON DE MANO SOD	80
824601	MIORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)	94
824611	MIORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)	114
825400	REFIJACION DE MUSCULO DE MANO SOD	80
829101	LIBERACION DE ADHESIONES DE FASCIA MUSCULO Y TENDON DE MANO	74
TENORRAFIAS		
824201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA	150
824202	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACION	200
824203	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA	134
824211	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACION	325
824213	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) CON NEURORRAFIA	220
824215	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) SIN NEURORRAFIA	127
824301	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADAUNO)	80
824321	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO OMAS)	101
ALARGAMIENTO, RESECCIONES, REINSERCIONES Y TRANSFERENCIAS		
825301	TRANSFERENCIA TENDON MANO Y PUÑO (UNO OMAS)	120
825303	TRANSFERENCIA DE PRONADOR A SUPINADOR	120
825304	TRANSFERENCIA DE FLEXORES A EXTENSORES (ESPASTICOS)	120
825305	TRANSFERENCIA DE EXTENSOR DEL PULGAR	120
825306	REINSERCION DE TENDON EN MANO (UNO O MAS)	105
825307	TRASFERENCIA DE TENDON EN MANO O MUÑECA(UNO O MAS)	120
825501	ALARGAMIENTO DE TENDON EN MANO (UNO O MAS)	80
828501	TENODESIS EN MANO (UNO O MAS)	74
828905	REPARACION DE HERNIA FASCIAL VIA ABIERTA	121
828906	REPARACION DE HERNIA FASCIAL VIA ARTROSCOPICA	121
INJERTOS TENDINOSOS		
827102	INJERTO DE TENDON DE FLEXOR DE UN DEDO CON RECONSTRUCCION DE POLEAS	200
827103	INJERTO DE TENDON DE FLEXOR DE DOS O MAS DEDOS CON RECONSTRUCCION DE POLEAS	250
827901	INJERTO DE TENDON EXTENSOR DE MANO O DEDOS (UNO O MAS)	121
827902	INJERTO DE TENDON FLEXOR DE MANO O DEDOS (UNO O MAS)	134
827910	INJERTO TENDINOSO CON IMPLANTE EN DEDOSDE LA MANO (CADA UNO)	125
TENOLISIS		
829111	TENOLISIS EN EXTENSORES DE DEDO (UNO O MAS)	80
829115	TENOLISIS EN FLEXORES DE DEDOS (UNO O MAS)	114

829121	TENOLISIS EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)	80
829125	TENOLISIS EN FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)	101
OTRAS OPERACIONES TENDINOSAS		
52603	SIMPATECTOMIA DIGITAL (DEDO)	60
393306	RECONSTRUCCION DE VASOS PERIFERICOS EN MANO	150
820101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON DE MANO	54
821101	TENOTOMIA DE MANO PALMAR	54
821102	TENOTOMIA DE MANO DORSAL	54
828401	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN BOTONERA	134
828402	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN CUELLODE CISNE	134
828403	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN MARTILLO	94
828404	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN GATILLO [DEDO DE RESORTE]	80
ARTICULACIONES, SINOVIALES Y APONEUROSIS		
800401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO ENMANO Y DEDO POR ARTROTOMIA	54
800402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ARTICULACION DE MANO POR ARTROTOMIA	80
801400	ARTROTOMIA EN MANO SOD	54
804301	CAPSULOTOMIA METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)	80
804302	CAPSULOTOMIA INTERFALANGICA (UNA O MAS)	67
822101	RESECCION DE GANGLION EN DEDOS DE MANO	67
822104	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ABIERTA	80
822105	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA	80
822106	RESECCION DE GANGLION PALMAR DE MUÑECA VIA ABIERTA	94
822107	RESECCION DE GANGLION PALMAR DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA	94
ARTRODESIS		
812503	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA	110
812504	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ABIERTA	120
812505	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA	110
812506	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA	120
812601	ARTRODESIS TRAPECIO-METACARPIANO	107
812602	ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA	94
812700	ARTRODESIS METACARPO-FALANGICA SOD	107
812801	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO SIN INJERTO (UNA O MAS)	94
812802	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MAS)	134
812908	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA	107
812909	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ABIERTA	121
812910	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA	107
812911	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA	121
817301	REEMPLAZO PROTESICO DE LA MUÑECA	125
ARTROPLASTIAS		
817101	REEMPLAZO PROTESICO EN HUESOS DEL CARPO(UNO O MAS)	134
817102	REEMPLAZO PROTESICO DE LA ARTICULACION TRAPECIO-METACARPIANA	134
817202	ARTROPLASTIA RESECCION TRAPECIO-METACARPIANA	134
817203	ARTROPLASTIA METACARPO-FALANGICA (UNA OMAS)	105
817302	REVISION DE REEMPLAZO TOTAL DE MUÑECA	150
817901	ARTROPLASTIAS INTERFALANGICAS (POR CADADEDO)	105

SUTURAS Y REINSERCIONES		
804401	CAPSULODESIS EN MANO	94
804501	DIVISION DE CAPSULA LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA	85
817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ABIERTA	134
817206	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ARTROSCOPICA	134
819331	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ABIERTA	114
819332	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ARTROSCOPICA	114
828910	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO EN MANO	134
RESECCIONES EN SINOVIALES		
807401	SINOVECTOMIA INTERFALANGICA (UNA O MAS)VIA ABIERTA	80
807402	SINOVECTOMIA EN CARPO VIA ABIERTA	67
807403	SINOVECTOMIA METACARPOFALANGICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA	87
823100	BURSECTOMIA DE MANO SOD	80
823301	TENOSINOVECTOMIA EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)	87
823303	TENOSINOVECTOMIA FLEXORES MANO (UNO O MAS)	107
823311	TENOSINOVECTOMIA EN DEDOS DE MANO (UNO O MAS)	114
INCISIONES Y RESECCIONES EN APONEUROSIS		
820400	INCISION Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR SOD	74
821200	FASCIOTOMIA DE MANO SOD	74
823501	ESCISION DE APONEUROSIS EN MANO	120
823502	ESCISION DE APONEUROSIS EN DEDOS	107
830101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON	74
	NERVIOS	
DESCOMPRESIONES		
44518	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MANO VIA ABIERTA	107
44519	DESCOMPRESION DE NERVIO EN DEDO DE LA MANO VIA ABIERTA	114
EXTRACCION DE LESION		
40719	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO ENMANO O DEDOS VIA ABIERTA	90
40720	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO ENMANO O DEDOS VIA ABIERTA	90
40721	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO ENMUSLO VIA ABIERTA	105
40722	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO ENMUSLO VIA ABIERTA	105
40725	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO ENPIERNA VIA ABIERTA	105
40726	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO ENPIERNA VIA ABIERTA	105
SUTURAS EN NERVIOS		
43105	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MANO	80
43106	NEURORRAFIA DE NERVIO COLATERAL EN DEDODE MANO	70
NEUROLISIS		
42314	NEUROLISIS EN NERVIO DE MANO VIA ABIERTA	80
42315	NEUROLISIS DE NERVIOS EN DEDOS DE MANO VIA ABIERTA	75
INTERVENCIONES EN PLEXO BRAQUIAL		
53201	NEUROLISIS DE PLEJO BRAQUIAL	165
53202	NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR	165
53203	NEUROLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)	165
53204	NEUROLISIS DE PLEJO TORACICO	165
53205	NEUROLISIS DE PLEJO CELIACO	165

53206	NEUROLISIS DE PLEJO HIPOGASTRICO	165
54101	NEURORRAFIA DE TRONCO DE PLEJO BRAQUIAL	300
54102	NEURORRAFIA DE TRONCO DE PLEJO BRAQUIALCON INJERTO DE TRONCOS	350
54103	INJERTO NEUROVASCULAR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO	250
54202	RECONSTRUCCION DE PLEJO POR INJERTO DE NERVIO	250
54203	RECONSTRUCCION DE PLEJO POR NEUROTIZACION	195
55101	EXPLORACION SUPRA E INFRACLAVICULAR DE PLEJO BRAQUIAL	225
PIEL		
CORRECCIONES QUIRRUGICAS DE CICATRIZ		
868504	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS) ENTRE UNA A DOS	94
868505	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS) ENTRE TRES A CINCO	101
868506	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS) MAS DE CINCO	121
868507	PLASTIA EN Z EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE	67
CORRECCIONES QUIRURGICAS DE LESIONES CONGENITAS		
804310	LIBERACION DE BANDAS CONSTRICTIVAS	94
828200	REPARACION DE DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA MANO SOD	134
828302	CORRECCION DE SINDACTILIA SIMPLE (UNO OMAS ESPACIOS)	121
828304	CORRECCION DE SINDACTILIA COMPLEJA	115
828310	CORRECCION QUIRURGICA DE LA MACRODACTILIA	101
828320	CORRECCION SIMPLE DE CAMPTODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)	107
828330	CORRECCION DE CAMPTODACTILIA CON OSTEOTOMIA (UNO O MAS DEDOS)	121
828340	CORRECCION QUIRURGICA DE CLINODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)	94
828350	CORRECCION DE POLIDACTILIA CON RECONSTRUCCION	94
828351	CORRECCION DE POLIDACTILIA CON ESCISIONSIMPLE	67
849400	CORRECCION DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL SOD	134
REIMPLANTES		
826100	PULGARIZACION O POLICITACION CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR SOD	200
828102	TRASPLANTE DE ARTEJO A MANO	350
842100	REIMPLANTE DE PULGAR SOD	200
842202	REIMPLANTE DE UN DEDO EN MANO	200
842203	REIMPLANTE DE DOS DEDOS EN MANO	300
842204	REIMPLANTE DE TRES DEDOS EN MANO	400
842205	REIMPLANTE DE CUATRO O MAS DEDOS EN MANO	600
842302	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DEL METACARPO	400
842303	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DE LA MUÑECA	350
CIRUGÍA PLÁSTICA		
AREA GENERAL		
INCISIONES Y EXTIRPACIONES EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO		
759101	DRENAJE DE COLECCION OBSTETRICA (DE EPISIOTOMIA O EPISIORRAFIA) EN PERINE POR INCISION	30
861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL OTEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	30
861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION	25
862006	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10%DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	50
862007	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	80
862008	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	70
862009	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	75

862010	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DEL 50% O MASDE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	80
862310	ESCISION DE ULCERA (SACRA ISQUIATICA TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON CIERRE PRIMARIO	74
862311	ESCISION DE ULCERA (SACRA ISQUIATICA TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMIA RESECCION DE BURSA POR ULCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO	205
862312	DESBRIDAMIENTO DE LESION PROFUNDA (ULCERA) CON COCCIGECTOMIA	100
862313	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES)	74
862314	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMIA	205
862315	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON RESECCION DE BURSA POR ULCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO	205
861102-2	DRENAJE MAS DE UN ABSCESO POR DERMATOLOGIA	40
RESECCION DE TUMORES BENIGNOS O MALIGNOS DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO (EXCEPTO VERRUGAS Y LUNARES)		
AREA GENERAL		
862900	FISTULECTOMIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	80
864101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA TRES CENTIMETROS	50
864102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS	54
864103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS	60
864104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS	80
864105	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL CONREPARACION (COLGAJO O INJERTO)	134
864106	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL CONREPARACION (COLGAJO O INJERTO)	134
864101-2	RESECCION EXTIRPACION DE LESION EN AREAGENERAL SIMPLE POR DERMATOLOGIA	54
864105-2	RESECCION EXTIRPACION DE LESION EN AREAGENERAL SIMPLE + CIERRE PRIMARIO + COLG	134
864106-2	RESECCION EXTIRPACION DE LESION EN AREAGENERAL SIMPLE + CIERRE PRIMARIO	134
SUTURAS DE PIEL Y TRATAMIENTO DE GLANDULA SUDORIPARA		
858101	SUTURA DE HERIDA DE MAMA	67
865101	SUTURA DE HERIDA UNICA EN AREA GENERAL	34
865102	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE EN AREA GENERAL	40
869101	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES SIMPLE CON RESECCION GANGLIONAR	70
869102	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES CON RESECCION TOTAL DEL AREA	90
869103	RESECCION PARCIAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS	80
869104	RESECCION TOTAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS	100
INJERTOS EN AREA GENERAL		
866101	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERALMENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	80
866102	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERALDEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	134
866103	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERALDEL VEINTE 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	120
866104	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERALMAYOR DEL TREINTA 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	155
866201	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORALTOTAL	94
866202	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	110
866203	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	130
866204	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	165
866701	INJERTO GRASO	80
866702	INJERTO DERMOGRASO	65
COLGAJOS		
543301	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON ROTACION DE COLGAJO	150
867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS	70
867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	80
867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO ADIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	100
867004	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	128

867105	COLGAJO LIBRE CUTANEO CON TECNICA MICROVASCULAR	500
TRATAMIENTO EN QUEMADURAS (INCLUYE QUEMADURA POR FRICCIÓN)		
831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA	87
862320	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MUÑECA O MANOS	94
862324	ESCARECTOMIA MENOR DEL 10 % DE SUPERFICIE CORPORAL	134
862326	ESCARECTOMIA DEL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL	130
862328	ESCARECTOMIA DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL	130
862329	ESCARECTOMIA DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL	145
862351	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MUÑECAS O MANOS	245
862352	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN TOBILLOS OPIES	245
862353	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDADSUPERIOR EXCEPTO MUÑECA MANOS	245
862354	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDADINFERIOR EXCEPTO TOBILLO PIE	245
862355	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN TRONCO (TORAX O ABDOMEN)	54
862801	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIECORPORAL	34
862802	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	34
862803	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	67
862804	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL	94
862805	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL	94
862806	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 40% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	107
862807	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	107
CORRECCION QUIRURGICA DE CICATRIZ O SECUELA DE QUEMADURA		
868101	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA GENERAL	50
868103	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE EN AREA GENERAL	55
868401	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL ENTRE UNA A DOS	107
868402	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL ENTRE TRES A CINCO	134
868403	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL MAS DECINCO	110
OTRAS OPERACIONES RECONSTRUCTIVAS		
862505	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	54
862506	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL ENTRE EL 10% AL 19 % DE SUPERFICIE CORPORAL	54
862507	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL ENTRE EL 20% AL 29 % DE SUPERFICIE CORPORAL	54
862508	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL DEL 30 % AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL	54
862509	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL DEL 50% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL	54
869201	DERIVACION LINFATICA (MANEJO DE LINFEDEMA)	90
869601	INSERCION (SUBCUTANEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (UNICO O MULTIPLE)	120
869700	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR (UNICO O MULTIPLE) SOD	50
AREA ESPECIAL		
INCISIONES Y EXTIRPACIONES DE LESIONES EN PIEL Y FANERAS (INCLUYE VERRUGAS Y LUNARES)		
274203	RESECCION TOTAL DE LABIO	120
861202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR INCISION	50
864201	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL HASTA UN CENTIMETRO	54
864202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL ENTRE UNO A DOS CENTIMETROS	50
864203	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL ENTRE DOS A TRES CENTIMETROS	60
864204	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS	70
864205	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEPIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	100
864204-2	RESECCION EXTIRPACION DE LESION EN CARASIMPLE + CIERRE PRIMARIO POR DERMATOLOG	94

864205-2	RESECCION EXTIRPACION DE LESION EN CARASIMPLE + CIERRE PRIMARIO + COLGAJO POR	134
SUTURAS DE PIEL Y MUCOSA EN CARA O CUERO CABELLUDO		
275101	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTIMETROS	50
275102	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	90
865202	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS	50
865203	SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION GENITALES MANOS Y PIES	70
865204	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA	90
865207	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	107
865208	SUTURA DE AVULSION EN PABELLON AURICULAR NARIZ LABIOS PARPADOS O GENITALES	140
OPERACIONES PLASTICAS POR LESIONES CONGENITAS		
123501	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)	134
187103	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA (PRIMER TIEMPO) CON IMPLANTE ALOPLASTICO	160
187104	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA (PRIMER TIEMPO) CON INJERTO DE CARTILAGO COSTAL	160
187105	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA; TRANSPOSICION DEL LOBULO EN MICROTIA (SEGUNDO TIEMPO)	107
187106	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA CON RECONSTRUCCION DEL TRAGO Y SURCORETROAURICULAR (TERCER TIEMPO)	120
274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	60
274400	RESECCION DE FOSETAS LABIALES SOD	80
275401	CORRECCION PARCIAL DE LABIO FISURADO POR ADHESION	74
275404	CORRECCION DE LABIO FISURADO BILATERAL	127
278401	CORRECCION DE MACROSTOMA	120
278402	CORRECCION DE MICROSTOMA	120
INJERTOS		
275500	INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL SOD	134
275601	LIPOINJERTO EN CARA	94
275701	INJERTO DE PIEL EN LABIOS CON ADHESION DE COLGAJO PEDICULADO	160
768101	INJERTO OSEO EN HUESO FACIAL	120
768200	INSERCION DE IMPLANTE SINTETICO EN HUESO FACIAL SOD	80
826920	INJERTOS AL PULGAR (OSEO Y PEDICULO DE PIEL)	134
866105	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL EN CARA O CUELLO	94
866106	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA ANTECUBITAL HUECOS POPLITEOS INGUINAL)	94
866107	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS	94
866108	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL EN TOBILLO O PIES	94
866109	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL EN GENITALES	94
866300	INJERTO CONDROCUTANEO SOD	80
866401	INJERTO DE CUERO CABELLUDO (ALOPECIA SECUELA POST-TRAUMA)	121
COLGAJOS		
867101	COLGAJO UNICO DE CUERO CABELLUDO	60
867102	COLGAJO MULTIPLE DE CUERO CABELLUDO	90
867103	COLGAJO CUTANEO A DISTANCIA EN VARIOS TIEMPOS	140
867104	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA EN VARIOS TIEMPOS	170
867107	COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)	150
867201	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS	100
867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	120
867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	150
867301	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO [DELAY]	70

OTRAS OPERACIONES PLASTICAS		
83602	CORRECCION DE ENTROPION POR INJERTO	110
83702	CORRECCION DE ECTROPION CON INJERTO	110
185101	OTOPLASTIA SIN REDUCCION DE TAMAÑO	134
185102	OTOPLASTIA CON REDUCCION DE TAMAÑO	134
185104	PLASTIA EN LOBULO DE OREJA	70
187101	RECONSTRUCCION PROTESICA DE AURICULA	134
187200	REIMPLANTE DE AURICULA (PABELLON AURICULAR) SOD	125
218301	RECONSTRUCCION NASAL CON INJERTO	200
218302	RECONSTRUCCION NASAL CON COLGAJO FRONTAL	215
218304	RECONSTRUCCION PROTESICA DE NARIZ CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	160
218305	RECONSTRUCCION PROTESICA DE NARIZ CON IMPLANTE OSEOINTEGRADO	160
218901	REIMPLANTACION DE NARIZ AMPUTADA	200
858701	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON	80
859401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE MAMA UNILATERAL	45
859402	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE MAMA BILATERAL	105
861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION	40
862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO	130
862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA ANTECUBITAL HUECOS POPLITEOS INGUINAL)	130
862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS	130
862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES	130
862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN GENITALES	130
862702	MATRICECTOMIA PARCIAL	47
865210	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL	40
868603	RECONSTRUCCION DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL	67
868604	RECONSTRUCCION DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO	107
CORRECCIONES DE CICATRIZ O SECUELA DE QUEMADURAS EN ÁREA ESPECIAL		
868102	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA ESPECIAL	65
868104	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE EN AREA ESPECIAL	75
868501	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARACUELLO MANOS PIES PLIEGUES DE FLEXION GENITALES) ENTRE UNO A DOS	114
868502	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARACUELLO MANOS PIES PLIEGUES DE FLEXION GENITALES) ENTRE TRES A CINCO	120
868503	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARACUELLO MANOS PIES PLIEGUES DE FLEXION GENITALES) MAS DE CINCO	145
868510	PLASTIA EN Z O W EN ZONAS DE FLEXION	135
OTRAS OPERACIONES RECONSTRUCTIVAS		
862510	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN CARA O CUELLO	80
862511	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA ANTECUBITAL HUECOS POPLITEOS INGUINAL)	74
862512	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS Y MANOS	74
862513	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS Y PIES	74
862514	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN GENITALES	74
868602	REPOSICION UÑA DE POLIETILENO	27
TOMA DE INJERTO		
15501	TOMA DE INJERTO OSEO DE CRANEO	50
777103	TOMA DE INJERTO OSEO DE COSTILLA [COSTOCONDRAL] O ESTERNON	80
CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL Y DENTAL		
GLANDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES		

OPERACIONES EN GLANDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES		
260101	SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA	35
260201	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	35
260203	CATETERIZACION Y SIALOMETRIA	25
260301	DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	25
260302	DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL VIA ENDOSCOPICA	25
261002	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	68
262001	MARSUPIALIZACION DE LA RANULA	40
263101	PAROTIDECTOMIA DEL LOBULO SUPERFICIAL	120
263102	SIALOADENECTOMIA PARCIAL	70
263201	PAROTIDECTOMIA TOTAL	140
263203	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULA SUBLINGUAL	80
263204	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULA SUBMAXILAR(SUBMANDIBULAR)	100
263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALESMENORES	80
264001	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA	100
264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA	90
264005	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) CON INJERTO	60
264006	FISTULIZACION DE GLANDULA SALIVAL	35
CAVIDAD ORAL, LENGUA Y PALADAR		
INCISIONES EN CAVIDAD ORAL		
255007	DRENAJE DE COLECCION EN LENGUA	20
OPERACIONES EN LA LENGUA Y LA UVULA		
252001	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA	100
252506	HEMIGLOSECTOMIA CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA VIA ABIERTA	160
254001	GLOSECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA	130
255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO	100
255002	GLOSOPEXIA ANTERIOR	20
255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA	20
255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	20
255006	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	20
255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA	35
OTRAS OPERACIONES EN CAVIDAD ORAL		
241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCIA CON CIERRE PRIMARIO	30
241103	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCIA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	60
243201	SUTURA DE LACERACION DE ENCIA MENOR DE TRES CENTIMETROS	20
243202	SUTURA DE LACERACION DE ENCIA MAYOR DE TRES CENTIMETROS	20
275303	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASALCON COLGAJO PALATINO LINGUAL O BUCAL	90
275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO LINGUAL O BUCAL	110
276204	RECONSTRUCCION DE BOVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS	90
MAXILARES Y ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR Y MUSCULOS MASTICATORIOS		
OSTEOTOMIAS EN MAXILARES		
763103	HEMIMANDIBULECTOMIA SIN DESARTICULACION	120
764201	MANDIBULECTOMIA TOTAL SIN RECONSTRUCCION OSEA	160
764302	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	220
764303	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	220

764304	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO COLGAJO PEDICULADO	260
764305	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO VASCULARIZADO AUTOLOGO O HETEROLOGO	300
764402	RESECCION TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	300
766301	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA	120
766302	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA CON FIJACION INTERNA	120
766403	OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA	110
766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA CON FIJACION INTERNA	140
830231	MIOTOMIA DEL TEMPORAL	80
830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO	80
830233	MIOTOMIA DE MASETERO	80
OPERACIONES Y PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR		
761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	20
763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA	100
765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR CON INJERTO	200
765401	REMODELACION DEL CARTILAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR VIA ENDOSCOPICA	110
766205	CORONOIDECTOMIA	100
768801	ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR	100
REPARACIONES Y OPERACIONES PLASTICAS Y PREPROTESICAS		
275801	PROFUNDIZACION O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCION DE MILOHIODEO O GENIHIODEO	50
275901	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO MUCOSO	60
275902	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTANEO	60
275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR	50
768500	INSERCION DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACION FACIAL SOD	80
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS DE HUESOS FACIALES		
767503	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	90
767801	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA ORBITAL	80
MAXILARES, ENCIAS Y DIENTES		
EXTIRPACION DE LESIONES, QUISTES Y TUMORES EN MAXILARES Y CAVIDAD BUCAL		
243105	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA SINVACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS	70
243301	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE VIA INTRAORAL	60
243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE VIA EXTRAORAL	70
762101	ENUCLEACION RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR DE MENOS DE TRES CMS VIA TRANSMUCOSA	50
762102	ENUCLEACION RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR DE MENOS DE TRES CMS VIA TRANSCUTANEA	50
762202	RESECCION RADICAL DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	160
OPERACIONES EN NERVIOS DENTARIOS		
40705	NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO	70
43102	NEURORRAFIA DE NERVIO DENTARIO	80
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS NO ENDÓSCOPICOS DE TOMA DE BIOPSIAS		
TEJIDO NERVIOSO		
BIOPSIAS EN TEJIDO NERVIOSO		
11201	BIOPSIA DE MENINGE POR CRANEOTOMIA	95
33203	BIOPSIA DE MEDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES	75
41101	BIOPSIA NERVIO PERIFERICO (SUPERFICIAL O PROFUNDO) VIA PERCUTANEA	30
41200	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIO O GANGLIO PERIFERICO SOD	30
51100	BIOPSIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO SOD	55

ORGANOS DE LOS SENTIDOS		
BIOPSIAS EN OJO		
81101	BIOPSIA EN PARPADO	34
91101	BIOPSIA DE LA GLANDULA LAGRIMAL	27
91201	BIOPSIA DE LA VIA LAGRIMAL	34
102101	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	34
112201	BIOPSIA DE CORNEA	47
122201	BIOPSIA DE IRIS	60
122301	BIOPSIA DE ESCLEROTICA	47
122401	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR	60
162201	ASPIRACION DIAGNOSTICA EN ORBITA	60
162301	BIOPSIA DE PARED DE ORBITA	60
162302	BIOPSIA DE CONTENIDO ORBITARIO	60
BIOPSIAS EN OIDO, NARIZ Y SENOS PARANASALES		
181101	BIOPSIA DE AURICULA (PABELLON AURICULAR)	27
181102	BIOPSIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	27
212001	BIOPSIA NASAL VIA TRANSNASAL	27
212101	BIOPSIA NASAL VIA ABIERTA	27
212201	BIOPSIA NASAL VIA ENDOSCOPICA	27
221101	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VIA OROANTRAL	74
221102	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VIA TRANSNASAL	74
221103	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VIA ENDOSCOPICA	74
BOCA Y CUELLO		
BIOPSIAS EN BOCA, FARINGE Y LARINGE		
241101	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCIA	20
250001	BIOPSIA CERRADA (PUNCION O ASPIRACION) DE LENGUA	20
250002	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)	20
261001	BIOPSIA CERRADA DE GLANDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCION O ASPIRACION CON AGUJA FINA O TRUCUT)	34
261003	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MAYOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	25
272101	BIOPSIA DE UVULA	20
272102	BIOPSIA INCISIONAL DE PALADAR	20
272103	BIOPSIA ESCISIONAL DE PALADAR	20
272301	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO	20
272302	BIOPSIA ESCISIONAL DE LABIO	30
272402	BIOPSIA DE PARED DE CAVIDAD BUCAL	20
289101	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA DE AMIGDALAS Y ADENOIDES	27
289102	BIOPSIA DE AMIGDALAS O VEGETACIONES ADENOIDES	27
291203	BIOPSIA DE NASOFARINGE	60
291204	BIOPSIA DE OROFARINGE	60
291205	BIOPSIA DE HIPOFARINGE	60
306101	BIOPSIA DE LARINGE VIA ABIERTA	60
BIOPSIAS EN GLANDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES		
61001	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA ABIERTA	60
61301	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA ABIERTA	75
ORGANOS INTRATORACICOS		

BIOPSIAS EN ORGANOS INTRATORACICOS		
71602	BIOPSIA DE TIMO POR TORACOSCOPIA	75
314601	BIOPSIA DE TRAQUEA VIA ABIERTA	60
332801	BIOPSIA DE PULMON VIA ABIERTA	55
340501	BIOPSIA DE LESION DE PARED TORACICA VIAPERCUTANEA	35
341201	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VIA PERCUTANEA	40
341202	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VIA ABIERTA	75
345401	BIOPSIA DE PLEURA PERCUTANEA	25
345402	BIOPSIAS DE PLEURA VIA ABIERTA	55
372601	BIOPSIA DE PERICARDIO VIA ABIERTA	75
422601	BIOPSIA DE ESOFAGO VIA ABIERTA	45
ORGANOS INTRAABDOMINALES		
BIOPSIAS EN DIAFRAGMA Y CAVIDAD ABDOMINAL		
348001	BIOPSIA DE DIAFRAGMA VIA ABIERTA	75
441501	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA ABIERTA	60
441502	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA LAPAROSCOPICA	60
451501	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	60
451502	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	60
452601	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	65
452602	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	65
482500	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE SOD	45
482600	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL SOD	45
542302	BIOPSIA DE PERITONEO VIA ABIERTA	55
542303	BIOPSIA DE PERITONEO VIA PERCUTANEA	55
542304	BIOPSIA DE PERITONEO VIA LAPAROSCOPICA	55
542401	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA ABIERTA	25
542402	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA PERCUTANEA	25
542403	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	25
BIOPSIAS EN VIAS BILIARES, BAZO Y PANCREAS		
413201	BIOPSIA DE BAZO VIA PERCUTANEA	25
413202	BIOPSIA DE BAZO VIA ABIERTA	60
501001	BIOPSIA ABIERTA DE HIGADO	60
511701	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA ABIERTA	60
511702	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA PERCUTANEA	25
511703	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	60
521001	BIOPSIA DE PANCREAS VIA ABIERTA	60
GLANDULAS SUPRARRENALE Y APARATO GENITOURINARIO		
BIOPSIAS EN GLANDULA SUPRARRENAL Y RIÑON		
71001	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA	60
71002	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA PERCUTANEA	60
71003	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA LAPAROSCOPICA	60
552601	BIOPSIA RIÑON POR LUMBOTOMIA	60
552602	BIOPSIA RIÑON POR LAPAROTOMIA	60
552606	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES POR LUMBOTOMIA	60
552607	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES POR LAPAROTOMIA	60

552608	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES VIA PERCUTANEA	60
552609	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES VIA LAPAROSCOPICA	60
BIOPSIAS EN VIAS URINARIAS		
563401	BIOPSIA DE URETER VIA ABIERTA	60
573401	BIOPSIA UNICA DE VEJIGA VIA ABIERTA	60
573402	BIOPSIA MULTIPLE DE VEJIGA VIA ABIERTA	60
573500	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL SOD	55
582301	BIOPSIA DE URETRA VIA ABIERTA	45
582401	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL VIA ABIERTA	45
BIOPSIAS EN ORGANOS GENITALES MASCULINOS		
601102	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE PERINEAL	35
601201	BIOPSIA DE PROSTATA VIA ABIERTA	50
601301	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DEVESICULAS SEMINALES POR ABORDAJE TRANSRECTAL	25
601501	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTATICO VIA ABIERTA	35
601502	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTATICO VIA LAPAROSCOPICA	35
607100	ASPIRACION (PERCUTANEA) CON (AGUJA) DE VESICULAS SEMINALES SOD	35
611101	BIOPSIA DE ESCROTO	20
611102	BIOPSIA DE TUNICA VAGINALIS	55
621100	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DETESTICULO SOD	25
621200	BIOPSIA ABIERTA DE TESTICULO SOD	55
630100	BIOPSIA DE EPIDIDIMO SOD	45
630200	BIOPSIA DE CORDON ESPERMATICO SOD	55
630300	BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE SOD	45
641100	BIOPSIA DE PENE SOD	25
BIOPSIAS EN ORGANOS GENITALES FEMENINOS EXTERNOS		
702401	BIOPSIA DE VAGINA	20
711110	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA	20
711301	BIOPSIA EN PERINE	20
BIOPSIAS EN ORGANOS GENITALES FEMENINOS INTERNOS		
651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	60
661110	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	60
671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	25
671202	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	25
681101	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROTOMIA	60
VASOS SANGUINEOS Y LINFATICOS		
BIOPSIAS EN VASOS SANGUINEOS Y LINFATICCOS		
382101	BIOPSIA DE VASO SANGUINEO SUPERFICIAL	25
382102	BIOPSIA DE VASO SANGUINEO PROFUNDO	55
401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL	25
401102	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	55
402101	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	55
402102	ABLACION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO VIA PERCUTANEA	55
402201	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO MAMARIO INTERNO	55
APARATO LOCOMOTOR		
BIOPSIAS EN HUESO		

11101	BIOPSIA OSEA EN CRANEO POR CRANEOTOMIA	25
413101	BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA	30
419100	ASPIRACION DE MEDULA OSEA DE DONANTE SOD	30
761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES	25
761102	BIOPSIA DE PALADAR OSEO	25
774001	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO VIA ABIERTA	34
774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO VIA PERCUTANEA	34
774911	BIOPSIA DE VERTEBRA VIA PERCUTANEA	47
BIOPSIAS EN OTRAS PARTES DEL APARATO LOCOMOTOR		
150101	BIOPSIA DE MUSCULO O TENDON EXTRAOCULAR	40
803101	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VIA ABIERTA	54
803201	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO VIA ABIERTA	54
803401	BIOPSIA ARTICULAR EN MANO Y DEDO VIA ABIERTA	54
803501	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA	54
803601	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VIA ABIERTA	54
803701	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO VIA ABIERTA	54
803801	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS VIA ABIERTA	54
804001	DIVISION DE CAPSULA LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR	51
832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS TENDON FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA ABIERTA	67
832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS TENDON FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA PERCUTANEA	67
PIEL, MAMA Y ANO		
BIOPSIA EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO		
492200	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL SOD	20
542201	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	30
542202	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA	30
542203	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	30
860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURASIMPLE	27
860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIELTEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CONSUTURA)	27
860103	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)	27
BIOPSIA EN MAMA		
851200	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA SOD	30
BIOPSIA EN ANO		
492300	BIOPSIA DE ANO SOD	25
ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA		
APARATO RESPIRATORIO Y MEDIASTINO		
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS		
221401	NASOSINUSCOPIA	60
291101	FARINGOSCOPIA DIAGNOSTICA	60
306001	NASOLARINGOSCOPIA	60
306002	MICROENDOSCOPIA LARINGEA	60
306004	LARINGOSCOPIA	60
306102	BIOPSIA DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA	70
314602	BIOPSIA DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	80
332401	BIOPSIA DE BRONQUIO VIA ENDOSCOPICA	80
ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS		

21205	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL	155
219002	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	155
219004	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	155
219101	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSNASAL	155
219102	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	155
219108	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CAVUM VIATRANSCLIVAL ENDOSCOPICA	155
219109	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CAVUM VIATRANSPTERIGOIDEO ENDOSCOPICA	155
222106	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VIATRANSNASAL	155
222107	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VIATRANSNASAL ENDOSCOPICA	155
223903	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	155
224102	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	155
225002	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR REVISIONAL	155
225004	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR REVISIONAL	270
225006	ESFENOIDECTOMIA REVISIONAL	155
226001	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE SENO PARANASAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	155
226203	RESECCION DE LESION BENIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL	155
226204	RESECCION DE LESION BENIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	155
226403	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL	155
226404	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	155
305102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN LARINGEVIA ENDOSCOPICA	100
306402	EXTRACCION DE DISPOSITIVO LARINGEO VIA ENDOSCOPICA	60
313103	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEAVIA ENDOSCOPICA	100
315104	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	120
319601	INYECCION INTRATRAQUEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA	80
ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS POR LAPAROSCOPIA		
332704	BIOPSIA DE PULMON POR TORACOSCOPIA	80
341502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO O LIBERACION DE ADHERENCIAS POR TORACOSCOPIA	150
345403	BIOPSIAS DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	80
ARTICULACIONES		
ARTROSCOPIAS DIAGNOSTICAS		
802101	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE HOMBRO	74
802401	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE FALANGES (UNA O MAS) DE MANO	74
802501	ARTROSCOPIA DE PELVIS	107
802801	ARTROSCOPIA EN PIE O ARTEJOS (CADA UNO)	74
819810	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA DE COLUMNA VERTEBRAL	107
ARTROSCOPIAS TERAPEUTICAS		
776804	RESECCION DE OSTEOFITOS TIBIALES O TALARES POR ENDOSCOPIA	120
776805	RESECCION DE EXOSTOSIS NO ARTICULAR DE PIE POR ENDOSCOPIA	110
778103	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA VIA ENDOSCOPICA	125
791702	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACION INTERNA VIA ARTROSCOPICA	150
791703	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA CON FIJACION INTERNA	160
799602	REDUCCION DE LAS FRACTURAS INTRAARTICULARES DE RODILLA CON FIJACION INTERNA PORARTROSCOPIA	150
799710	REDUCCION CON FIJACION DE LAS FRACTURASDE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	160
804304	RESECCION DE LESION EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA	110
807203	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL POR ARTROSCOPIA	110

807303	SINOVECTOMIA DE MUÑECA PARCIAL POR ARTROSCOPIA	94
807503	SINOVECTOMIA PARCIAL DE CADERA POR ARTROSCOPIA	110
808012	DESBRIDAMIENTO LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	110
808102	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	110
808114	REMOCION DE EXOSTOSIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	130
808204	REMOCION DE PLICAS DE CODO POR ARTROSCOPIA	110
808402	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE FALANGES (UNA O MAS) POR ARTROSCOPIA	94
812302	ARTRODESIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	170
814708	FIJACION DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA	140
814709	FIJACION E INJERTO OSEO DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA	140
818606	CONDROPLASTIA DEL CODO VIA ARTROSCOPICA	125
838602	CUADRICEPLASTIA POR ARTROSCOPIA	121
ESOFAGO, ESTOMAGO E INTESTINO DELGADO		
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS		
422001	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISION	50
422002	ESOFAGOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	35
422003	ESOFAGOSCOPIA VIA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNOSTICA SIN BIOPSIA	35
422602	BIOPSIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	45
441101	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRURGICA) VIA ABIERTA	50
441102	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRURGICA) VIA LAPAROSCOPICA	50
441200	GASTROSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD	50
451100	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO SOD	50
482101	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL	50
482201	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL	50
ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS		
423301	POLIPECTOMIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	60
423302	CONTROL DE HEMORRAGIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	45
423304	INYECCION (ESCLEROSIS) DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCOPICA	60
423305	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCOPICA	70
429405	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO	75
431002	GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA)	60
434001	ESCISION DE POLIPOS GASTRICOS VIA ENDOSCOPICA	105
434101	LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES GASTRICAS	70
434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA	60
434103	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR	60
434500	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA SOD	60
441301	ESOFAGOGASTRODUODEOSCOPIA [EGD] CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	55
451200	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD	95
463200	YEYUNOSTOMIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA) SOD	95
469701	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO	95
960801	INSERCION ENDOSCOPICA DE SONDA NASOYEYUNAL	55
970200	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA SOD	50
975100	EXTRACCION DE TUBO DE GASTROSTOMIA SOD	50
PANCREAS Y VIAS BILIARES		
ENDOSCOPIA TERAPEUTICA		

510301	DRENAJE BILIAR VIA PERCUTANEA Y COLOCACION DE DISPOSITIVO	175
510302	DRENAJE BILIAR VIA ENDOSCOPICA Y COLOCACION DE DISPOSITIVO	175
511000	COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA SOD	115
511500	MEDICION DE LA PRESION DEL ESFINTER DE ODDI SOD	115
511705	BIOPSIA ESFINTER DE ODDI VIA ENDOSCOPICA	115
512301	LITOTRIPSIA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA	125
516401	ESCISION DE LESION EN LAS VIAS BILIARESVIA ENDOSCOPICA	125
518401	DILATACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA Y DELCONDUCTO BILIAR	125
518500	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD	115
518600	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR SOD	115
518801	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DE LAS VIAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA	125
518902	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA	125
519501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIARVIA ABIERTA	125
519502	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIARVIA LAPAROSCOPICA	125
519503	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIARVIA ENDOSCOPICA	125
521401	BIOPSIA DE DUCTO PANCREATICO VIA ENDOSCOPICA	125
522202	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE PANCREAS VIA ENDOSCOPICA	115
529300	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS STENT) EN EL CONDUCTO PANCREATICOSOD	125
529400	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	125
529700	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOPANCREATICO SOD	115
529800	DILATACION ENDOSCOPICA DE DUCTO PANCREATICO SOD	125
COLON Y RECTO		
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS		
451306	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO CON BIOPSIA	50
452101	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRURGICA) VIA ABIERTA	105
452102	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRURGICA) VIA LAPAROSCOPICA	105
452201	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO GRUESO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	60
452304	MARCACION DE LESION EN COLON VIA ENDOSCOPICA	135
452401	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA	45
492101	ANOSCOPIA CON MAPEO	20
ENDOSCOPIA TERAPEUTICA		
454203	CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA	125
454207	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESOVIA ENDOSCOPICA (1- 3)	105
454208	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESOVIA ENDOSCOPICA (4 - 10)	125
454209	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESOVIA ENDOSCOPICA (11 O MAS)	105
468020	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE DILATACIONAGUDA DE COLON (OGILVIE)	115
468021	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DECOLON (SIGMOIDE)	115
469702	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO	105
489400	DILATACION INSTRUMENTAL ENDOSCOPICA DE RECTO SOD	45
ABDOMEN		
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS		
501003	BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HIGADO	65
502103	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA LAPAROSCOPICA	65
540015	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	65
651202	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	65

661120	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	65
VEJIGA, URETER Y PELVIS RENAL		
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS		
552101	NEFROSCOPIA VIA PERCUTANEA	85
552102	NEFROSCOPIA VIA LAPAROSCOPICA	85
552103	NEFROSCOPIA VIA ENDOSCOPICA RETROGRADA	85
552201	PIELOSCOPIA VIA PERCUTANEA	85
552202	PIELOSCOPIA VIA LAPAROSCOPICA	85
552604	BIOPSIA DE RIÑON VIA ENDOSCOPICA	85
552605	BIOPSIA DE RIÑON VIA LAPAROSCOPICA	56
553102	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION PIELICA	100
558720	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA (POR ENDOPIELOTOMIA O ANTEROGRADA)	100
561102	MEATOTOMIA URETERAL VIA ENDOSCOPICA	60
563101	URETEROSCOPIA ANTEROGRADA DIAGNOSTICA	85
563301	BIOPSIA DE URETER ANTEROGRADA VIA ENDOSCOPICA	85
569002	DILATACION URETERAL VIA ENDOSCOPICA	55
570101	LIMPIEZA Y DRENAJE TRANSURETRAL DE VEJIGA	90
570502	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA LAPAROSCOPICA	115
570503	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ENDOSCOPICA	120
570504	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA POR ABLACION	115
573101	CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMIA	75
573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	75
573301	BIOPSIA UNICA DE VEJIGA TRANSURETRAL	75
573302	BIOPSIA MULTIPLE DE VEJIGA TRANSURETRAL	75
574100	ABLACION TRANSURETRAL DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES SOD	75
574201	RESECCION DE LESION VESICAL VIA ENDOSCOPICA	100
574202	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESION VESICAL	100
576061	RESECCION TRANSURETRAL (ENDOSCOPICA) DECUELLO VESICAL	70
577301	EXTIRPACION TOTAL DE VEJIGA URINARIA [CISTECTOMIA] VIA ABIERTA	240
588202	INSERCION DE DISPOSITIVO MEDICO URETRALVIA ENDOSCOPICA	90
592008	PIELOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PELVIS RENAL VIA ENDOSCOPICA RETROGADA	200
592202	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA PERCUTANEA	115
592204	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ENDOSCOPICA	115
592401	LITOTRICIA (FRAGMENTACION) INTRACORPOREA DE CALCULOS EN VIA URINARIA	185
598001	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCION VIA ENDOSCOPICA	75
URETRA Y PROSTATA		
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS		
582101	URETROSCOPIA PERINEAL	25
ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS		
579101	ESFINTEROTOMIA VESICAL CERRADA ENDOSCOPICA	115
580050	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA	120
583101	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESIONES URETRALES	75
583102	ESCISION ENDOSCOPICA DE VALVA CONGENITADE URETRA	115
592303	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ENDOSCOPICA	95
600112	DRENAJE DE COLECCION EN PROSTATA VIA ENDOSCOPICA	60

602001	RESECCCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA [RTUP] O ADENOMECTOMIA	200
609402	CONTROL DE HEMORRAGIA PROSTATICA VIA ENDOSCOPICA	120
609501	COLOCACION DE DISPOSITIVO TRANSURETRAL EN URETRA PROSTATICA VIA ABIERTA	92
609502	COLOCACION DE DISPOSITIVO TRANSURETRAL EN URETRA PROSTATICA VIA PERCUTANEA	92
609503	COLOCACION DE DISPOSITIVO TRANSURETRAL EN URETRA PROSTATICA VIA ENDOSCOPICA	92
981905	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE URETRA	95
APARATO GENITAL FEMENINO		
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS		
681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	60
702101	VAGINOSCOPIA	30
702203	COLPOSCOPIA	30
711001	VULVOSCOPIA	30
753101	AMNIOSCOPIA	95
753502	BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL VIA VAGINAL	40
ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS POR LAPAROSCOPIA		
545101	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA	140
549202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO) POR LAPAROSCOPIA	70
549400	CREACION DE DERIVACION [CORTOCIRCUITO] PERITONEO-VASCULAR SOD	250
595103	URETROCISTOPEXIA POR LAPAROSCOPIA	125
652702	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	70
657802	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	75
662201	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA	65
667302	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	140
667402	SALPINGOHISTEROTOMIA (SALPINGO-UTEROSTOMIA) POR LAPAROSCOPIA	140
667610	SALPINGOLISIS POR LAPAROSCOPIA	110
667902	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROSCOPIA	125
691230	SECCION DE LIGAMENTO UTERO SACRO POR LAPAROSCOPIA	90
691902	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHOPOR LAPAROSCOPIA	85
694202	CIERRE DE FISTULA DE UTERO (ISTMOCELE) POR LAPAROSCOPIA	154
694204	CIERRE DE FISTULA DE UTERO (ISTMOCELE) POR HISTEROSCOPIA	154
694301	REPARACION DE UTERO BICORNE POR LAPAROTOMIA	159
694302	REPARACION DE UTERO BICORNE POR LAPAROSCOPIA	159

PROGRAMA PARA EL MANEJO DE FISTULAS

Los pacientes con fistulas intestinales secundarias a complicaciones posquirúrgicas de otros prestadores y/o de alto gasto secundarias a patologías de base (tipo colitis, procesos autoinmunes, tumores, secuelas de traumas, entre otras), demandan gran recurso médico asistencial, por ese motivo se estructura la tarifa diferencial para este tipo de casos que comprende:
1) El paciente debe ingresar directamente a la UCI.
2) Cada intervención quirúrgica a nivel abdominal que se realice en estos pacientes, debe ser reconocida con la siguiente prestación: 541701-01 CIRUGIA PARA MANEJO DE FISTULAS LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA con 282 UVR. Este código se usará cada vez que el paciente sea llevado a cirugía (1 vez por intervención) y no Se incluye para cirugías por fuera del abdomen tales como toracotomías, colocación de catéter venoso central, entre otros. Los honorarios para el grupo médico que participa en la Cirugía (Cirujano principal, ayudante y anestesiólogo) así como los derechos de sala se cobrarán de acuerdo a los valores pactados para estos ítems, multiplicados por las 282 UVR. Los insumos quirúrgicos empleados se cobrarán de acuerdo a las cantidades usadas, tal y como se hace para las cirugías con más de 170 UVR.
3) Una vez el paciente egrese de la UCI/ UCIN, se trasladará a una habitación en piso y el concepto de estancia diario que se cobrará será la prestación 10A001-003 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL AISLAMIENTO ESPECIAL.
4) El grupo de cirujanos a cargo del manejo del paciente, en hospitalización podrá cobrar el manejo diario y seguimiento con la siguiente prestación: 890602 CUIDADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (Aplica cuando los pacientes con fistulas sean trasladados a hospitalización (incluido Betania). No Se incluye para UCI / UCIN). Esta prestación no se cobrará los días que el paciente sea llevado a cirugía y cuando este en la UCI. Se cobrará en piso a partir del traslado a piso e independiente de que se encuentre en el postoperatorio.
5) Dado lo especial de estos pacientes, el asegurador debe garantizar que el seguimiento ambulatorio se hará de forma exclusiva por el equipo de la FVL, quien cobrará por cada valoración (independientemente de la frecuencia) la siguiente prestación: 890235 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL.

Código	Descripción	UVR
541701-01	CIRUGIA PARA MANEJO DE FISTULAS LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA	282

Procedimiento exclusivo para pacientes del manejo de fistulas que Se incluye para los siguientes códigos:
862007 DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL
540013 DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA ABIERTA
541701 LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA
541702 LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA LAPAROSCOPICA
546100 NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL EVISCERACION SOD

CAPÍTULO III

OTROS PROCEDIMIENTOS

ARTÍCULO 6: Las tarifas que se relacionan a continuación corresponden a los honorarios médicos del especialista tratante.

El ayudante se calculará el 30% sobre el valor del honorario del cirujano y el anestesiólogo será el 40% sobre el valor del honorario del cirujano. La tarifa mínima de anestesia es de $ 350.006

Procedimientos quirúrgicos

Código	Descripción	Valor
38100	INYECCIONES NEUROLITICAS SUBARACNOIDEASSOD	$ 133.884
39003	INSERCION DE CATETER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA	$ 193.730
39004	INSERCION DE CATETER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	$ 193.730
39500	PARCHE HEMATICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL SOD	$ 151.724
40601	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO VAGO	$ 5.298.780
53102	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL	$ 112.881
53105	BLOQUEO DE UNION MIONEURAL	$ 112.791
53107	BLOQUEO DE NERVIO FRENICO	$ 112.881
53109	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS	$ 56.259
60101	DRENAJE DEL AREA TIROIDEA VIA PERCUTANEA	$ 265.944
82504	ABLACION DE LESION DE PARPADOS	$ 69.619

94401	INTUBACION DE VIA LAGRIMAL VIA EXTERNA	$ 76.641
129302	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR FAQUICO EN CAMARA ANTERIOR	$ 2.920.575
129303	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR FAQUICO EN CAMARA POSTERIOR	$ 2.947.703
202402	ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA VIA ENDOSCOPICA	$ 84.871
210101	CONTROL DE EPISTAXIS POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL	$ 74.589
210201	CONTROL DE EPISTAXIS POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL	$ 199.572
210202	CONTROL DE EPISTAXIS POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 199.572
210203	CONTROL DE EPISTAXIS POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR	$ 199.572
219010	ABLACION DE LESION INTRANASAL POR INFILTRACION	$ 69.436
219201	TURBINECTOMIA VIA TRANSNASAL	$ 168.320
219202	TURBINECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 168.320
231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	$ 250.873
231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	$ 669.659
262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	$ 562.743
275202	ESTOMATORRAFIA SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	$ 1.428.937
306506	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIATERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA	$ 530.662
354201	ATRIOSEPTOSTOMIA (CREACION O AMPLIACIONDE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.101.644
358710	REPARACION DE COARTACION AORTICA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.180.362
380602	TROMBOLISIS ARTERIAL ABDOMINAL VIA ENDOVASCULAR	$ 1.059.813
385401	OCLUSION DE VASOS ESPINALES VIA ENDOVASCULAR	$ 7.781.289
385520	OCLUSION DE VASOS TORACICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 1.304.578
385620	OCLUSION DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ENDOVASCULAR	$ 2.379.809
385720	OCLUSION DE VENAS INTRAABDOMINALES VIA ENDOVASCULAR	$ 1.618.148
389400	DISECCION VENOSA SOD	$ 58.808
391704	DERIVACION PORTO-SISTEMICA TRANSYUGULARINTRAHEPATICA	$ 5.685.669
396501	OXIGENACION EXTRACORPOREA DE MEMBRANA [ECMO]	$ 1.868.333
399000	COLOCACION DE OTROS DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES SOD	$ 1.059.813
428100	INSERCION DE TUBO O PROTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESOFAGO SOD	$ 1.297.443
502102	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA PERCUTANEA	$ 326.175
519601	EXTRACCION DE CALCULOS EN VIA BILIAR VIA PERCUTANEA	$ 1.224.351
542803	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPEUTICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 71.311
547505	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA ABIERTA	$ 1.339.866
549004	COLOCACION DE CATETER PERITONEAL IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL	$ 129.407
559220	DRENAJE PERCUTANEO DE COLECCION O QUISTE RENAL	$ 326.175
583103	RESECCION O ABLACION ENDOSCOPICA DE LESION O TEJIDO URETRAL	$ 513.519
586300	DILATACION DE URETRA POR SONDEO SOD	$ 56.259

592004	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ENDOSCOPICA RETROGADA			$ 908.676
599301	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMIA			$ 31.997
599401	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMIA			$ 31.997
673201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO			$ 54.421
760902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL			$ 1.579.483
768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR			$ 287.537
768701	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACION INTERNA DE HUESO FACIAL			$ 1.704.821
768702	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR			$ 777.122
770932	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VIA PERCUTANEA			$ 195.713
819201	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE LA ARTICULACION O EL LIGAMENTO			$ 19.858
857203	RECONSTRUCCION DE MAMA UNILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO			$ 1.223.344
861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION			$ 69.619
861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)			$ 530.662
862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL			$ 69.619
862601	DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA	Procedimientos para la eliminación del material extraño y del tejido desvitalizado o contaminado de una lesión traumática o infectada, o de zonas adyacentes, hasta que se descubre tejido sano circundante. Se incluye para Tejidos Blandos: Ulcera por presión, Fasciotomia, defectos de cobertura (Primera vez).		$ 688.824
862602	SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA	Procedimientos para la eliminación del material extraño y del tejido desvitalizado o contaminado de una lesión traumática o infectada, o de zonas adyacentes, hasta que se descubre tejido sano circundante. Se incluye para: cambio de vac en cualquier uso.		$ 476.922
867108	COLGAJO COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR (EN PROPELA)			$ 4.649.200
868310	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL POR LIPOSUCCION			$ 895.087
868312	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS PELVIS GLUTEOS O BRAZOS POR LIPOSUCCION			$ 895.087
887101	NAVEGACION ELECTROMAGNETICA COMO GUIA DE PROCEDIMIENTOS	**Incluye** Neuronavegador - Uso total.	**No incluye** los insumos para neuronavegación.	$ 7.956.993
891903	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA CORTICAL Y SUBCORTICAL	Observación: Valor equivale a 1 fracción de tiempo de 1 hora. Se cobra en todos los eventos al 100%.		$ 427.515
891904	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA DE BASE DE CRANEO, TRONCO CEREBRAL Y PARES CRANEANOS	Observación: Valor equivale a 1 fracción de tiempo de 1 hora. Se cobra en todos los eventos al 100%.		$ 427.515
891905	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA DEL X PAR O DEL NERVIO LARINGEO RECURRENTE	Observación: Valor equivale a 1 fracción de tiempo de 1 hora. Se cobra en todos los eventos al 100%.		$ 427.515
891906	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA CEREBRAL EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	Observación: Valor equivale a 1 fracción de tiempo de 1 hora. Se cobra en todos los eventos al 100%.		$ 427.515
891907	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA DE COLUMNA VERTEBRAL Y MEDULA ESPINAL	Observación: Valor equivale a 1 fracción de tiempo de 1 hora. Se cobra en todos los eventos al 100%.		$ 427.515
891908	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO	Observación: Valor equivale a 1 fracción de tiempo de 1 hora. Se cobra en todos los eventos al 100%.		$ 427.515
960401	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TECNICA RETROGRADA			$ 129.407

970500	SUSTITUCION DE TUBO O DISPOSITIVO EN VIAS BILIARES O CONDUCTO PANCREATICO SOD	$ 179.878
976501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	$ 31.997
378102-01	INSERCION DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA SOD	$ 897.604

El ayudante se calculará el 30% sobre el valor del honorario del cirujano y el anestesiólogo será el 50% sobre el valor del honorario del cirujano. La tarifa mínima de anestesia es de $ 350.006

Procedimientos NO quirúrgicos

Código	Descripción			Valor
53110	BLOQUEO DE NERVIO VAGO			$ 112.881
94201	SONDEO Y LAVADO DE LAS VIAS LAGRIMALES VIA EXTERNA			$ 153.306
110001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA			$ 67.270
169002	INYECCION INTRAPALPEBRAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA			$ 56.259
169003	INYECCION SUBCONJUNTIVAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA			$ 56.259
169007	INYECCION EN MUSCULOS EXTRAOCULARES DE SUSTANCIA TERAPEUTICA			$ 56.259
202401	ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA			$ 84.871
389002	COLOCACION CATETER ARTERIAL PERIFERICO (LINEA ARTERIAL)			$ 129.407
389102	INSERCION DE CATETER YUGULAR			$ 129.407
542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNOSTICA VIA PERCUTANEA			$ 66.434
542802	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA			$ 71.311
569001	DILATACION DE MEATO URETERAL			$ 56.259
569801	INYECCION O INFILTRACION PARAURETERAL			$ 530.662
579401	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)			$ 31.997
579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)			$ 31.997
597210	INYECCION ENDOSCOPICA DE IMPLANTE EN CUELLO VESICAL O INTRAURETRAL			$ 530.662
641201	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA			$ 67.270
697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]			$ 201.979
768600	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR SOD			$ 803.919
819202	APLICACION DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS DENTRO DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	**Incluye:** Honorario del Ortopedista Derecho de sala Insumos básicos tales como: guantes, gasa, jeringa, alcohol, solución desinfectante	**No incluye:** Kit sistema para la obtención del plasma Consulta de control Complicaciones	$ 387.511
Observación: La tarifa aplica para una articulación				
829200	ASPIRACION DE BURSA DE MANO SOD			$ 54.421
829400	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO SOD			$ 46.041
829500	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON DE MANO SOD			$ 46.041
839700	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON SOD			$ 46.041

849601	LITOTRICIA ORTOPEDICA DE ALTA ENERGIA	**Incluye:** .- Evaluación inicial .- Dos o tres sesiones (una semanal) .- Evaluación a la segunda semana Si no se logra controlar el dolor superior a un 50% se realizará una cuarta sesión en dos semanas .- Evaluación y reporte final .- Terapia eléctrica concomitante en todas las sesiones (tens, ondas H o rusas, etc) dependiendo de la patología	**No Incluye:** .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.620.327
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se incluye para: Tratamiento de dolor articular y/o tendinosos de procesos inflamatorios crónicos y de patologías deportivas seleccionadas Cubre hasta 5 sesiones. **En caso de que el procedimiento se realice bilateral aplica el porcentaje de acuerdo a la tabla de liquidación de procedimientos y/o intervenciones múltiples.**				
861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION			$ 102.816
861401	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES			$ 148.482
861402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES			$ 155.910
861403	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES			$ 167.376
861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS			$ 201.979
861803	INSERCION DE CATETER SUBDERMICO (EPIDERMOCLISIS)			$ 112.609
861903	RECAMBIO DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN DISPOSITIVO DE INFUSION			$ 569.461
863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL HASTA SEIS LESIONES			$ 82.905
863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL MAS DE SEIS LESIONES			$ 174.526
869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD			$ 71.622
935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)			$ 74.858
935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO			$ 57.733
935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO PIERNA O TOBILLO)			$ 80.667
935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE			$ 57.733
935400	APLICACION DE FERULA SOD			$ 54.221
964900	INSTILACION GENITOURINARIA SOD			$ 61.736
971100	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD			$ 57.733
971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD			$ 57.733
972300	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD			$ 21.238
973700	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD			$ 10.811
978801	EXTRACCION NO QUIRURGICA DE DISPOSITIVODE INMOVILIZACION EXTERNO			$ 189.324
981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD			$ 105.836
981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL			$ 105.836
992300	INYECCION O INFILTRACION DE ESTEROIDE SOD			$ 149.733
994200	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA DE BOTULISMO SOD			$ 475.125

ARTÍCULO 7: Se factura por evento cuando no existe paquete por el servicio requerido por el paciente y que se encuentran listados en este capítulo. Cuando se realizan varios procedimientos y el de mayor valor no es paquete, este se facturará al 100% y los subsecuentes se liquidarán de acuerdo a los siguientes parágrafos. Solo se cobrarán hasta 3 procedimientos en un mismo evento.
PARAGRAFO 1: Si de la misma especialidad o subespecialidad en un acto se realiza en el paciente varios procedimientos especiales intervencionistas de radiología, de hemodinamia o electrofisiología, por igual vía de acceso, se pagará el cien por ciento (100%) de la mayor tarifa sobre los efectuados, más el sesenta por ciento (60%) de aquel con valor en pesos igual o subsiguiente.
Si de la misma especialidad o subespecialidad en un acto se realiza en el paciente varios procedimientos especiales intervencionistas de radiología, de hemodinamia o electrofisiología, por diferente vía de acceso, se pagará el cien por ciento (100%) de la mayor tarifa sobre los efectuados, más el setenta y cinco por ciento (75%) de los procedimientos adicionales realizados.
PARAGRAFO 2: En el caso que complementario al acto quirúrgico se requiera efectuar en el quirófano, sala de pequeña cirugía, sala de endoscopia, sala de intervencionismo Vascular cualquier procedimiento clínico adicional (endoscopia, rayos X, ecografía, entre otros) se liquidará cada procedimiento al 100%.
PARAGRAFO 3: En los casos en que por causa justificada se requiera anestesia general **o** sedación intravenosa, el valor a facturar por concepto de honorarios de anestesiólogo, se calculará con base en el Honorario del especialista, el cual corresponde a la tarifa que se relaciona a continuación por el 30%. La tarifa mínima de anestesia en este servicio es de $ 350.006
PARAGRAFO 4: Cuando se realice un procedimiento diagnóstico y en el mismo evento se realice un procedimiento terapéutico ambos se cobrarán al 100%.

Procedimientos de Hemodinamia

Código	Descripción	Valor
351103	VALVULOPLASTIA AORTICA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.274.406
351203	VALVULOPLASTIA MITRAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.274.406
351303	VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.274.406
351403	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.456.357
355102	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.251.473
355205	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.698.489
358903	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 1.556.314
360101	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) UNO O DOS VASOS	$ 1.592.077
360102	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS	$ 1.819.514
360600	INSERCION O IMPLANTE DE PROTESIS INTRACORONARIA (STENT) SOD	$ 398.017
372301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.727.552
372401	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCION TRANSEPTAL EN CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDO	$ 2.657.626
372402	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZON	$ 932.517
373406	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.273.940
378902	EXPLANTE O ELIMINACION DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) O RESINCRONIZADOR O CARDIORESINCRONIZADOR	$ 1.440.444
382303	PRUEBA FUNCIONAL MECANICA DE VASOS INTRACRANEALES	$ 5.998.667
382304	PRUEBA FUNCIONAL QUIMICA EN VASOS INTRACRANEALES	$ 5.998.667
385220	OCLUSION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO VIA ENDOVASCULAR	$ 5.998.667
385920	OCLUSION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES VIA ENDOVASCULAR	$ 1.304.578
386402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO) VIA ENDOVASCULAR[PERCUTANEA]	$ 1.121.041
387300	INSERCION DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR) SOD	$ 1.255.999
395010	ANGIOPLASTIA DE VASOS INTRACRANEALES CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO	$ 7.852.036
395018	ANGIOPLASTIA DE VASOS CERVICALES CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO	$ 3.330.632
395030	ANGIOPLASTIA CON BALON DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 2.611.685
395031	ANGIOPLASTIA CON BALON DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	$ 3.330.632

395060	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON	$ 2.611.685
395061	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	$ 3.330.632
395080	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES CON BALON	$ 2.611.685
395081	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES CON BALON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	$ 3.330.632
395205	REPARACION DE ANEURISMA POR OCLUSION VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 9.803.252
872201	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR CATETERISMO BRAQUIAL RETROGRADO O POR CATETERISMO FEMORAL	$ 840.255
872202	AORTOGRAMA ABDOMINAL Y ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	$ 1.977.623
874111	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANENANA	$ 1.895.230
874112	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 2.495.837
874113	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 1.128.558
874114	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 1.497.504
874121	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANENANA	$ 1.895.230
874122	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA INTRACRANENANA	$ 2.495.837
874123	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 1.128.558
874124	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 1.497.504
874125	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	$ 1.895.230
874131	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 1.128.558
874132	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 1.497.504
874133	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CAROTIDAS (PANANGIOGRAFIA)	$ 2.870.207
874134	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	$ 1.895.230
875101	ANGIOGRAFIA ESPINAL	$ 1.719.954
875411	DISCOGRAFIA CERVICAL (UN DISCO)	$ 548.790
875412	DISCOGRAFIA CERVICAL (DOS O MAS DISCOS)	$ 1.382.513
875421	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (UN DISCO)	$ 548.790
875422	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (DOS O MAS DISCOS)	$ 1.382.513
875431	DISCOGRAFIA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)	$ 548.790
875432	DISCOGRAFIA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MAS DISCOS)	$ 1.382.513
875441	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (UN DISCO)	$ 548.790
875442	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (DOS O MAS DISCOS)	$ 1.382.513
876110	AORTOGRAMA TORACICO	$ 840.255
876121	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMODERECHO E IZQUIERDO	$ 1.262.316
876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMOIZQUIERDO	$ 1.191.461
876130	ARTERIOGRAFIA PULMONAR	$ 1.107.209
876131	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO	$ 2.311.846
876132	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	$ 1.740.978
876137	ARTERIOGRAFIA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCION VENOSA	$ 455.656

876140	ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA	$ 1.455.899
876190	ARTERIOGRAFIA SELECTIVA TORACICA DE OTROS VASOS	$ 1.455.899
876241	ANGIOGRAFIA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	$ 348.728
876320	FLEBOGRAFIA TORACICA (VENAS PULMONARES)	$ 648.859
876400	LINFANGIOGRAFIA INTRATORACICA SOD	$ 1.253.197
876500	FISTULOGRAFIA DE PARED TORACICA SOD	$ 169.595
877110	AORTOGRAMA ABDOMINAL	$ 840.255
877112	ARTERIOGRAFIA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA)	$ 1.977.623
877171	ARTERIOGRAFIA PELVICA (SELECTIVA)	$ 1.186.582
877201	FLEBOGRAFIA [VENOGRAFIA] ABDOMINAL O PELVICA (SELECTIVA)	$ 438.365
877214	PORTOGRAFIA TRANSHEPATICA	$ 1.021.738
878101	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR	$ 1.358.217
878111	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORACICO	$ 2.274.260
878201	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCION	$ 1.092.103
878901	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE COLOCADO	$ 473.149
878902	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA	$ 1.059.813
878903	VENOGRAFIA SELECTIVA	$ 438.477
893802	CURVA DE HIPEROXIA	$ 278.652
895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO	$ 474.275
895910	PRUEBAS DE FUNCION AUTONOMICA CARDIOVASCULAR	$ 653.881
877112-01	ARTERIOGRAFIA RENAL BILATERAL SELECTIVACON AORTOGRAMA ABDOM	$ 1.933.106

Procedimientos de Electrofisiología

Los valores descritos solo hacen referencia a los honorarios de Electrofisiología.
No Incluyen derechos de sala, insumos, electrodos, marcapasos, resincronizador, hospitalización.

Código	Descripción	Observación	Valor
378001	INSERCION [IMPLANTACION] DE MONITOR DE EVENTOS		$ 619.545
378102	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		$ 462.712
378201	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS UNICAMERAL		$ 619.545
378301	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERAL		$ 931.805
378501	REVISION (REPROGRAMACION) DE MARCAPASOS		$ 78.482
378503	REVISION (REPROGRAMACION) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR)		$ 124.593
378901	EXPLANTE O ELIMINACION DE MARCAPASO		$ 1.134.040
895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE		$ 367.314
996102	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO	Este procedimiento también lo realiza un Médico Internista y/o Urgenciólogo.	$ 186.584

378501-001	REVISION (REPROGRAMACION) DE MARCAPASOSPARA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA	**Incluye** .- Valoración por electrofisiólogo antes de la RNM. .- Apagado del marcapaso. .- Supervisión por el electrofisiólogo durante la RNM. .- Encendido del marcapaso. .- Valoración por electrofisiólogo una vez se realice la RNM.	$ 313.692

CAPÍTULO IV

EXÁMENES, ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Laboratorio Clínico

Existen exámenes paraclínicos que de acuerdo al momento natural de la enfermedad deben ser solicitados y tomadas muestras antes de iniciar el tratamiento y/o antes del egreso del paciente, y cuyo resultado no es posible obtener antes de cualquiera de esos momentos, por lo general el análisis se realiza en una consulta post hospitalaria o ambulatoria y puede dicho resultado cambiar o no la decisión terapéutica. Razón por la cual no será objeto de glosa porque se facturarán en la cuenta hospitalaria o ambulatoria y no necesariamente tendrá como soporte el resultado del mismo.

Para el caso del hemograma tipo IV los informes de Histogramas y dispersogramas no irán anexos a la factura sino que quedan disponibles para revisión en el sistema de información del laboratorio.

En aquellos casos en que el paciente requiera laboratorios de remisión, patologías, o laboratorios como: (cultivos mycobaterium, citometrias de flujo, pruebas especializadas de oncología, entre otras) que por la técnica empleada no cuenten con resultado antes del egreso del paciente, la entidad NO podrá generar glosa por falta del resultado.

Si el médico ordena adicional al Colesterol Total la fracción LDL aplica su cobro, igualmente Se incluye para el Hemograma y velocidad de sedimentación globular (VSG).

Para pruebas manuales o de screening, aplica normatividad del ministerio. Ver anexo CIRCULAR EXTERNA GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA pruebas rápidas. Códigos 906317-001, 906039-001 y 906263-001

Código	Descripción	Valor
898226	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	$ 1.154.004
901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$ 17.749
901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 25.416
901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 40.518
901108	COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA	$ 9.065
901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	$ 34.802
901206	COPROCULTIVO	$ 19.349
901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA	$ 138.673
901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 135.373
901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 34.575
901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA	$ 199.538
901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA	$ 81.269
901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOSEN MEDULA OSEA	$ 108.314
901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINAY HECES	$ 151.820
901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOSDE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	$ 78.089
901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 92.478
901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADAMUESTRA	$ 138.673
901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$ 92.478
901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	$ 133.995

901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 87.933
901301	BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA	$ 28.139
901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 19.622
901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 9.417
901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	$ 73.835
901502	CLOSTRIDIUM TOXINA	$ 219.005
902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	$ 132.856
902002	AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 243.684
902004	ANTICOAGULANTE LUPICO	$ 149.945
902005	PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL	$ 142.830
902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TPCRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 99.016
902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 61.634
902012	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	$ 172.936
902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	$ 42.316
902016	FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	$ 42.316
902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE OPROCONVERTINA]	$ 42.316
902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION	$ 42.316
902019	ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 461.299
902020	FACTOR X [STUART PROWER]	$ 42.316
902021	FACTOR XI [PTA]	$ 42.316
902024	FIBRINOGENO	$ 17.810
902025	HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACION	$ 99.821
902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$ 112.683
902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$ 223.786
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 22.861
902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 33.160
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 28.550
902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	$ 291.286
902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$ 461.299
902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE	$ 860.620
902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$ 117.459
902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 148.036
902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 34.938
902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 75.984
902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 4.380
902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$ 10.587

902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS IN	$ 33.510
902211	HEMATOCRITO	$ 4.335
902213	HEMOGLOBINA	$ 6.021
902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 19.437
902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$ 9.417
902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 33.510
902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 7.040
902219	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	$ 7.119
902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 8.731
902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 36.444
903012	DIOXIDO DE CARBON	$ 34.148
903016	FERRITINA	$ 49.114
903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 41.600
903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 44.029
903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$ 48.217
903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$ 48.217
903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	$ 153.183
903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 90.120
903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	$ 38.605
903065	PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)	$ 139.571
903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 70.532
903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 57.418
903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 99.415
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 49.739
903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	$ 166.010
903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 447.372
903503	LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	$ 62.589
903504	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS FA	$ 65.587
903602	AMONIO	$ 28.077
903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 63.381
903604	CALCIO IONICO	$ 99.459
903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 99.415
903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$ 138.673
903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 10.085
903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 10.176
903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 9.497

903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 9.141
903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18.846
903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 18.085
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 15.285
903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 10.069
903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	$ 102.274
903813	CLORO	$ 8.731
903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 8.381
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 16.778
903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 72.962
903818	COLESTEROL TOTAL	$ 13.430
903820	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	$ 92.843
903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 22.695
903823	CREATININA DEPURACION	$ 21.493
903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 9.508
903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	$ 8.471
903827	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 8.471
903828	DESHIDROGENASA LACTICA	$ 17.493
903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 11.574
903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 11.864
903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 24.077
903837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO	$ 92.478
903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 29.691
903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 38.605
903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 9.508
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 9.417
903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 30.542
903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 26.085
903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 20.366
903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	$ 16.183
903846	HIERRO TOTAL	$ 52.383
903847	LIPASA	$ 20.946
903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$ 54.544
903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL D	$ 49.602
903851	LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA	$ 62.589
903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$ 62.589

903853	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y	$ 62.589
903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 22.695
903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 22.695
903856	NITROGENO UREICO	$ 11.150
903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 11.150
903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 25.463
903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 24.411
903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 9.417
903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 9.417
903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18.131
903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 17.385
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 13.780
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 13.780
903868	TRIGLICERIDOS	$ 15.726
903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	$ 17.385
903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 10.493
903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 9.417
903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL	$ 25.463
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 9.417
904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$ 84.204
904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 88.054
904108	PROLACTINA	$ 69.085
904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 87.777
904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	$ 101.621
904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$ 101.621
904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 114.184
904503	ESTRADIOL	$ 74.971
904504	ESTRIOL	$ 74.317
904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 45.511
904510	PROGESTERONA	$ 75.932
904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	$ 496.933
904601	TESTOSTERONA LIBRE	$ 101.120
904602	TESTOSTERONA TOTAL	$ 97.375
904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 153.047
904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 73.647
904801	ALDOSTERONA	$ 131.683

904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 64.796
904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 198.782
904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$ 83.473
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 68.370
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 94.199
904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	$ 162.099
904920	TIROGLOBULINA	$ 108.314
904921	TIROXINA LIBRE	$ 48.475
904922	TIROXINA TOTAL	$ 49.602
904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	$ 54.181
904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 80.846
904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 57.283
905106	NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR Xa (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)	$ 99.821
905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 67.244
905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 140.470
905213	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	$ 68.052
905313	LITIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 29.343
905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 172.273
905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 305.184
905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 431.461
905505	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 180.695
905604	DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 58.287
905727	DROGAS DE ABUSO	$ 43.880
905738	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	$ 55.285
906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$ 17.918
906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA OAUTOMATIZADA	$ 95.400
906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 75.291
906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 82.913
906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.754
906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.715
906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.662
906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G	$ 91.185
906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M	$ 91.185
906212	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.451
906215	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.284
906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 80.858

906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 78.881
906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 86.090
906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES[ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 78.881
906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 78.881
906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 83.473
906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADOO AUTOMATIZADO		$ 111.294
906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 57.714
906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 72.660
906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 57.714
906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 117.744
906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Se cobra 1 examen por cada componente sanguíneo trasfundido.	$ 78.878
906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		$ 87.520
906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		$ 101.711
906245	Sarampion ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 71.298
906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 55.084
906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 81.524
906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2ANTICUERPOS		$ 71.989
906262	HEPATITIS B ANTICUERPOS [ANTI-HBs] MANUAL		$ 35.148
906263	HEPATITIS C ANTICUERPOS MANUAL		$ 40.762
906270	SARS CoV-2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G		$ 32.550
906271	SARS CoV-2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig M		$ 32.550
906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 48.825
906314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO		$ 89.179
906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]		$ 74.317
906318	Hepatitis B ANTIGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 78.881
906327	Rotavirus ANTIGENOS MANUAL		$ 39.440
906329	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTIGENO		$ 55.320
906333	ASPERGILLUS SPP ANTIGENO (GALACTOMANAN)SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 260.070
906340	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTIGENO		$ 87.702
906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 171.359
906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 98.031
906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 98.213
906414	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 87.723
906415	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO		$ 170.980
906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 101.579

906418	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$ 116.820
906429	JO1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 101.711
906430	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.646
906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 43.106
906438	MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 52.288
906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$ 67.848
906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.773
906454	SSA [RO] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO OAUTOMATIZADO	$ 92.646
906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.049
906456	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.325
906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 99.415
906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 111.095
906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 106.624
906474	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.151
906475	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.151
906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.364
906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.364
906481	BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.349
906482	BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 111.778
906484	MICROSOMALES HIGADO Y RIÑON ANTICUERPOSSEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56.684
906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 498.794
906501	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	$ 747.093
906502	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	$ 1.708.013
906503	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B	$ 501.596
906504	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	$ 99.459
906506	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	$ 747.093
906514	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	$ 441.929
906520	ANTICUERPOS DONANTE ESPECIFICO (DONANTE- RECEPTOR TRASPLANTE)	$ 695.995
906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE I	$ 1.008.429
906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE II	$ 1.008.429
906527	PRUEBA DE QUIMERISMO	$ 668.278
906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.607
906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.792
906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.607
906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.607
906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.607

906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.607
906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.607
906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.433
906626	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.433
906706	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 391.857
906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 304.779
906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 178.878
906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 178.878
906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 178.878
906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.196
906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.196
906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 357.756
906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 120.699
906809	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	$ 82.379
906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 64.264
906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$ 81.255
906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$ 81.255
906832	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$ 81.255
906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 57.951
906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 247.924
906844	DETERMINACION DE LA EXPLOSION RESPIRATORIA DE LOS GRANULOCITOS	$ 474.050
906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 116.745
906853	INTERLEUQUINA 6	$ 94.247
906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 17.844
906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	$ 81.255
906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	$ 81.255
906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.814
906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$ 87.534
906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 14.784
906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	$ 18.997
906917	CRIOGLOBULINAS	$ 13.871
907002	COPROLOGICO	$ 9.065
907004	COPROSCOPICO	$ 25.416
907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	$ 18.068
907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	$ 40.169
907106	UROANALISIS	$ 11.514

908404	CARIOTIPO CON BANDEO G		$ 970.919
908410	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA		$ 961.978
908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS		$ 961.978
908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A		$ 666.035
908438	EXTRACCION DE ACIDOS NUCLEICOS		$ 110.570
908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACION		$ 666.035
908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL		$ 423.972
908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL		$ 909.248
908811	Epstein-Barr CARGA VIRAL		$ 466.199
908832	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGAVIRAL		$ 407.620
908855	IDENTIFICACION DE OTRA BACTERIA (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES		$ 559.701
908856	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES		$ 133.849
908877	Clostridium difficile IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		$ 640.888
908888	Chlamydia IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		$ 399.727
908889	Neisseria gonorrhoeae IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		$ 399.727
898226-001	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO - HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNO (HPN)		$ 1.074.708
901003-003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM		$ 122.177
901003-004	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM		$ 86.977
901009-001	DETECCION DE CARBAPENEMASAS (CARBA NP)		$ 85.785
901009-003	DETECCION DE CARBAPENEMASAS (GENES DE RESISTENCIA)		$ 222.036
901009-004	DETECCION DE CARBAPENEMASAS - EDTA		$ 64.804
901210-002	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS MYCOPLASMA/UREAPLASMA EN LIQUIDO AMNIOTICO		$ 236.761
901213-001	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIA RASTREO PARA CANDIDA AURIS		$ 56.720
901217-001	CULTIVO CUANTITATIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES		$ 123.320
901217-33	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN PACIENTE DE FIBROSIS QUISTICA		$ 181.476
901230-36	HEMOCULTIVO MICOBACTERIAS		$ 92.478
902003-001	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA SANGRADO		$ 526.138
902003-002	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA PARA HIPERAGREGABILIDAD		$ 526.138
902003-003	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA ACIDO ARAQUIDONICO		$ 526.138
903848	LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUOMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	Aplica únicamente para examen citoquímico	$ 172.734
903857-3	NITROGENO UREICO [BUN] EN ORINA ESPONTANEA		$ 11.150
903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL		$ 9.417
903883-001	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]C U		$ 7.818
905410-3	VANCOMICINA CUANTITATIVA NIVEL VALLE		$ 151.574
905410-31	VANCOMICINA CUANTITATIVA NIVEL PICO		$ 151.574

906039-002	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA - PRUEBA MANUAL		$ 23.676
906249-001	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2ANTICUERPOS PRUEBA RAPIDA		$ 25.590
906301	ADENOVIRUS ANTIGENO	Aplica para materia fecal	$ 39.440
906317-001	HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] - DESCENTRALIZADO		$ 20.542
906503-001	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO HLA-B27		$ 558.950
906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 71.363
906825-001	INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA EN SUERO		$ 318.847
906834-005	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ALERGENO ACARO SIRO ANTICUERPOS IGE		$ 132.821
906834-007	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO LECHE DE VACA F2		$ 117.927
906834-008	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO CASEINA F78		$ 132.821
906834-009	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO CLARA DE HUEVO F1		$ 117.927
906834-010	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO LACTOGLOBULINA SLI F77		$ 132.821
906834-011	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO LACTOALBUMINA F76		$ 132.821
906834-012	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS D1		$ 117.927
906834-013	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO DERMATOPHAGOIDES FARINAED2		$ 117.927
906834-014	IGE ESPECIFICA ASPERGILLUS FUMIGATUS M3		$ 132.821
906834-015	IGE ESPECIFICA HUEVO F245		$ 132.821
906834-016	IGE ESPECIFICA YEMA DE HUEVO F75		$ 132.821
906834-017	IGE ESPECIFICA OVOMUCOIDE F233		$ 132.821
906834-018	IGE ESPECIFICA BLOMIA TROPICALIS D201		$ 132.821
906834-019	IGE ESPECIFICA MANI F13		$ 132.821
906834-020	IGE ESPECIFICA CACAO F93		$ 132.821
906834-153	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO TROPOMIOSINA RECOMBINAN		$ 326.567
906842-002	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA		$ 132.369
906843-001	LAMBDA CADENAS LIVIANAS EN SUERO		$ 151.682
906915-001	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL SEROLOGIA EN LCR VDRL		$ 13.323
908404-002	CARIOTIPO BANDEO G EN SANGRE FETAL		$ 784.357
908404-003	CARIOTIPO BANDEO G EN LIQUIDO AMNIOTICO		$ 1.277.695
908412-43	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES MONOCLONALIDAD ENF LINFOPROLIFERATIVA CELULAST SANGRE PERIFERICATEJ LINFOIDE		$ 2.137.843
908417-01	p210 BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUANTITATIVO (Monitoreo)		$ 1.281.872
908417-02	p190 p210 p230 BCR/ABL TRANSLOCACION DEGENES CUANTITATIVO (Monitoreo)		$ 1.538.246
908420-160	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA PANEL GENES FLT3ITDFLT3TKD y NPM1 PCR CUALITATIVA		$ 2.385.699
908420-186	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS ESTUDIO DE METILACION PARA EL GEN MGMT		$ 2.020.383
908421-000	ESTUDIO MOLECULAR REARREGLO PML/RARa CUANTITATIVO PCR		$ 1.382.025
908424-028	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES JAK2 JANUS QUINASA 2 MUTACION V617F PORPCR EVALUACION GENETICA Y médica		$ 1.423.272
908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSOMICA		$ 946.080

908859-001	IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES - PANEL RESPIRATORIO	$ 840.692
908859-002	IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES - PANEL DE NEUMONIAS	$ 976.564
908859-003	IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES - PANEL MENINGEO	$ 873.236
908859-004	IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES - PANEL GASTROINTESTINAL	$ 796.757
908859-005	IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES - PANEL DE HEMOCULTIVOS	$ 883.116
908873-001	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION PCR (ESPUTO LBA Y SECRECION OROTRAQUEAL)	$ 502.336

Laboratorio Remisión

Las tarifas de los laboratorios de remisión pueden presentar cambios durante la vigencias que obedecen a la variabilidad en la tasa de cambio del dólar o Euro y a la disponibilidad que tengan los proveedores para realizar las pruebas, por lo tanto, estas tarifas deben ser validadas con los listados de exámenes de remisión que son enviados mensualmente y no será objeto de glosa las diferencias que puedan presentarse con respecto a las tarifas.

Código	Descripción	Remisión	Valor
901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	NACIONAL	$ 320.651
901311	LEPTOSPIRA SEROTIPIFICACION	NACIONAL	$ 153.104
901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	NACIONAL	$ 96.587
902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	NACIONAL	$ 230.189
902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	NACIONAL	$ 260.738
902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	NACIONAL	$ 267.170
902029	PLASMINOGENO	NACIONAL	$ 246.268
902030	PRECALICREINA	NACIONAL	$ 536.788
902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO	NACIONAL	$ 233.406
902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION ANTIGENO	NACIONAL	$ 280.719
902036	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	NACIONAL	$ 269.902
902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	NACIONAL	$ 238.228
902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	NACIONAL	$ 212.840
902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	NACIONAL	$ 291.286
902060	INHIBIDOR DE FACTOR X	NACIONAL	$ 271.051
902068	UNION DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)	NACIONAL	$ 1.664.768
902069	MULTIMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	INTERNACIONAL	$ 782.774
902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	NACIONAL	$ 2.126.178
902106	ERITROPOYETINA	NACIONAL	$ 195.126
902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	NACIONAL	$ 84.949
902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	NACIONAL	$ 506.813
902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	NACIONAL	$ 506.813
903005	CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	NACIONAL	$ 153.640
903006	CAROTENOS	NACIONAL	$ 52.544

903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	NACIONAL	$ 198.621
903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	NACIONAL	$ 141.787
903011	DEOXIPIRIDINOLINA	NACIONAL	$ 216.251
903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	NACIONAL	$ 63.978
903022	HOMOCISTEINA	NACIONAL	$ 214.427
903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	NACIONAL	$ 202.878
903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	NACIONAL	$ 55.163
903035	OSTEOCALCINA	NACIONAL	$ 163.973
903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	NACIONAL	$ 206.523
903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	NACIONAL	$ 345.423
903040	PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	NACIONAL	$ 44.676
903041	PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	NACIONAL	$ 233.066
903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	NACIONAL	$ 206.676
903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	NACIONAL	$ 273.237
903054	C-TELOPEPTIDO	NACIONAL	$ 517.299
903058	METANEFRINAS EN ORINA PARCIAL	NACIONAL	$ 202.878
903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	NACIONAL	$ 182.246
903101	ACIDOS BILIARES TOTALES	NACIONAL	$ 118.014
903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	NACIONAL	$ 66.865
903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	NACIONAL	$ 273.237
903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	NACIONAL	$ 156.070
903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	NACIONAL	$ 276.237
903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	NACIONAL	$ 69.145
903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	NACIONAL	$ 70.361
903402	ALDOLASA	NACIONAL	$ 53.037
903411	APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA	NACIONAL	$ 96.415
903412	APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA	NACIONAL	$ 96.415
903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	NACIONAL	$ 77.049
903431	LIPOPROTEINA A	NACIONAL	$ 73.156
903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	NACIONAL	$ 163.371
903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	NACIONAL	$ 173.543
903608	ZINC	NACIONAL	$ 125.375
903701	VITAMINA A [RETINOL]	NACIONAL	$ 431.132
903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	NACIONAL	$ 522.615
903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	NACIONAL	$ 1.846.254

903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	NACIONAL	$ 473.075
903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	NACIONAL	$ 522.160
903711	VITAMINA K	NACIONAL	$ 363.073
903830	FOSFATASA ACIDA	NACIONAL	$ 59.875
903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	NACIONAL	$ 253.483
904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	NACIONAL	$ 224.000
904004	RENINA TOTAL	NACIONAL	$ 289.953
904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA	NACIONAL	$ 289.953
904006	LEPTINA	NACIONAL	$ 148.169
904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTOSIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	NACIONAL	$ 129.628
904102	HORMONA ANTIDIURETICA	NACIONAL	$ 187.729
904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	NACIONAL	$ 110.634
904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	NACIONAL	$ 81.910
904405	MACROPROLACTINA	NACIONAL	$ 108.276
904501	ANDROSTENEDIONA	NACIONAL	$ 82.974
904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 284.179
904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	NACIONAL	$ 86.925
904512	ANDROSTERONA	NACIONAL	$ 1.615.082
904605	DIHIDROTESTOSTERONA	NACIONAL	$ 788.408
904705	INSULINA LIBRE	INTERNACIONAL	$ 131.439
904706	PEPTIDO C	NACIONAL	$ 214.427
904707	PROINSULINA	NACIONAL	$ 293.072
904720	ELASTASA PANCREATICA	NACIONAL	$ 428.776
904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	NACIONAL	$ 73.856
904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	INTERNACIONAL	$ 466.540
904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	NACIONAL	$ 196.784
905214	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 268.526
905416	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 333.295
905702	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 286.306
905706	ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 142.327
905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	INTERNACIONAL	$ 128.718
905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA)	NACIONAL	$ 271.800
906008	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 457.296
906009	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 106.235
906012	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 157.434
906019	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 77.049

906020	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 345.271
906022	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 121.412
906023	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 63.978
906024	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 127.653
906029	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 190.721
906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 102.633
906035	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 83.581
906036	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 83.581
906041	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 299.995
906045	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 253.968
906046	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 575.653
906052	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SEROTIPOS ESPECIFICOS) ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	INTERNACIONAL	$ 1.405.345
906110	Echinococcus ANTICUERPOS	NACIONAL	$ 128.266
906125	TOXOCARA CANIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 114.719
906126	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 279.773
906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G TOXOPLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 216.858
906138	SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 137.785
906211	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 101.120
906213	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 151.331
906216	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 151.331
906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 480.522
906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 370.648
906238	PAROTIDITIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 233.270
906239	POLIOVIRUS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADOO AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 409.937
906246	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 461.829
906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	NACIONAL	$ 270.805
906256	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO	NACIONAL	$ 48.005
906258	PAROTIDITIS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 67.530
906259	PARVOVIRUS B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 932.626
906266	HEPATITIS E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 129.319
906267	HEPATITIS E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 129.319
906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 172.567
906307	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 497.627
906308	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO MANUAL	NACIONAL	$ 75.680
906316	GIARDIA LAMBLIA MANUAL	NACIONAL	$ 84.949

906337	Histoplasma capsulatum ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 491.007
906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 652.852
906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 106.376
906411	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 83.127
906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 86.894
906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 89.661
906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 89.661
906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO OAUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 391.924
906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 358.757
906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 652.852
906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 820.928
906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 2.312.642
906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 345.271
906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 644.799
906480	BETA 2 GLICOPROTEINA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 784.305
906483	ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 363.659
906490	ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 184.649
906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 1.542.134
906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 75.568
906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 114.889
906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 296.337
906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 118.231
906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZA	NACIONAL	$ 533.711
906813	FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 239.805
906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 581.680
906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 280.032
906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 439.208
906833	INMUNOGLOBULINA D [IG D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 105.981
906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 95.778
906848	INTERFERON GAMMA [GAMMAINTERFERON]	INTERNACIONAL	$ 305.104
906904	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 118.231
906912	PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NACIONAL	$ 84.453
908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	NACIONAL	$ 353.173
908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	NACIONAL	$ 642.304
908329	ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	NACIONAL	$ 1.328.006

908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	INTERNACIONAL	$ 900.523
908335	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	INTERNACIONAL	$ 2.758.547
908337	RELACION LACTATO/PIRUVATO	NACIONAL	$ 565.318
908342	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUANTITATIVOS	NACIONAL	$ 411.296
908345	GALACTOSILCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	INTERNACIONAL	$ 3.273.145
908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECIFICO)	NACIONAL	$ 157.504
908356	ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO	NACIONAL	$ 653.410
908357	ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUANTITATIVO	NACIONAL	$ 3.083.501
908426	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACION	NACIONAL	$ 430.196
908428	HFE (HEMOCROMATOSIS)	INTERNACIONAL	$ 1.064.791
908430	ABL MUTACION DE LA REGION TIROSINA KINASA	INTERNACIONAL	$ 1.871.680
908434	BRCA1 Y BRCA2 MUTACION FAMILIAR CONOCIDA	INTERNACIONAL	$ 1.295.249
908609	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	INTERNACIONAL	$ 1.182.610
908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	NACIONAL	$ 649.965
908807	Hepatitis C CARGA VIRAL	NACIONAL	$ 758.318
908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	NACIONAL	$ 601.479
908812	Adenovirus CARGA VIRAL	NACIONAL	$ 1.598.244
908813	PARVOVIRUS CARGA VIRAL	NACIONAL	$ 510.458
908833	Hepatitis C GENOTIPO	NACIONAL	$ 968.337
908862	Citomegalovirus IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	NACIONAL	$ 697.986
908866	Hepatitis B IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	NACIONAL	$ 566.517
908868	Toxoplasma gondii IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	NACIONAL	$ 714.015
908870	Epstein Barr IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	NACIONAL	$ 697.986
908890	DETECCION Virus del Papiloma Humano POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	NACIONAL	$ 420.189
901007-001	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (PRIMERA LINEA)	NACIONAL	$ 977.153
901007-002	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (SEGUNDA LINEA)	NACIONAL	$ 1.042.346
901007-003	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (NO TUBERCULOSAS)	NACIONAL	$ 935.495
901240-003	IDENTIFICACION DE CULTIVO AISLADO MICOBACTERIAS POR MALDI-TOF	NACIONAL	$ 335.697
903003	BICARBONATO	NACIONAL	$ 109.424
903067-001	METANEFRINA Y NORMETANEFRINA EN PLASMA S	NACIONAL	$ 161.846
903406-001	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA EN MATERIA FECAL	NACIONAL	$ 101.661
903421-3	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS (COPROPORFIRINAS UROPORFIRINAS PORFOBILINOGENO)	NACIONAL	$ 273.237
904509-001	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PEDIATRICA	NACIONAL	$ 86.925
904801-33	ALDOSTERONA EN PLASMA	NACIONAL	$ 490.729
904805-001	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS - SALIVA	NACIONAL	$ 244.711
905736-004	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADOSELENIO NIVELES SERICOS	INTERNACIONAL	$ 859.832

905736-33	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO COBRE EN ORINA	INTERNACIONAL	$ 261.536
905736-34	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO COBRE EN SANGRE	NACIONAL	$ 57.881
905736-37	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO PLOMO EN ORINA 24 HORAS	NACIONAL	$ 99.586
905736-38	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO PLOMO EN SANGRE	NACIONAL	$ 263.663
905801-003	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA MITOTANE (LISODREN)	NACIONAL	$ 505.949
905801-01	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA)- POSACONAZOL	NACIONAL	$ 333.348
906039-31	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA OAUTOMATIZADA – (FTA-ABS) EN LCR	NACIONAL	$ 86.772
906120-001	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES PARACOCCIDIOIDES	NACIONAL	$ 246.948
906120-002	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES INMUNODIFUSION	NACIONAL	$ 167.317
906132-001	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL - POR IFI	NACIONAL	$ 145.282
906233-3	HTLV-I Y II ANTICUERPOS [ANTI HTLV-I] TOTALES CONFIRMATIVO POR WEST BLOT	NACIONAL	$ 1.978.466
906425-001	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO- ANTI-RECEPTOR	NACIONAL	$ 520.362
906602-001	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO - CUANTITATIVA EN LCR	INTERNACIONAL	$ 230.839
906812-31	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN ORINA	NACIONAL	$ 302.005
906823-31	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION	NACIONAL	$ 357.733
906823-32	INHIBIDOR C1 ESTERASA FUNCIONAL	NACIONAL	$ 357.733
906825-003	INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA EN ORINA	NACIONAL	$ 216.858
906830-001	INMUNOGLOBULINA G IgG SUBCLASE 4	INTERNACIONAL	$ 518.058
906842-001	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO EN ORINA	NACIONAL	$ 94.676
906843-002	LAMBDA CADENAS LIVIANAS EN ORINA	NACIONAL	$ 94.676
908309-002	AMINOACIDOS CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN ORINA	NACIONAL	$ 911.778
908309-003	AMINOACIDOS CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN SANGRE	INTERNACIONAL	$ 350.590
908316-001	FENILALANINA CUANTITATIVA FENILALANINAYTIROSINA EVAVUACION Y MONITOREO CUANTITATIVO	INTERNACIONAL	$ 994.851
908338-001	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS EN PLASMA HPLC	INTERNACIONAL	$ 1.037.476
908338-004	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS EN ORINA HPLC	NACIONAL	$ 679.283
908404-004	CARIOTIPO CON BANDEO G, VELLOCIDADES CORIONICAS	NACIONAL	$ 893.954
908420-085	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS ESTUDIO DE METILACION DE 11p15 PARA SINDROME DE RUSSELL SILVER	INTERNACIONAL	$ 2.169.216
908420-203	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES CENTO MITO COMPREHENSIVE	INTERNACIONAL	$ 10.219.632
908420-205	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS PANEL PARA ATAXIAS ESPINOCEREBELOSAS SCA COMPREHENSIVE	NACIONAL	$ 14.837.360
908420-206	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES PANEL FARMACOGENOMICO (PSYGP)	INTERNACIONAL	$ 10.685.024
908420-207	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES CENTOMETABOLIC	NACIONAL	$ 1.923.374
908420-212	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES SECUENCIACION Y MLPA DE GENES BRCA 1 Y BRCA 2 SOMATICO	INTERNACIONAL	$ 3.190.862
908420-216	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS) SECUENCIACION DEL GENOMA	INTERNACIONAL	$ 7.651.188

908421-009	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS ESPECIFICOS ESTUDIO DE LAS INVERSIONES DE LOS INTRONES 1 Y 22 DEL GEN F8 PARA LA HEMOFI	INTERNACIONAL	$ 2.114.248
908421-011	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS CHIC2 DELECION 4q12 (FUSION FIP1L1 Y PDGFRA)	NACIONAL	$ 753.972
908422-007	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS) SECUENCIACION EXOMICA EN TRIO NGS EN LIQUIDO AMNIOTICO	NACIONAL	$ 9.483.438
908423-003	ESTUDIO MOLECULAR DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS HIBRIDACION GENOMICACOMPARADA ARRAYS	INTERNACIONAL	$ 3.527.331
908423-006	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES DEL+DUP+MET DE 15q11 PARA PRADER-WILLI Y ANGELMAN MS-MLPA	INTERNACIONAL	$ 3.233.481
908423-008	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES DEL GEN RB1 PARA EL RETINOBLASTOMA, MLPA	INTERNACIONAL	$ 2.577.705
908423-032	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS ATROFIA MUSCULAR ESPINAL GENES SMN1 Y SMN2MLPA	INTERNACIONAL	$ 2.274.153
908423-035	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES ESTUDIO DE EXPANSION DEL GEN CNBP PARA LA DISTROFIA MIOTON	INTERNACIONAL	$ 1.619.802
908423-036	ESTUDIOS MOLECULAR DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES MLPA PARA LOS GENES BRCA1 Y BRCA2 PARA CANCER DE MAMA MLPA	INTERNACIONAL	$ 3.553.056
908423-038	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES DELECIONES YDUPLICACIONES ESPECIFICAS EN EL GEN PMP22 PARA EL SINDROME DE CHARCOT-MARIE-TOOT	INTERNACIONAL	$ 2.169.216
908423-039	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ANALISIS DE REPETICIONES DEL GEN HTT PARA LA ENFERMEDAD DE DE HUNTINGTO	INTERNACIONAL	$ 862.070
908423-041	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS ESTUDIO DE TRIPLETAS EN EL GEN DMPK PARA LA DISTROFIA MIOTO	INTERNACIONAL	$ 1.235.161
908423-042	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS ANALISIS DE REPETICIONES DEL GEN FMR1 DIAG DE Xq FRAGIL	INTERNACIONAL	$ 1.323.921
908423-044	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS METILACION DE LA REGION 11p15 SINDROME DE BECKWITH WIEDEMAN	INTERNACIONAL	$ 2.274.153
908423-045	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES DEL GEN CYP21A2 PARA LA HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA MLPA	INTERNACIONAL	$ 2.836.597
908423-051	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES DEL GEN LDLR PARA LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR MLPA	INTERNACIONAL	$ 2.839.295
908423-059	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS MLPA PARA LOS GENES MLH1 Y MSH2 PARA EL SINDROME DE LYNCH	INTERNACIONAL	$ 3.008.130
908423-065	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES DEL GEN COL4A3 PARA EL SINDROME DE ALPORT MLPA	INTERNACIONAL	$ 2.169.216
908423-066	ESTUDIO MOLECULAR DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS HIBRIDACION GENOMICA COMPARADA ARRAYS EN LIQUIDO AMNIOTICO	NACIONAL	$ 3.307.069
908423-073	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES MLPA PARA GEN ATM	INTERNACIONAL	$ 3.021.166
908423-074	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES MLPA PARA APC	INTERNACIONAL	$ 2.364.467
908423-079	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS) MLPA PARA TSC1 y TSC2	INTERNACIONAL	$ 4.480.085
908423-085	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS) MLPA PARA GENES PAX6 Y WT1	INTERNACIONAL	$ 2.633.423
908423-086	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS) MLPA PARA GENES STK11	NACIONAL	$ 2.733.148
908423-32	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS DEL GEN CFTR PARA LA FIBROSIS QUISTICA MLPA	INTERNACIONAL	$ 2.169.216
908424-034	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES PCR PARA MUTACION TP53 NEOPLASIA HEMATOLOGICAS	INTERNACIONAL	$ 3.341.252

908424-035	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES ANALISIS DE HIPERMUTACION SOMATICA IGH LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA CELULAS B(B-CLL)	INTERNACIONAL	$ 5.016.394
908802-002	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO TR Y P INHIBIDORES DE TRANSCRIPTASAY PROTEASA	NACIONAL	$ 2.688.307
908858-001	IDENTIFICACION DE OTRO HONGO (MULTIPLES HONGOS) POR PRUEBAS MOLECULARES	NACIONAL	$ 1.005.390
908872-001	Herpes simplex I y II IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	NACIONAL	$ 725.189
908873-002	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION PCR (DIFERENTE A ESPUTO LBA Y SECRECION OROTRAQUEAL)	NACIONAL	$ 626.476
908873-003	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA GENOTYPE	NACIONAL	$ 454.913
908874	MYCOBACTERIUM NO TUBERCULOSO IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	NACIONAL	$ 806.279

Laboratorio de Patología

I. Tipo de Patología Coloración Básica: 1. Biopsia 898101 (Se incluye para muestras de menos de 5 mm), 2. Espécimen de reconocimiento 898201 (Se incluye para muestras de mayor tamaño por ejemplo vesícula biliar, apéndice cecal, ganglio linfático, etc), 3. Espécimen con resección de márgenes 898241 el cual se cobrará en especímenes de cáncer que necesiten verificación de márgenes quirúrgicos y en el procesamiento de muestras de gran tamaño que resultan de amputaciones, hepatectomias, colectomias, neumectomia, gastrectomía, nefrectomía, esplenectomía y/o resección amplia de intestino delgado.
1. Para las Biopsias múltiples de diferente órgano se cobrará cada una al 100%. Por ejemplo se aclara que el tracto gastrointestinal es un sistema y tiene varios órganos: 1 Esófago, 2 Estómago, 3. Duodeno, 4. Intestino delgado, 5. Colon, 6 Recto, 7. Piel de región perianal.
2. Para las Biopsias múltiples en igual órgano se cobrará la primera al 100%, la segunda al 60%, y la tercera en adelante 50% cada una. Para estudios por congelaciones cada muestra se facturara al 100% así sean del mismo órgano.
II. Tipo de Patología Coloraciones de Histoquímica: Después de la coloración básica de la biopsia o espécimen quirúrgico se requieren siempre de coloraciones especiales de histoquímica en los siguientes órganos:
1. Hígado (hierro, retículo, tricrómico, PAS y PAS digerido) Se cobrarán 5 prestaciones al 100% por tratarse de tinciones diferentes con técnicas diferentes.
2. Riñón (PAS, Tricrómico y Jones) Se cobrarán 3 prestaciones al 100% por tratarse de tinciones diferentes con técnicas diferentes.
3. Médula ósea (retículo y hierro), Se cobrarán 2 prestaciones al 100% por tratarse de tinciones diferentes con técnicas diferentes.
4. Vejiga (Giemsa), Se cobrará 1 prestación al 100%.
5. Pulmón (tricrómico), Se cobrará 1 prestación al 100%.
6. Biopsias de lesiones infecciosas (PAS, BK, Gomory, Fite Faraco). Se cobrarán 4 prestaciones al 100% por tratarse de tinciones diferentes con técnicas diferentes. Es importante aclarar que este cobro se efectuará al 100% para el análisis de cada órgano donde se encuentre representada la lesión infecciosa.

III. Tipo de Patología Coloraciones de Inmunohistoquimica: En las biopsias o especímenes de lesiones oncológicas (incluyendo carcinomas de primario desconocido, neoplasias indiferenciadas), patologías hematolinfoides, órganos trasplantados y lesiones infecciosas siempre se requiere de coloración especial de inmunohistoquimica. Para la realización de esta prueba se utiliza la prestación 898203 que incluye hasta 14 marcadores. Esta prestación se cobrará al 100% cuando se empleen de 2 marcadores en adelante.
Cuando la muestra solamente requiera de la coloración de inmunohistoquimica con un marcador se cobrará únicamente el código 898103 al 100%.
IV. Tipo de patología Coloración con Inmunofluorescencia. 898104. Se cobrará al 100% por órgano.
V. Microscopía electrónica. 898107. Se factura por el tipo de muestra al 100%. Por ejemplo muestra de músculo estriado y nervio periférico, se factura 2 microscopias electrónicas al 100% cada uno, además de la tinción básica de la biopsia, de las tinciones especiales que se le realiza a cada muestra de inmunohistoquimica requeridas.
VI. Pruebas moleculares que se deben facturar al 100% por muestra.
En conclusión el empleo de diferentes pruebas de patología sobre un mismo órgano genera prestaciones que se facturan al 100% por ser diferentes marcadores y técnicas los necesarios para un diagnóstico definitivo.

Código	Descripción	Observación	Valor
898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL		$ 32.582
898002	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION		$ 31.105
898003	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]		$ 59.290
898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)		$ 91.916
898011	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]	Se incluye para Citopatología de Rose. Nota: se deben facturar al 100% todas las veces que se realice.	$ 564.320
898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA		$ 65.311

898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA		$ 139.249
898103	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA	Se cobrará al 100% cuando la muestra solamente requiera de la coloración de inmunohistoquimica con un marcador.	$ 57.676
898104	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA		$ 335.492
898105	ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN BIOPSIA	El CUPS Se incluye para LAS PRUEBAS ONCOTYPE - MAMAPRINT - F1CDx: FoundationOne y F1 Liquid: FoundationOne Liquid.	$ 17.469.168
898107	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN BIOPSIA		$ 958.655
898110	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN BIOPSIA		$ 563.738
898112	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA		$ 3.400.949
898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO		$ 168.417
898203	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	Incluye hasta 14 marcadores. Esta prestación se cobrara al 100% cuando se empleen de 2 marcadores en adelante.	$ 876.922
898225	ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO		$ 817.737
898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES		$ 190.952
898263	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MAPEO		$ 729.443
898801	ESTUDIO POR CONGELACION		$ 205.095
898806	VERIFICACION INTEGRAL CON PREPARACION DE MATERIAL DE RUTINA		$ 73.992
908402	BCL-2 TRANSLOCACION (14;18)		$ 1.032.244
908403	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO		$ 1.192.130
908413	ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACION IN SITU		$ 3.016.038
898101-002	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA - ALOPECIA		$ 198.928
898103-002	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA ALK PARA CANCER DE PULMON		$ 739.929
898203-001	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO IDH1-R132		$ 272.029
898203-31	RECEPTORES HER 2 POR INMUNOHISTOQUIMICA		$ 358.368
898205-001	EST. DE BIOL. MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO DELECION 1P Y 19Q OLIGODENDRODLIOMA FISH		$ 2.549.390
898205-002	EST. DE BIOL. MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO SYT (SS18) (18q11,2) BA FISH		$ 3.016.120
898205-003	EST. DE BIOL. MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO PML/RARa t (15,17) CUALITATIVO FISH		$ 1.339.109
898205-004	EST. DE BIOL. MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO EWSR1 (22q12) BA FISH		$ 3.016.120
898205-005	EST. DE BIOL. MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO BCL-6 BA FISH		$ 1.032.244

898205-006	EST. DE BIOL. MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO MYC BA FISH		$ 1.032.244
898205-007	EST. DE BIOL. MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO ETV6 BA FISH		$ 1.007.248
898205-009	EST. DE BIOL. MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO 17p DELECIÓN FISH		$ 786.634
898205-010	EST. DE BIOL. MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO t(12,21) FISH		$ 786.634
898205-011	EST. DE BIOL. MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO 11q23 BA FISH		$ 297.717
898205-012	ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO MDM2 FISH EN TEJIDO INCLUIDO EN PARAFINA		$ 1.462.057
898205-013	ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO AML1/ETO (RUNX1/RUNX1T1) t(8;21)		$ 1.541.907
898205-014	ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO inv(16) t(16;16) (CBFB/MYH11)		$ 1.541.907
898263-001	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICAEN ESPECIMEN CON MAPEO PDL1		$ 729.443
898263-002	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICAEN ESPECIMEN CON MAPEO C4D	El marcador de Inmunohistoquimica C4D es un marcador específico para rechazo agudo vascular.	$ 710.913
898263-004	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MAPEO ROS 1		$ 764.661
898301.	AUTOPSIA [NECROPSIA] COMPLETA	Este examen es de remisión nacional y puede presentar cambios de tarifa durante la vigencia debido a la disponibilidad que tenga los proveedores para realizar las pruebas. No será objeto de glosa la diferencia que pueda presentarse con respecto a la tarifa reportada. Este servicio se presta mediante interdependencia a través de una alianza estratégica en el marco de la CE 067 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud. Nota: para los fetos incluye (1) rayos X de tórax.	$ 5.772.506
908412-42	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES MONOCLONALIDAD ENF LINFOPROLIFERATIVA CELULASB SANGRE PERIFERICATEJ LINFOIDE		$ 2.943.911
908421-012	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS FISH TRASLOCACION 11,14		$ 786.634
908890-001	HIBRIDACION IN SITU PARA HPV VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO		$ 809.799

ARTÍCULO 8: En los procedimientos Anatomopatológicos, las tarifas incluyen: Estudios macroscópicos y lectura. Las Coloraciones especiales son excluyentes.

ARTÍCULO 9: En los procedimientos Anatomopatológicos en Citología, las tarifas incluyen: Estudio macro y/o microscópico, proceso histológico de tejido, liquido corporal o muestra de BACAF.

ARTÍCULO 10: Estudios Anatomopatológicos en Biopsia, Las tarifas incluyen: Estudio macro y/o microscópico, proceso histológico de muestra obtenida por trucut o similar (biopsia), representativa de un órgano o tejido obtenido de acto quirúrgico.

Laboratorio Secuenciación

Código	Descripción	Valor
908433	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACION COMPLETA	$ 6.981.133

908412-27	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES PANELMULTIGEN PARA NEOPLASIA MIELODE MAS REORDENAMIENTOS NGS	$ 8.066.392
908420-008	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN GLOBAL DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES NGS	$ 11.813.418
908420-011	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN PARA CARDIOPATIAS CONGENITAS NGS	$ 10.728.482
908420-012	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN CFTR PARA LA FIBROSISQUISTICA NGS	$ 3.594.994
908420-015	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN PARA DISLIPIDEMIA Y DETECCION DE MIOPATIA POR ESTATINAS NGS	$ 9.426.533
908420-024	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN PARA RIESGO DE CANCER HEREDITARIO NGS	$ 7.835.419
908420-027	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN PARA CHARCOT-MARIE-TOOTHNGS	$ 10.728.482
908420-032	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN DE GENES PARA EL DIAGNOTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA NGS	$ 11.813.418
908420-045	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN DISTROFIAS MUSCULARES AUTOSOMICAS DOM REC Y LIG AL X	$ 14.224.305
908420-048	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSSECUENCIACION COMPLETA DEL GEN RB1 NGS	$ 8.066.778
908420-053	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN PARA ENFERMEDAD AORTICA MARFAN Y SINDROMES REALCIONADOS NGS	$ 9.426.533
908420-059	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN PARA MIOCARDIOPATIA DILATADA NGS	$ 11.813.418
908420-060	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN PARA RASOPATIAS NGS	$ 10.728.482
908420-061	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS PANEL MULTIGEN PARA MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA NGS	$ 11.813.418
908420-109	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN DE OSTEOGENESIS IMPERFECTAY ENF DE DENSIDAD OSEA DISMINUIDA NGS	$ 9.426.533
908420-114	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN DE DESARROLLO ANOMALO DELOS COMPONENTES ESQUELETICOS	$ 9.861.701
908420-119	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN DE SINDROME DE EHLERS DANLOS	$ 10.728.482
908420-133	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS, SECUENCIACION GENES TSC1 Y TSC2 PARALA ESCLEROSIS TUBEROSA	$ 7.850.944
908420-148	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS PANEL MULTIGEN PARA OSTEOCONDRODISPLASIAS NGS	$ 10.728.482
908420-152	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN PARA NEUTROPENIA CONGENITANGS	$ 9.426.533
908420-159	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS PANEL MULTIGEN FALLA DE MEDULA OSEA NGS	$ 11.813.418
908420-166	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS PANEL MULTIGEN PARA SINDROME DE KABUKI NGS	$ 9.383.215
908420-174	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS PANEL MULTIGEN GLOBAL PARA INMUNODEFICIENCIAS NGS	$ 11.430.800
908420-177	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN PARA SINDROME DE ALPORTNGS	$ 10.728.482
908420-193	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES DIAGNOSTICO DE RIESGO GENETICO PRECONCEPCIONAL PARA PAREJAS NGS	$ 10.629.422
908420-201	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOSPANEL MULTIGEN PARA PARALISIS PERIODICAHIPOCALEMICA NGS	$ 11.392.340
908420-213	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS) - REANALISIS BIOINFORMATICO DE ESTUDIO MOLECULAR DE GENES	$ 2.350.403
908422-000	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES ESPECIFICOSSECUENCIACION EXOMICA EN TRIO NGS	$ 11.997.558
908422-002	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES ESPECIFICOSSECUENCIACION EXOMICA DIRIGIDA NGS	$ 5.241.956
908422-003	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES ESPECIFICOSSECUENCIACION EXOMICA INDIVIDUAL NGS	$ 5.241.956
908422-006	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES SECUENCIACION EXOMICA EN DUO NGS	$ 10.282.932
908423-031	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES MICRODELECION O DUPLICACION DE 22q11 SONDAS P250 POR MLPA	$ 3.315.629
908424-029	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES ESPECIFICAS ESTUDIO DE MUTACION FAMILIAR CONOCIDA SANGER	$ 1.295.249

Banco de Sangre

Cada unidad o componente sanguíneo se cobrará de manera individual sin importar el tipo de obtención e incluye los costos de promoción, captación y procesamiento y no son objeto de glosa el análisis de costos, injerencias o supuestos que hagan los grupos de auditoria de las entidades. Independientemente del donante y receptor los componentes tienen en cuenta el proceso y los insumos necesarios.

La norma de legislación de Banco de Sangre será vigente desde el momento de la publicación y no será motivo de glosa.

En las unidades de cuidados intensivos e intermedios, hospitalización, cirugía y urgencias así como en la Clínica de Infusiones se cobrará las aplicaciones de banco de sangre así:

912001 Aplicación de la unidad de Crioprecipitado: se cobra una aplicación por cada componente transfundido.

912002 Aplicación de la unidad de glóbulos rojos o eritrocitos: se cobra 1 vez por cada unidad transfundida, inclusive para las unidades obtenidas por eritroaferesis (de un mismo donante).

912003 Aplicación de la Unidad de plaquetas: se cobra una aplicación por cada componente transfundido.

912005 Aplicación de Plasma Fresco Congelado: se cobra una aplicación por cada componente transfundido.

Código	Descripción	Observación	Valor
389900	FLEBOTOMIA TERAPEUTICA SOD		$ 100.630
911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ES		$ 139.333
911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION POR MICROTECNICA		$ 175.977
911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA		$ 94.211
911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA		$ 30.768
911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTECNICA CUALQUIER ANTIGENO		$ 245.656
911013	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTIGENO POR MICROTECNICA		$ 120.037
911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA		$ 15.836
911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA		$ 15.836
911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA		$ 15.836
911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA		$ 92.891
911028	ADSORCION (ABSORCION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS		$ 629.884
911030	ELUCION (DISOCIACION) O MODIFICACION DEMEMBRANA ERITROCITARIA AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS		$ 210.909
911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSION [PREDEPOSITO]		$ 565.068
911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTANDAR	Se cobrará un procesamiento de la unidad correspondiente, por cada unidad de plaquetas estándar transfundida.	$ 224.480
911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	Se cobrará un procesamiento de la unidad correspondiente, por cada unidad de crioprecitado transfundida.	$ 116.110
911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS		$ 581.213
911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	Se cobrará un procesamiento de la unidad correspondiente, por cada unidad de plasma fresco transfundida.	$ 151.447
911112	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL		$ 565.068

911113	IRRADIACION DE HEMOCOMPONENTE		$ 236.090
911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETASPOR AFERESIS	Se cobrará un procesamiento de la unidad correspondiente, por cada unidad de plaquetas por aféresis transfundida así sean del mismo donante.	$ 1.652.637
911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFERESIS O LEUCOFERESIS		$ 1.652.637
911301	CITAFERESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)		$ 2.078.374
912001	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	Se cobra en UCI, hospitalización, cirugía y urgencias así como en Clínica de Infusiones. Se cobra una aplicación por cada componente transfundido.	$ 38.702
912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS	Se cobra en UCI, hospitalización, cirugía y urgencias así como en Clínica de Infusiones. Se cobra un aplicación de la unidad de glóbulos rojos por cada unidad transfundida, inclusive para las unidades obtenidas por eritroaferesis (de un mismo donante).	$ 116.110
912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	Se cobra en UCI, hospitalización, cirugía y urgencias así como en Clínica de Infusiones.	$ 38.617
912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	Se cobra en UCI, hospitalización, cirugía y urgencias así como en Clínica de Infusiones.	$ 38.617
911015-001	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA PARA NEONATOS		$ 15.836
911017-001	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA PARA NEONATOS		$ 15.836
911037-001	TITULACION DE AGLUTININAS IgM POR MICROTECNICA		$ 473.984
911037-002	TITULACION DE AGLUTININAS IgG POR MICROTECNICA		$ 508.989
911107-3	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS FRACCION PEDIATRICA		$ 1.177.704
911201-3	PROCESAMIENTO 100 ML DE UNIDAD CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESIS O PLAQUETAFERESIS (05)	Se cobrará un procesamiento de la unidad de 100 ml correspondiente, por cada unidad de 100 ml de plaquetas por aféresis transfundida así sean del mismo donante.	$ 826.320
911201-31	PROCESAMIENTO POR 50 ml DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESIS O PLAQUETOFERESIS (1/3)	Se cobrará un procesamiento de la unidad de 50 ml correspondiente, por cada unidad de 50 ml de plaquetas por aféresis transfundida así sean del mismo donante.	$ 413.159

ARTÍCULO 11: El valor de las pruebas establecidas en el Decreto 1571 de 1993 y las Resoluciones 1738 de 1995, 901 de 1996, y 437 del 2014 que son de obligatoria práctica en el procesamiento de cada unidad recolectada, está incluido dentro de la tarifa correspondiente a esta actividad; los exámenes de laboratorio clínico a que se refiere las normas señaladas, son los siguientes: clasificación sanguínea ABO y Rh directa, clasificación sanguínea ABO y Rh inversa, serología para sífilis, anticuerpos irregulares, hepatitis B antígeno s- (Ag-HBs), anticuerpos anti VIH 1 y 2, HTLV I y II, anticuerpos contra el antígeno Core del Virus de la Hepatitis B (Anti HBc), hepatitis C anticuerpos (anti HVC), anticuerpos contra el Tripanosoma cruzi (chagas) y el hematocrito o hemoglobina al donante. La circular 082 del 2011 del instituto nacional de Salud determina la obligación de realizar todas las pruebas confirmatorias a todos los donantes así como toda la consejería, si y solo si, alguno de los resultados de las pruebas infecciosas mencionadas es positivo.

PARAGRAFO 1: Las pruebas de laboratorio clínico adicionales diferentes a las mencionadas en este artículo 11, que deben realizarse para dar cumplimiento a una disposición normativa o por condición especial, serán cobradas de forma adicional al 100%.

PARAGRAFO 2: Las tarifas definidas en el ítem "Aplicación y extracción de sangre y componentes", no incluye el valor de la hemoclasificación, las pruebas cruzadas, la de coombs indirecto y cualquier otra, que desde el punto de vista científico y por expresa orden médica, sea indispensable realizar en el receptor.

PARAGRAFO 3: En los valores del procesamiento, no está comprendido el correspondiente a los equipos de transfusión, las bolsas recolectoras y de transferencia, bombas de infusión y kit de aféresis. Igualmente las tarifas excluyen el valor de los filtros desleoucocitadores, utilizados en el procesamiento o aplicación, según el proceso del filtrado de glóbulos rojos o eritrocitos y plaquetas, se efectúe a nivel del banco de sangre o directamente en el paciente, los cuales se cobrarán por actividad.

Es objeto de pago adicional a la tarifa de los procedimientos de aféresis el valor del kit que se utiliza para su práctica; así mismo, el necesario en la transfusión autóloga por obtención mecánica intraoperatoria.

Acogiéndonos a las guías y protocolos de manejo institucional, todas las transfusiones de glóbulos rojos se aplicarán filtradas al 99,99%, con el fin de garantizar la seguridad del paciente, las cuales se facturarán con las siguientes prestaciones:
911107 PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS
912002 APLICACION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS
911090 BOLSAS RECOLECCION CON FILTRO BANCO DE SANGRE o .911000 BOLSAS RECOLECCION BANCO DE SANGRE + 1600002886 FILTRO GR INMUGARD III TFIR1602ES

PARAGRAFO 4: Cualquier prueba realizada al receptor para garantizar la compatibilidad del componente sanguíneo, generará el cobro a la entidad aseguradora de dicho receptor.

PARAGRAFO 5: Las tarifas definidas en la categoría 91.2.0: APLICACION DE SANGRE O SUS DERIVADOS, excluyen el valor de la prueba cruzada mayor (911021) y la de anticuerpos irregulares al receptor (911003, 911005), las cuales se reconocerán en forma adicional a la tarifa de acuerdo con los valores fijados en el presente Manual.

PARAGRAFO 6: Fenotipo extendido se cobrará cada uno de manera individual, las veces que sea requerido para garantizar la compatibilidad del componente en aras de la seguridad del paciente.

PARAGRAFO 7: Cuando por razones epidemiológicas y/o de riesgo y/o cambio de metodología, en determinada región, se haga necesario practicar al donante cualquier prueba adicional a las anteriormente mencionadas éstas se pagarán en forma adicional de acuerdo con la respectiva tarifa fijada en el presente Manual y se pagarán una por cada componente sanguíneo procesado.

Unidad de Imágenes Diagnósticas

En los casos en que se requiera Radiografía portátil, se facturará la prestación 871121-001 PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.

Adicional a la tarifa del estudio diagnóstico y estudios especiales realizados en la Unidad de Imágenes Diagnósticas, se facturará la observación y/o la estancia hospitalaria para la práctica del examen, estudio o procedimiento clínico cuando el médico determina indispensable la internación del paciente o la generada por complicaciones intra o post-procedimiento; en este último caso, todos los servicios de salud requeridos para el manejo incluyendo los servicios de los profesionales en salud requeridos para la atención del evento, serán facturados adicionales y por actividad o paquete de acuerdo a los dispuesto en este manual para el servicio requerido.

En los casos que el paciente requiera de dos o más estudios de diferente categoría (por ejemplo: escanografia, resonancia y ecografía) cada estudio realizado se facturará al 100%.

En el caso que complementario al acto quirúrgico se requiera efectuar en el quirófano, sala de pequeña cirugía, sala de endoscopia, sala de intervencionismo Vascular cualquier procedimiento clínico adicional (endoscopia, rayos X, ecografía, entre otros) se liquidará cada procedimiento al 100%.

En caso que se requiera realizar **Test de Boyden** por favor autorizar el código CUPS **881306 ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA cantidad 2**, debido a que al paciente se le deben realizar 2 ecografías de hígado y vías biliares en dos fases distintas, una pre-ingesta (ayuno) y otra ecografía luego 2 horas pos-ingesta con alto contenido de grasas.

Ecografías

La tarifa no Incluye insumos especiales ni medios de contraste, si la orden de servicios no especifica cubrimiento de los mismos, estos se facturarán al paciente. En caso de cobertura por parte de la entidad, los insumos y medios de contraste se facturarán por actividad y adicional al valor de estudio, según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los insumos y medios de contraste por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.

Código	Descripción	Observación	Valor
881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS		$ 324.009
881118	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER		$ 379.919
881132	ECOGRAFIA DE CUELLO		$ 379.919
881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		$ 183.333
881151	ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)		$ 379.919
881201	ECOGRAFIA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		$ 188.969
881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)		$ 142.202
881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS		$ 254.527

881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZOGRANDES VASOS PELVIS Y FLANCOS)		$ 204.922
881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR		$ 175.182
881306	ECOGRAFIA DE HIGADO PANCREAS VIA BILIAR Y VESICULA	Aplica para test de Boyden. Se cobra dos prestaciones una ecografía sin ingesta de alimentos y otra ecografía 1 o 2 horas posterior a la ingesta de comida rica en grasa.	$ 165.178
881313	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)		$ 165.178
881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)		$ 178.428
881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER		$ 379.919
881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMENCON ANALISIS DOPPLER		$ 379.919
881390	ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA	Guía Ecográfica.	$ 226.817
881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL		$ 126.011
881502	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL		$ 181.941
881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE7 MHZ O MAS		$ 158.692
881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		$ 158.692
881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		$ 158.692
881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO		$ 190.826
881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA		$ 165.178
881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA		$ 190.826
881701	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	Guía Ecográfica	$ 226.817
881702	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION		$ 181.670
882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS		$ 410.312
882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL		$ 379.919
882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES		$ 410.312
882232	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTERICAS		$ 379.919
882242	ECOGRAFIA DOPPLER DE TRONCO CELIACO		$ 379.919
882252	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA		$ 379.919
882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES		$ 379.919
882292	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS ABDOMINALES		$ 410.312
882294	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS PELVICAS		$ 263.651
882296	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL		$ 410.312

882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS		$ 410.312
882603	ECOGRAFIA DOPPLER DE RIÑON TRASPLANTADO		$ 379.919
882801	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS	Indicaciones: .- Tejidos blandos en cualquier parte del cuerpo. .- Doppler de Tiroides. .- Pene: Deformidad, Masa, trauma.	$ 379.919
886101	ELASTOGRAFIA		$ 759.837
881702-2	ECOGRAFIA PORTATIL INTRAOPERATORIA	Uso total.	$ 650.112

Escanografía

No Incluye medios de contraste y se facturará el valor del medio de contraste por actividad y adicional al valor de estudio, según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los medios de contraste por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.
Cuando se realicen (2) dos o más exámenes de la misma modalidad diagnóstica en el mismo acto y en el mismo paciente se facturarán al 100%.

Ver anexo. Medidas envergadura equipos de TC y RM.

Código	Descripción	Observación	Valor
879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE		$ 293.740
879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE		$ 322.208
879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE YCON CONTRASTE		$ 368.897
879114	CISTERNOGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC)		$ 637.424
879116	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)		$ 322.436
879121	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ORBITAS		$ 250.624
879122	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		$ 322.436
879131	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA		$ 322.436
879141	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGIA)		$ 322.436
879150	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)		$ 322.224
879161	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CUELLO		$ 273.235
879162	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE		$ 273.235
879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR O SACRO POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)		$ 196.550
879205	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR O SACRO COMPLEMENTO A MIELOGRAFIA (CADA SEGMENTO)		$ 273.235
879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX		$ 305.681

879302	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORAZON Y GRANDES VASOS		$ 2.301.285
879391	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDOAL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES		$ 399.062
879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR		$ 346.303
879411	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]		$ 1.206.531
879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)		$ 402.177
879430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS [UROTC]		$ 402.177
879460	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS		$ 273.235
879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES		$ 250.624
879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES		$ 250.624
879522	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL)		$ 95.060
879523	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)		$ 95.060
879902	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]		$ 2.301.285
879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL		$ 425.848
879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	Guía Escanográfica.	$ 340.226
878711-001	ARTROTAC - ARTROGRAFIA DE HOMBRO	Honorario Especialista, Insumos, Equipo, Medio de contraste	$ 1.459.502
878731-003	ARTROTAC - ARTROGRAFIA DE MUÑECA	Honorario Especialista, Insumos, Equipo, Medio de contraste	$ 1.459.502
878812-005	ARTROTAC - ARTROGRAFIA DE RODILLA	Honorario Especialista, Insumos, Equipo, Medio de contraste	$ 1.459.502
879301-001	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX – SCORE DE CALCIO		$ 821.562
879430-001	ANGIOTAC RENAL FASE ARTERIAL VENOSA Y UROGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIASURINARIAS [UROTC]		$ 2.301.285
879430-3	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS [UROTC] TRES FASES		$ 1.107.697
879901-005	ANGIOTAC CIRCULACION ESPLENOPORTAL - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS		$ 2.301.285
879901-006	ANGIOTAC ABDOMINAL - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS		$ 2.301.285
879901-007	ANGIOTAC TRIFASICO DE HIGADO - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS		$ 1.908.928
879901-008	ANGIOTAC CAROTIDAS Y ARTERIAS CEREBRALES - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS		$ 2.930.479
879901-009	ANGIOTAC TORACICO - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS		$ 2.301.285

879901-010	ANGIOTAC AORTA TORACICO ABDOMINAL - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS		$ 2.301.285
879901-011	ANGIOTAC ARTERIAS CEREBRALES - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS		$ 1.956.450
879901-012	ANGIOTAC DE MIEMBROS INFERIORES BILATERALES - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS	Aplica para MIEMBROS INFERIORES PROXIMALES Y DISTALES	$ 2.301.285
879901-014	ANGIOTAC DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERALES - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS	Aplica para MIEMBROS SUPERIORES	$ 2.301.285
879901-015	ANGIOTAC PULMONAR - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS		$ 2.301.285
879901-016	TAC TRIFASICO DE HIGADO - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS		$ 1.107.697
879903-001	ESTUDIO DE PERFUSION CEREBRAL POR ANGIOTAC - TOMOGRAFIA COMPUTADA CON PERFUSION		$ 1.521.654
879911-003	TOMOGRAFIA COMPUTADA RECONSTRUCCION VIRTUAL - COLONOGRAFIA		$ 1.580.863
890486-001	LECTURA DE IMAGENES REALIZADAS EN OTRA INSTITUCION RN Y TAC - INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGN	Para paciente hospitalizado	$ 80.825

Estudios Especiales

Honorarios y derechos propios.
La tarifa no Incluye insumos especiales ni medios de contraste, si la orden de servicios no especifica cubrimiento de los mismos, estos se facturarán al paciente. En caso de cobertura por parte de la entidad, los insumos y medios de contraste se facturarán por actividad y adicional al valor de estudio, según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los insumos y medios de contraste por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.
Cuando se realicen (2) dos o más exámenes de la misma modalidad diagnóstica en el mismo acto y en el mismo paciente se facturarán al 100%.

Código	Descripción	Observación	Valor
876901	GALACTOGRAFIA DE UN CONDUCTO	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 261.187
877401	FISTULOGRAFIA EN PARED ABDOMINAL	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 169.595
877602	COLANGIOGRAFIA POR TUBO O CATETER EN LAVIA BILIAR	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 543.366
877812	PIELOGRAFIA A TRAVES DE TUBO DE NEFROSTOMIA	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 365.977
877814	PIELOGRAFIA RETROGRADA A TRAVES DE CATETER DEJADO EN EL URETER O A TRAVES DE URETEROSTOMIA	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 103.882
877815	PIELOGRAFIA RETROGRADA O ANTEROGRADA	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 124.930
877816	PIELOGRAFIA PERCUTANEA	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 451.820
877831	URETEROGRAFIA RETROGRADA A TRAVES DE CATETER O URETEROSTOMIA	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 278.837
877851	CISTOGRAFIA CON PROYECCIONES OBLICUAS	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 231.858
877861	URETROCISTOGRAFIA	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 231.858
877862	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 231.858
877863	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 231.858

877871	URETROGRAFIA RETROGRADA		$ 231.858
877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 231.858
878301	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 379.890
878401	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 379.890

Radiología Convencional

La tarifa no incluye insumos especiales ni medios de contraste.
Los insumos y medios de contraste se facturarán por actividad y adicional al valor de estudio, según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los insumos y medios de contraste por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.
Cuando se realicen (2) dos o más exámenes de la misma modalidad diagnóstica en el mismo acto y en el mismo paciente se facturarán al 100%.

Código	Descripción		Valor
870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE		$ 64.973
870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO		$ 43.814
870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA		$ 59.689
870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)		$ 59.689
870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS		$ 60.053
870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO		$ 59.689
870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES		$ 59.689
870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES		$ 60.053
870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR		$ 59.689
870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR		$ 60.053
870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]		$ 60.053
870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO		$ 66.532
870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO		$ 66.532
871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL		$ 72.811
871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL		$ 72.811
871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA		$ 71.268
871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR		$ 71.268
871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA		$ 88.810
871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX		$ 71.691
871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)		$ 153.417
871062	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)		$ 97.632
871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS		$ 55.013
871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL		$ 62.538

871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON		$ 57.134
871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL)		$ 62.538
871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES		$ 57.134
871181	MOVILIDAD DIAFRAGMATICA POR FLUOROSCOPIA PULMONAR	**Incluye** equipo de FLUOROSCOPIA.	$ 454.349
871320	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO		$ 77.958
872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE		$ 73.765
872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)		$ 97.919
872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 160.197
872102	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 196.715
872104	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 161.633
872105	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 182.292
872121	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO)	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 180.159
872122	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 199.259
872123	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL	se cobrará adicional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.	$ 171.609
873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)		$ 210.382
873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]		$ 44.586
873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO		$ 57.783
873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		$ 44.586
873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO		$ 57.783
873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO		$ 44.586
873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS		$ 25.547
873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO		$ 57.783
873205	RADIOGRAFIA DE CODO		$ 44.586
873206	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA		$ 44.586
873210	RADIOGRAFIA DE MANO		$ 44.586
873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)		$ 127.018

873306	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)			$ 127.018
873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP LATERAL)			$ 57.783
873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP LATERAL)			$ 57.783
873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP LATERAL Y OBLICUA)			$ 44.586
873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)			$ 44.586
873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL)			$ 55.013
873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA			$ 80.560
873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP LATERAL)			$ 57.783
873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)			$ 83.330
873423	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA			$ 73.855
873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP LATERAL Y ROTACION INTERNA)			$ 44.586
873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES			$ 25.547
873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS TUNEL OBLICUAS)			$ 25.547
873501	FLUOROSCOPIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	**Incluye:** derecho de Equipo, sala e Insumos básicos.	**Nota:** se cobrará adicional al estudio cuando se realicen procedimientos o exámenes bajo FLUOROSCOPIA.	$ 472.571
876801	MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRURGICA	**Incluye:** .- Mamografía digital Unilateral de campo completo 2D. .- Tomosíntesis 3D.	**No Incluye:** .- Hospitalización. .- Punción. .- Biopsias.	$ 259.473
Observaciones: Ayuda a detectar de manera más efectiva y precisa las lesiones sospechosas de cáncer de mamas, en etapas más tempranas. Pacientes con prótesis mamaria no se realiza con tomosíntesis, por lo cual se factura mamografía digital 2D por valor de $ 197.962				
876802	MAMOGRAFIA BILATERAL	**Incluye:** .- Mamografía digital Bilateral de campo completo 2D. .- Tomosíntesis 3D.	**No Incluye:** .- Hospitalización. .- Punción. .- Biopsias.	$ 382.554
Observaciones: Ayuda a detectar de manera más efectiva y precisa las lesiones sospechosas de cáncer de mamas, en etapas más tempranas. Pacientes con prótesis mamaria no se realiza con tomosíntesis, por lo cual se factura mamografía digital 2D por valor de $ 258.299				
871061-001	TEST DE ESCOLIOSIS RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA)			$ 123.921
871121-001	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS			$ 47.247
873444-001	PROYECCIONES ADICIONALES PARA MAMOGRAFIA - RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)			$ 25.547
876500-01	FISTULOGRAFIA	se cobrará adicional el código 873501 FLUOROSCOPIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS.		$ 166.102

Resonancia

No Incluye medios de contraste y se facturará el valor del medio de contraste por actividad y adicional al valor de estudio, según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los medios de contraste por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.
Cuando se realicen (2) dos o más exámenes de la misma modalidad diagnóstica en el mismo acto y en el mismo paciente se facturará el primer examen al 100% y los siguientes al 80% cada uno.

Ver anexo. Medidas envergadura equipos de TC y RM.

Código	Descripción	Observación		Valor
883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO			$ 1.183.459
883102	RESONANCIA MAGNETICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA			$ 1.107.935
883103	RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS			$ 1.107.935
883104	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO FUNCIONAL	**Incluye:** Resonancia funcional con mapeo.	**No incluye**: Medio de contraste, Hospitalización, Complicaciones.	$ 3.036.581
Observación: Es una resonancia para planeamiento quirúrgico. Indicaciones: Definir áreas elocuentes en el cerebro (área motora, memoria, lenguaje, áreas visuales) para determinar el riesgo en la resección del tumor.				
883105	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR			$ 849.395
883106	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFIA	**Incluye:** las siguientes resonancias: Tractografía por Resonancia Magnética, Resonancia Magnética Cerebral.	**No incluye:** Medio de contraste, Hospitalización, Complicaciones.	$ 3.698.403
Indicaciones: .- Planeamiento en cirugías de tumor cerebral con el objetivo de identificar si los tractos cerebrales están comprometidos por el tumor. .- Pacientes con ECV. .- Pacientes con enfermedades desmielinizantes. Esclerosis múltiple - Infarto cerebral.				
Observación: TRACTOGRAFIA CEREBRAL POR RESONANCIA MAGNETICA no está sujeto a desglose por considerarse una tarifa integral y no permite separarse por partes o prestaciones.				
883107	RESONANCIA MAGNETICA PARA EVALUACION DINAMICA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO			$ 2.207.408
883108	RESONANCIA MAGNETICA DE PARES CRANEANOS	Se incluye para Volumetría.		$ 829.889
883210	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE			$ 1.320.053
883211	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE			$ 1.320.053
883220	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE			$ 1.107.935
883221	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA CON CONTRASTE			$ 1.107.935
883230	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE			$ 1.107.935
883231	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE			$ 1.107.935
883324	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION FUNCIONAL	**Incluye:** Morfología, Perfusión, Viabilidad Miocárdica, Equipo, Honorarios de Radiólogo, Medio de Contraste (2).	**No Incluye:** Estudios bajo anestesia, Hospitalización, Urgencias, Exámenes de laboratorio, medicamento vasodilatador coronario.	$ 1.973.146
883351	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA			$ 797.304

883390	RESONANCIA MAGNETICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR		$ 1.107.935
883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN		$ 1.107.935
883435	RESONANCIA MAGNETICA DE VIA URINARIA [URORRESONANCIA]		$ 1.773.229
883440	RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS		$ 1.107.935
883442	RESONANCIA MAGNETICA OBSTETRICA		$ 2.150.849
883512	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECIFICO)		$ 849.395
883522	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)	La resonancia de rodilla incluye MAPEO DE CARTILAGO.	$ 849.395
883560	RESONANCIA MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL		$ 829.889
883590	RESONANCIA MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO		$ 1.107.933
883901	RESONANCIA MAGNETICA DE CUERPO ENTERO		$ 1.773.229
883905	ESPECTROSCOPIA		$ 2.150.849
883109-001	RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS PARA COLESTEATOMA		$ 850.242
883109-002	RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS COCLEOGRAFIA		$ 1.235.520
883111-001	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO CARA Y CABEZA		$ 1.107.910
883341-3	ANGIORRESONANCIA PULMONAR		$ 1.773.229
883434-001	COLANGIORESONANCIA VIA BILIAR	**Incluye:** Colangiografía por Resonancia Nuclear Magnética Hígado, Colangiografía por Resonancia Nuclear Magnética Páncreas, Colangiopancreatografía por Resonancia.	$ 2.790.978
883440-01	ARTRO-RESONANCIA DE CADERA	**Incluye**: Honorario Especialista, Insumos, Equipo, Resonancia, Medio de contraste.	$ 1.512.037
883512-01	ARTRO-RESONANCIA DE HOMBRO	**Incluye**: Honorario Especialista, Insumos, Equipo, Resonancia, Medio de contraste.	$ 1.512.037
883512-03	ARTRO-RESONANCIA DE MUÑECA	**Incluye**: Honorario Especialista, Insumos, Equipo, Resonancia, Medio de contraste.	$ 1.512.037
883522-01	ARTRO-RESONANCIA DE RODILLA	**Incluye**: Honorario Especialista, Insumos, Equipo, Resonancia, Medio de contraste.	$ 1.512.037
883522-02	ARTRO-RESONANCIA DE TOBILLO	**Incluye**: Honorario Especialista, Insumos, Equipo, Resonancia, Medio de contraste.	$ 1.512.037
883904-001	RESONANCIA MAGNETICA CON PERFUSION - CEREBRO VASCULAR	**Incluye:** Perfusión Cerebral (Resonancia Magnética), Angioresonancia cerebral intracraneanas, para los pacientes remitidos a este procedimiento, la Espectroscopia y la Cocleografía por resonancia quedan a tarifas convenio.	$ 1.784.691
Observación: RESONANCIA PERFUSION CEREBRO VASCULAR no está sujeto a desglose por considerarse una tarifa integral y no permite separarse por partes o prestaciones.			
883904-002	PERFUSION CEREBRAL - RESONANCIA MAGNETICA CON PERFUSION		$ 967.930
883909-002	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DECIRCULACION ESPLENO PORTAL		$ 1.411.623
883909-003	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA RENAL		$ 1.786.739
883909-004	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DEABDOMEN		$ 1.917.007
883909-005	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DEMIEMBROS INFERIORES		$ 2.301.285

883909-006	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DEMIEMBROS SUPERIORES		$ 2.301.285
883909-007	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA CORPORAL TOTAL		$ 3.226.273
883909-008	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA CEREBRAL INTRACREANEANAS	Aplica para fase arterial o fase venosa	$ 1.320.053
883909-009	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA AORTA Y GRANDES VASOS AORTA TORACICA ABDOMINAL Y PELVIS		$ 1.773.229
883909-010	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DECUELLO		$ 2.930.479

ARTÍCULO 12: Las tarifas contenidas en este capítulo para los estudios de Imagenología Radiológica, distintas a los de tipo especial e intervencionista, son los valores que se reconocen por su práctica con las proyecciones convencionales y cuando el procedimiento lleve el respectivo informe escrito del radiólogo.

ARTÍCULO 13: No están incluidos en la tarifa los medios de contraste, stents o prótesis endovasculares, bolsas para aplicación del enema baritado, agujas, clip de titanio, que se utilicen el los procedimientos especiales e intervencionistas de imagenología radiológica.

ARTÍCULO 14: Cuando se efectué un procedimiento de imagenología radiológica o de ultrasonografía diagnóstica (ecografías), en salas de cirugía, unidades de cuidados intensivos, habitación de la internación o en área locativa diferente al servicio de radiología, bajo la modalidad PORTÁTIL, se pagará adicional el derecho de equipo Portátiles para estudios radiográficos simples.

Unidad de Medicina Nuclear

La tarifa no incluye insumos, medicamentos, medios de contraste, radiofármacos ni iodos, en caso de requerirse se facturarán por actividad adicional al valor de estudio, según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los insumos, medicamentos, medios de contraste, radiofármacos, iodos por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.

Gamagrafías

Código	Descripción	Observación	Valor
920102	GAMAGRAFIA CEREBRAL DINAMICA (ESTUDIO DE MUERTE CEREBRAL)		$ 175.315
920103	CISTERNOGAMAGRAFIA		$ 322.253
920105	GAMAGRAFIA SPECT CEREBRAL		$ 761.284
920201	CAPTACION TIROIDEA DE I-131 A 4 O 24 HORAS		$ 100.448
920202	GAMAGRAFIA DE TIROIDES		$ 159.196
920203	RECORRIDO CORPORAL CON I-131 (RASTREO DE METASTASIS)		$ 386.394
920204	GAMAGRAFIA CON METAIODO BENCILGUANIDINA[MIBG]		$ 903.923
920208	GAMAGRAFIA DE GLANDULAS PARATIROIDES O TETROFOSMIN	Toma de estudio en dos tiempos. Primer tiempo aplicación de material radioactivo y el segundo tiempo toma de imágenes.	$ 898.768
920211	GAMAGRAFIA DE SUPRARRENAL CON IODO COLESTEROL		$ 571.688
920301	GAMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION		$ 286.321
920304	GAMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION Y VENTILACION		$ 448.003
920402	VENTRICULOGRAFIA DE PRIMER PASO		$ 241.518
920403	VENTRICULOGRAFIA DE VENTRICULO DERECHO		$ 301.348

920406	PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO		$ 916.517
920410	GAMAGRAFIA DE MIOCARDIO CON PIROFOSFATOS		$ 274.968
920503	GAMAGRAFIA DE GANGLIOS LINFATICOS - LINFOGAMAGRAFIA		$ 298.933
920601	GAMAGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES		$ 173.068
920602	GAMAGRAFIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON ERITROCITOS MARCADOS		$ 523.961
920604	GAMAGRAFIA PARA MUCOSA GASTRICA ECTOPICA		$ 339.754
920606	GAMAGRAFIA DE REFLUJO GASTROESOFAGICO		$ 261.113
920607	GAMAGRAFIA DE VACIAMIENTO GASTRICO EN FASE SOLIDA		$ 456.052
920608	GAMAGRAFIA DE VACIAMIENTO GASTRICO EN FASE LIQUIDA		$ 420.091
920702	GAMAGRAFIA HEPATOBILIAR		$ 523.961
920705	GAMAGRAFIA DE TRASPLANTE HEPATICO		$ 523.962
920801	RENOGRAMA SECUENCIAL		$ 259.584
920802	RENOGRAMA SECUENCIAL CON FILTRACION GLOMERULAR		$ 311.940
920803	GAMAGRAFIA DE FLUJO PLASMATICO RENAL EFECTIVO		$ 422.798
920805	GAMAGRAFIA DE FILTRACION GLOMERULAR		$ 163.596
920806	GAMAGRAFIA DE PERFUSION TESTICULAR Y CONTENIDO ESCROTAL		$ 170.854
920807	CISTOGAMAGRAFIA		$ 198.140
920808	RENOGRAMA BASAL Y POST CAPTOPRIL		$ 550.649
920809	GAMAGRAFIA RENAL ESTATICA CON DMSA		$ 213.312
920812	RENOGRAMA DIURETICO		$ 400.556
920813	GAMAGRAFIA DE TRASPLANTE RENAL		$ 898.768
920901	GAMAGRAFIA OSEA (CORPORAL TOTAL O SEGMENTARIA)		$ 386.856
920902	GAMAGRAFIA OSEA DE TRES FASES		$ 475.669
920903	GAMAGRAFIA OSEA CON SPECT		$ 570.019
921100	DACRIOCISTOGAMAGRAFIA [GAMAGRAFIA DE VIAS LAGRIMALES] SOD		$ 237.074
921200	GAMAGRAFIA CON GALIO 67 SOD		$ 501.418
921301	GAMAGRAFIA DE VIABILIDAD TUMORAL CON MIBI TETROFOSMIN TALIO U OCTEOTRIDE		$ 1.170.596
921600	GAMAGRAFIA DE ANTICUERPOS MONOCLONALES SOD		$ 907.079

Terapias de Medicina Nuclear
Incluye: Honorario médico No incluye: Insumos y medicamentos, Radiofármacos y/o Iodos

Código	Descripción	Observación	Valor
922801	TERAPIA CON RADIOISOTOPOS	**Incluye:** una valoración Preterapia y una a la semana seis (6) Posterapia.	$ 1.118.770
922805	TERAPIA CON ITRIUM 90		$ 1.240.069
922801-05	TERAPIA DE HIPERTIROIDISMO CON RADIOISOTOPOS	**Incluye:** una valoración Preterapia y una a los quince (15) días Posterapia.	$ 366.044
922801-06	SINOVIOLISIS CON RADIOISOTOPOS		$ 366.044

ARTÍCULO 15: La punción lumbar previa al procedimiento 920103 CISTERNOGAMAGRAFIA, se pagará adicionalmente de acuerdo con la tarifa establecida en este Manual para el respectivo procedimiento.

ARTÍCULO 16: Los estudios diagnóstico y tratamientos realizados en la Unidad de Medicina Nuclear en los que para su realización, se utilice cualquier radiofármaco o radioisótopo como por ejemplo: Iodo, Talio, Cobalto, Galio, Tecnecio, etc., se facturará el estudio o tratamiento y adicional el valor de los radiofármacos y/o radioisótopos por actividad, según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los radiofármacos y/o radioisótopos por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa. El servicio tiene definido paquetes de prestación con sus respectivas inclusiones y exclusiones, estas se mantienen vigentes con base en la definición de cada uno de dichos paquetes.

PARAGRAFO 1: Adicional a la tarifa del estudio diagnóstico y tratamientos realizados en la Unidad de Medicina Nuclear, se facturará la observación y/o la estancia hospitalaria para la práctica del examen, estudio o procedimiento clínico cuando el médico determina indispensable la internación del paciente o la generada por complicaciones intra o post-procedimiento; en este último caso, todos los servicios de salud requeridos para el manejo incluyendo los servicios de los profesionales en salud requeridos para la atención del evento, serán facturados adicionales y por actividad o paquete de acuerdo a los dispuesto en este manual para el servicio requerido.
Cuando se hospitalice a un paciente para Terapia con cualquiera de los Radioisótopos y considerando que la habitación para la atención de esta prestación requiere de un acondicionamiento especial 24 horas previas al ingreso del paciente se cobrará un día de estancia adicional al periodo de permanencia del paciente en servicio.

PARAGRAFO 2: Si por algún motivo para procedimientos autorizados para FVL por situaciones no inherentes a la operación de FVL no se logra ejecutar la ayuda diagnóstica o procedimiento, el asegurador debe realizar el reconocimiento económico por el 100% del valor del radiofármaco y demás estudios o intervenciones realizadas como parte de la planeación de la ayuda diagnóstica o procedimiento.

Unidad de Cardiología No Invasiva

Cuando en el mismo evento a un mismo paciente se le realicen estudio de dúplex en miembro(s) inferior(es) y miembro(s) superior(es), cada prestación se cobrará al 100%.

Los exámenes y procedimientos realizados en el área de Cardiología No Invasiva, se cobrará cada extremidad al 100%, igualmente para los bilaterales.

Duplex

Código	Descripción	Observación	Valor
882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES		$ 416.385
882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES		$ 416.385
882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES		$ 468.391
882316	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR		$ 234.195
882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES		$ 468.391
882318	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR		$ 234.195
882103-001	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL PEDIATRICO	Examen ambulatorio para niños con Anemia de Células falciformes.	$ 407.369
882307-001	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES - 1 UN MIEMBRO SUPERIOR		$ 208.191
882308-001	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES- 1 UN MIEMBRO INFERIOR		$ 208.191

Ecocardiograma			
Código	**Descripción**	**Observación**	**Valor**
881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	Esta tarifa se incluye para ecocardiograma adulto, pediátrico e urgente.	$ 364.677
881203	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO CON CONTRASTE	Esta tarifa se incluye para ecocardiograma adulto, pediátrico e urgente.	$ 727.665
881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	Esta tarifa se incluye para ecocardiograma transesofágico adulto, pediátrico e urgente.	$ 398.998
881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA	Especificar en la orden que el ecocardiograma es de estrés. Se incluye para examen urgente y programado.	$ 682.421
881202-01	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO ADULTO EN CIRUGIA		$ 364.677
881202-02	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO PEDIATRICOEN CIRUGIA		$ 364.677
881202-03	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO PEDIATRICO		$ 364.677
881203-01	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO CON CONTRASTE - PEDIATRICO		$ 727.665
881205-01	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO ADULTO ENCIRUGIA O INTERVENSIONISMO	En caso de que se requiera realizar bajo sedación se cobrará adicional los siguientes conceptos: .- Derecho de sala de **cirugía 2DS001-005 o intervencionismo 7DS003** $ 100.652 .- Honorario de anestesiólogo **S41237** $ 350.006 .- Derecho de Sala de recuperación **S24103** $ 48.695	$ 398.998
881205-02	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO PEDIATRICOEN CIRUGIA O INTERVENSIONISMO	En caso de que se requiera realizar bajo sedación se cobrará adicional los siguientes conceptos: .- Derecho de sala de **cirugía 2DS001-005 o intervencionismo 7DS003** $ 100.652 .- Honorario de anestesiólogo **S41237** $ 350.006 .- Derecho de Sala de recuperación **S24103** $ 48.695	$ 398.998
881205-03	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO - PEDIATRICO		$ 398.998

Electrocardiograma		
Código	**Descripción**	**Valor**
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	$ 26.808
895100-3	ELECTROCARDIOGRAMA EN PISO	$ 26.808
895100-31	ELECTROCARDIOGRAMA URGENCIAS DE RITMO ODE SUPERFICIE	$ 26.808
895100-32	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE PEDIATRICO	$ 26.808
895100-33	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE EN CONSULTA	$ 26.808

Monitoreo Holter y Arterial			
Código	**Descripción**	**Observación**	**Valor**
895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO(HOLTER)	Monitoreo por 24 horas	$ 302.476
895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA		$ 310.553

Prueba de Esfuerzo			
Código	**Descripción**	**Observación**	**Valor**

894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	No Incluye electrodos.	$ 295.853

Procedimientos Cardiología			
Código	**Descripción**	**Observación**	**Valor**
370101	PERICARDIOCENTESIS	Honorario especialista.	$ 764.501
895913	MEDICION NO INVASIVA DE RIGIDEZ VASCULAR		$ 203.809
370101-1	PERICARDIOCENTESIS EN CIRUGIA		$ 764.501
881202-3	PORTATIL PARA ECOCARDIOGRAFIA O DUPLEX VASCULAR EN HABITACION	Esta prestación se cobra adicional cuando se realicen los siguientes exámenes: 881202 Ecocardiograma transtorácico 881205 Ecocardiograma transesofágico 881202-03 Ecocardiograma transtorácico pediátrico 881205-03 Ecocardiograma transesofágico pediátrico	$ 47.247
881202-33	PORTATIL INTRAOPERATORIA PARA ECOCARDIOGRAFIA O DUPLEX		$ 650.112

Unidad de Endoscopia

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados en la unidad de endoscopia se facturarán de acuerdo a los paquetes ofertados por este servicio y se encuentran especificados en el capítulo IX PAQUETES.

Para aquellos procedimientos endoscópicos que no son paquete o que el honorario del anestesiólogo no se encuentre incluido en el mismo, el honorario de este profesional se liquida según el número de UVR definidos en este manual en el Capítulo II PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUIRURGICOS por el valor de la UVR definido para este especialista, los cuales tienen el mismo valor de UVR de la prestación S41201 SERVICIOS PROFESIONALES DE ANESTESIOLOGO, la tarifa mínima de anestesia es de $ 350.006

Código	**Descripción**	**Observación**	**Valor**
S41101-7	SERVICIOS PROFESIONALES DE ENDOSCOPIA ADULTO	Para aquellos procedimientos endoscópicos que no son paquete, el honorario médico del especialista se liquida según el número de UVR definidos en este manual en el Capítulo II PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUIRURGICOS por el valor de la UVR definido para este especialista, los cuales tienen el mismo valor de UVR de la prestación S41101 SERVICIOS PROFESIONALES DE CIRUJANO O GINECOBSTETRA.	$ 4.624
S41101-71	SERVICIOS PROFESIONALES DE ENDOSCOPIA PEDIATRICO		$ 4.624

Los derechos de sala, materiales e insumos en la unidad de endoscopia se cobrarán de acuerdo a lo dispuesto en el capítulo VI Derechos de salas, materiales y equipos. Los medicamentos que se requieran de forma adicional a los empleados en los procesos endoscópicos y anestésicos, tales como los medicamentos requeridos por condición clínica, durante el procedimiento y/o fase de recuperación (como por ejemplo: antieméticos) se cobrarán por actividad según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los medicamentos por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.

Cuando se realice una interconsulta por una especialidad clínica y de esta se derive un procedimiento, esta valoración y los manejos posteriores de la especialidad clínica se pagarán adicional a los honorarios del procedimiento.

En el caso que complementario al acto quirúrgico se requiera efectuar en el quirófano, sala de pequeña cirugía, sala de endoscopia, sala de intervencionismo vascular cualquier procedimiento clínico adicional (endoscopia, rayos X, ecografía, entre otros) se liquidará cada procedimiento al 100%.

Cuando se realice un procedimiento Diagnóstico y en el mismo evento se realice un procedimiento terapéutico ambos se cobrarán al 100%.

Código	**Descripción**	**Observación**	**Valor**
592402	LITOTRICIA (FRAGMENTACION) EXTRACORPOREA DE CALCULOS SIMPLES EN VIA URINARIA	**No Incluye catéter JJ.** Esta tarifa es solo para un (1) riñón. Máximo cinco (5) sesiones. En caso de requerir anestesia general se cobrará adicional el recargo de anestesia y la tarifa mínima de anestesia del servicio de endoscopia.	$ 4.150.149
892400	UROFLUJOMETRIA SOD		$ 107.542

Unidad de Rehabilitación

Terapias de Rehabilitación				
Código	**Descripción**	**Observación**		**Valor**
890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	Paciente Hospitalizado. Valor por sesión. SE FACTURA EN TODOS LOS SERVICIOS, excepto en la UCI y UCIN. **Incluye:** Oxigeno como propulsor de la mezcla, Jeringas para dilución, Procedimiento individualizado del terapeuta, aplicadores y toallas de papel recolectora de secreciones, guantes, Tapabocas y lentes.	**No Incluye:** Recolector de secreciones, Sondas de succión, Micro nebulizador Kit(mascara o boquilla, micro y conector), Jeringas para instalación o lavado, solvente que emplea solución salina y agua estéril, Broncodilatador B2, Ipratropium Bromuro, Adrenalina, Dexametasona, Corticoide inhalado (pulmicort 0.5 mg) y Pentamidina Isocianoto, Inspirómetro incentivo. Si la orden de servicios no especifica el cubrimiento de los mismos, estos se facturarán al paciente.	$ 26.940
893810	MEDICION DE LA FUERZA MUSCULAR RESPIRATORIA (PIM-PEM AJUSTADO CON VOLUMENES PULMONARES)			$ 198.288
893816	RESPUESTA VENTILATORIA A LA HIPOXIA	**Incluye:** .- Soporte medico por Teleconsulta con Neumología cada 72 horas .- Monitoreo remoto de signos vitales tres veces al día por fisioterapeuta entrenado .- Equipo de monitor .- Concentrador de oxigeno .- Bala de respaldo 1,75 lts .- 12 sesiones de Rehabilitación pulmonar	**No Incluye:** .- Atención de urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en esta	$ 265.440
930401	EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR			$ 23.562
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	Paciente Ambulatorio. Especificar en la orden el número de sesiones autorizadas. Si se requieren sesiones adicionales se debe solicitar justificación ante la auditoria del cliente. Valores por sesión.		$ 23.562
931101	MODALIDADES CINETICAS DE TERAPIA			$ 95.146
931600	MODALIDADES MECANICAS DE TERAPIA SOD			$ 23.562
933501	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR	Valor por sesión, se factura en todos los servicios		$ 81.629
933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR	Valor por sesión. SE FACTURA EN TODOS LOS SERVICIOS.		$ 58.538
937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	Valor por sesión paciente Hospitalizado. Cuando por pertinencia médica el paciente requiera realización de más de una terapia en el día, estas se facturarán de acuerdo a lo registrado en la historia clínica, Se incluye para: .- Pacientes con cirugía de cabeza y cuello. .- Trastorno de deglución severo. .- Pacientes de UCI (para favorecer la evolución pronta de su proceso de alimentación y dar salida sin soporte nutricional). .- Pacientes pediátricos con cirugías cardiacas. .- Post traqueostomía, Post destete de ventilación mecánica.		$ 35.994
937300	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD	Valor por sesión.		$ 48.383
938302	TERAPIA OCUPACIONAL EN DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE JUEGO OCIO Y ESPARCIMIENTO			$ 45.306
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Valor por sesión Hospitalizada, se factura en todos los servicios.		$ 45.306
939402	NEBULIZACION	Incluye y excluye los mismos insumos y medicamentos de la terapia respiratoria hospitalizada y ambulatoria según en donde se preste el servicio.		$ 29.149
953501	TERAPIA ORTOPTICA	Honorario profesional.		$ 16.607

954610	LIBERACION Y REPOSICIONAMIENTO CANALICULAR (TERAPIA DE REHABILITACION VESTIBULAR PERIFERICA)			$ 106.376
931001-02	TERAPIA FISICA INTEGRAL NEUROLOGICA	Valor por sesión.		$ 95.146
931001-03	TERAPIA FISICA INTEGRAL NEUROLOGICA HOSPITALARIA	Valor por sesión.		$ 95.146
931001-04	TERAPIA FISICA INTEGRAL HOSPITALARIA	Valor por sesión. Se cobra en todos los servicios de internación.		$ 25.924
931001-08	TERAPIA FISICA INTEGRAL REHABILITACION PISO PELVICO	Valor por cada sesión.		$ 95.146
931001-09	TERAPIA FISICA INTEGRAL REHABILITACION PISO PELVICO HOSPITALARIA	Valor por cada sesión.		$ 95.146
937000-4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD AMBULATORIO	Valor por sesión paciente Ambulatorio.		$ 18.010
938303-01	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Valor por sesión ambulatoria, se factura en todos los servicios.		$ 45.306
938303-03	TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL	Terapia Ocupacional del Programa de Salud Mental. Valores por Sesión.		$ 85.016
939403-001	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Paciente Ambulatorio. Valor por sesión. **Incluye:** uso del kit de micro nebulización (mascara o boquilla, micro y conector), solvente que emplea solución salina y agua estéril, Broncodilatador B2, Ipratropium Bromuro, Adrenalina, Dexametasona, Oxigeno como propulsor de la mezcla, Sondas de Succión, Recolector de secreciones, Jeringas para dilución, Jeringas para instalación o lavado, Procedimiento individualizado del terapeuta, aplicadores y toallas de papel recolectora de secreciones, guantes, Tapabocas y lentes.	**No Incluye:** Medicamentos ocasionalmente usados como el Corticoide inhalado (pulmicort 0.5 mg) y Pentamidina Isocianoto, Inspirómetro incentivo. Si la orden de servicios no especifica el cubrimiento de los mismos, estos se facturarán al paciente.	$ 24.485

Unidad de Consulta Externa			
Consultas			
Código	**Descripción**	**Observación**	**Valor**
890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	Honorarios de la siguiente especialidad quirúrgica: Cirugía Hepatobiliar.	$ 106.376
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION YDIETETICA	Honorario profesional.	$ 67.694
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	Honorario profesional.	$ 20.076
890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	Honorario profesional.	$ 53.990
890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA	Honorario profesional.	$ 18.010
890225	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	Se incluye para la facturación de: Cardiología, Hemodinamia, Electrofisiología y Falla cardiaca. Honorario especialista.	$ 106.376

890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	Se incluye para la facturación de: Cardiología, Hemodinamia, Electrofisiología y Falla cardiaca. Honorario especialista.	$ 106.376
890230	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890231	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	Honorario especialista.	$ 106.376
890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890234	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	Honorario especialista.	$ 106.376
890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	Se incluye para la facturación de: Cirugía general, Cirugía Laparoscopia - Bariátrica, Cirujano del programa de fistulas Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890238	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	Se incluye para la facturación de: Cirugía vascular. Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista.	$ 106.376
890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	Se incluye para la facturación de Gastroenterología pediátrica y Gastro-Hepatología Pediátrica. Honorario especialista.	$ 106.376
890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	Honorario especialista.	$ 106.376
890249	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Se incluye para la facturación de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Obstetricia Oncológica, Medicina Materno infantil. Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	Se incluye para la facturación de: Hematología y Hemato-Oncología Adulto. Honorario especialista.	$ 106.376
890252	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	Se incluye para la facturación de: Hematología pediátrica y Hemato-Oncología pediátrica. Honorario especialista.	$ 106.376
890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376

890263	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	Honorario especialista.	$ 106.376
890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	Honorario especialista.	$ 106.376
890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	Honorario especialista.	$ 106.376
890268	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890269	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista.	$ 106.376
890270	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890271	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890272	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista.	$ 106.376
890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista.	$ 106.376
890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	Se incluye para la facturación de: Ortopedia y traumatología y Cirugía de Columna. Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	Se incluye para la facturación de Otorrinolaringología y Otología. Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Se incluye para la facturación de Psiquiatría Honorario especialista.	$ 120.427
890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	Honorario especialista.	$ 120.427
890286	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	Se incluye para la facturación de Radiología e imágenes diagnósticas y Neuroradiología. Honorario especialista.	$ 106.376
890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890289	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista.	$ 106.376
890292	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376

890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	Esta prestación aplica para las especialidades de Control que no tienen aún CUPS Cirugía Hepatobiliar. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	Honorario profesional. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 67.694
890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA	Honorario profesional.	$ 20.076
890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	Honorario profesional. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 53.990
890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA	Honorario profesional. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 18.010
890325	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	Se incluye para la facturación de: Cardiología, Hemodinamia, Electrofisiología y Falla cardiaca. Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	Se incluye para la facturación de: Cardiología, Hemodinamia, Electrofisiología y Falla cardiaca. Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890330	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890331	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376

890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890334	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	Se incluye para la facturación de: Cirugía general, Cirugía Laparoscopia - Bariátrica, Cirujano del programa de fistulas Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890338	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	Se incluye para la facturación de: Cirugía vascular. Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890341	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376

890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890347	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	Se incluye para la facturación de Gastroenterología pediátrica y Gastro-Hepatología Pediátrica. Honorario especialista La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890349	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Se incluye para la facturación de Ginecología y Obstetricia, Ginecología y Obstetricia Oncológica, Medicina Materno infantil. Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	Se incluye para la facturación de: Hematología y Hemato-Oncología Adulto. Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	Se incluye para la facturación de: Hematología pediátrica y Hemato-Oncología pediátrica. Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890353	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890354	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890363	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376

890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890368	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890369	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890370	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890372	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	Se incluye para la facturación de: Ortopedia y traumatología y Cirugía de Columna. Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376

890381	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	Se incluye para la facturación de Otorrinolaringología y Otología. Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Se incluye para la facturación de Psiquiatría. Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 120.427
890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 120.427
890386	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	Se incluye para la facturación de Radiología e imágenes diagnósticas y Neuroradiología. Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890388	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890389	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890392	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	Junta Médico-Quirúrgica. Honorarios. Este valor se facturará por cada especialista que participe en la junta.	$ 87.084

890503	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)	Este valor se facturará por cada especialista y/o profesional que participe en la junta.		$ 87.084
941101	DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRIA	Honorarios. Se incluye para: 1) Concepto de pares; 2) Segundo conceptos; entre otros.		$ 230.214
950101	EVALUACION ORTOPTICA	Honorario profesional.		$ 71.527
954401	PRUEBAS CLINICAS DE LA FUNCION VESTIBULAR			$ 211.324
890202-82	CONSULTA DE AUDIOLOGIA	Honorario profesional.		$ 102.744
890202-8A9	CONSULTA TELEMEDICINA PROGRAMADA	Honorario especialista.		$ 191.301
890202-8B3	CONSULTA PERINATOLOGIA	Honorario especialista.		$ 129.968
890250-12	CONSULTA ALTA COMPLEJIDAD OBSTETRICA	**Incluye**: Consulta de Primera vez y Consulta de Control, Educación al paciente y su familia.	**No Incluye:** Interconsultas de otras especialidades, Urgencias, Exámenes diagnósticos, Hospitalización.	$ 129.968
890502-8	JUNTA MEDICA PISO PELVICO	Evaluación multidisciplinaria de Fisiatría, Urología, Ginecología, Psiquiatría, Colon y Dolor (No Incluye exámenes ni procedimientos).		$ 206.953

Procedimientos en Consulta

Pruebas de alergología

Código	Descripción	Observación	Valor
860201	PRUEBA INTRADERMICA DE ALERGIA	Incluye una batería, máximo dos.	$ 617.783
860202	PRUEBA EPICUTANEA DE ALERGIA (PRUEBA DEPARCHE)		$ 617.783
891203	RINOMETRIA ACUSTICA		$ 628.776
891301	PRUEBA DE PROVOCACION NASAL CON ALERGENO (ESPECIFICO)		$ 960.995
893910	PRUEBA DE SENSIBILIZACION CON ALERGENO VIA ORAL [PROVOCACION]		$ 960.995
991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGENICO POR VIA SUBCUTANEA		$ 274.567
991203	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGENICO POR VIA SUBLINGUAL		$ 607.318
991205	INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL A ALIMENTO		$ 966.039
991206	DESENSIBILIZACION A MEDICAMENTO POR VIAORAL		$ 966.039
991207	DESENSIBILIZACION A MEDICAMENTO POR VIAPARENTERAL	906712	$ 966.039

Procedimientos de audiología

Tarifa FVL.
Los paquetes de colocación de audífonos se deberá solicitar cotización previamente.

En caso de que el examen se requiera realizar con anestesia, se cobrara adicional al examen los siguientes conceptos:
.- Honorarios anestesia: tarifa mínima de anestesia relacionada en el capítulo VII.
.- Recargo de anestesia.
.- Derecho de sala: 7DS006-005 DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 51 HASTA 60 UVR

Código	Descripción	Observación	Valor
954107	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]		$ 70.344
954301	LOGOAUDIOMETRIA		$ 70.344
954302	INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA)		$ 81.733
954305	ACUFENOMETRIA [TINNITUGRAMA]		$ 30.794
954306	EVALUACION ELECTROACUSTICA FUNCIONAL DELA TROMPA DE EUSTAQUIO		$ 72.624
954313	PRUEBAS DE RECLUTAMIENTO		$ 69.060
954314	PRUEBAS DE FATIGA ACUSTICA		$ 28.049
954402	ELECTRONISTAGMOGRAFIA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFIA		$ 357.093
954403	EVALUACION DEL REFLEJO VESTIBULO OCULO MOTOR ASISTIDO		$ 382.600
954601	EMISIONES OTOACUSTICAS		$ 99.315
954602	ELECTROCOCLEOGRAFIA [ECOG]		$ 251.429
954625	POTENCIALES EVOCADOS MIOGENICOS VESTIBULARES CERVICALES		$ 194.054
954626	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD	Ambulatorio y Hospitalario.	$ 194.054
954627	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA ANALISIS DE HABITUACION Y SINCRONIA NEURAL	**Incluye:**ALTA RATA(PRUEBA DE HABITUACION)PRUEBA DE DIS-SINCRONIA NEURAL AUDITIVA	$ 194.054
954628	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA POR VIA OSEA		$ 303.810
954629	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCION INTENSIDAD-LATENCIA		$ 303.810
954802	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	**Incluye:** .- Revisión y ajuste de componentes externo de dispositivo auditivo **implantable y** no implantable .- Adaptación de accesorios	$ 99.803
954803	EVALUACION DE LA GANANCIA FUNCIONAL CON DISPOSITIVO AUDITIVO		$ 183.011
954903	REVISION Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE		$ 372.397
965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	Honorario Especialista. No incluye derechos de sala, ni insumos.	$ 32.722

Procedimientos dermatología

Tarifa de Honorarios Dermatólogo.
Las tarifas de los procedimientos de Dermatología no incluyen derechos de sala, insumos ni medicamentos para la realización:
Los insumos y medicamentos se cobrarán por actividad según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los insumos y medicamentos por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se de la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.
Los derechos de sala se cobrarán de acuerdo a lo dispuesto en el capítulo VI Derechos de salas, materiales y equipos.

Código	Descripción	Observación		Valor
998303	FOTOTERAPIA INTERMITENTE	Valor por cada sesión.		$ 53.259
998305	FOTOFERESIS	**Incluye**: .-Honorarios Medicos .-Atención por enfermeria .-Derechos de Sala .-Equipo de fotoferesis .-Insumos basicos del procedimiento	**No Incluye:** .-Kit de fotoaferesis	$ 488.166
Observaciones: Procedimiento mediante el cual se extrae sangre del cuerpo y se trata con luz ultravioleta y medicamentos que se activan con la exposición a la luz. Luego, la sangre se reinyecta en el cuerpo. Se encuentra en estudio para el tratamiento de algunas enfermedades de la sangre y la médula ósea, y de injerto contra huésped.				

Ecografía Doppler

Código	Descripción	Observación	Valor
882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL		$ 418.445

Procedimientos de endocrinología

.- Sólo pacientes con autorización.
.- Los medicamentos se cobrarán adicionalmente por actividad según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los medicamentos por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back- order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.
.- En el caso de requerir una prueba diferente a las especificadas se facturará a tarifas FVL.

Código	Descripción	Observación	Valor
904106	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA		$ 308.424
904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]PRE Y POST ESTIMULO CLONIDINA CADA MUESTRA		$ 176.689
904207	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]PRE Y POST ESTIMULO GLUCOSA CADA MUESTRA		$ 204.024
904208	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]PRE Y POST ESTIMULO INSULINA CADA MUESTRA		$ 199.011
904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA		$ 239.950
904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA CADA MUESTRA		$ 303.617
904719	PEPTIDO C PRE Y POST GLUCAGON		$ 373.000
861902-01	SEGUIMIENTO DE BOMBA DE INSULINA	Honorario especialista.	$ 318.183
904301-001	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION INSULINA 1 MUESTRA		$ 188.096
904301-3	ESTIMULACION CORTISOL POST ACTH 1 MUESTRA		$ 178.828

Test de Malabsorción de Levotiroxina

Indicaciones del servicio:
El test de absorción de levotiroxina es una prueba que consiste en administrar una dosis de carga de levotiroxina con la medición subsecuente en diferentes tiempos de TSH y T4l con el ánimo de evaluar la absorción de la hormona tiroidea.
La población que se beneficia de este test son todos los pacientes referidos a nuestro centro y en quienes se cumplen las Indicaciones para el procedimiento.
- Hipotiroidismo refractario.
- Sospecha de síndrome de malabsorción de levotiroxina.
- Mala adherencia farmacológica a la levotiroxina.

Este Test se cobrará con las siguientes prestaciones:

Código	Descripción	Cantidad
890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	1
7DS006-005	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 51 HASTA 60 UVR	1
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	4
904921	TIROXINA LIBRE	4
2000002757	LEVOTIROXINA SODICA 100 MCG TAB	10

Exámenes de Neumología

Código	Descripción	Observación		Valor
860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]			$ 71.391
891805	MONITOREO DE FLUJO RESPIRATORIO DURANTE EL SUEÑO [POLIGRAFIA RESPIRATORIA]	**Incluye:** .- Derecho Equipo .- Interpretación de resultados	**No incluye:** .- Internación .- Consulta con especialista de sueño .- Adaptación de Cpap	$ 280.573
893701	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIAPRE Y POST BRONCODILATADORES			$ 650.966
893805	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES			$ 195.871
893806	CAPACIDAD DE DIFUSION CON MONOXIDO DE CARBONO			$ 277.878
893808	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE			$ 60.409
893809	RESISTENCIA DE VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA SIMPLE			$ 64.143
893812	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	No Incluye insumos ni medicamentos.		$ 97.159
893813	RESISTENCIA DE LAS VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES			$ 194.321
893815	PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA			$ 324.511
893821	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO Y MONITOREO			$ 332.096
893825	OSCILOMETRIA DE IMPULSO			$ 195.871
894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	No Incluye insumos ni medicamentos.		$ 97.159
903612	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION DIRECTA			$ 748.665

891704-01	POLISOMNOGRAFIA DOMICILIARIA	**Incluye:** .- Visita por auxiliar de enfermería para conexión y desconexión del equipo .- Derecho Equipo .- Interpretación de resultados .- Insumo necesarios para la realización del procedimiento	**No incluye:** .- Internación .- Consulta con especialista de sueño .- Adaptación de Cpap	$ 790.707

Procedimientos y/o examenes de ginecología

Las tarifas de Ginecología no incluyen insumos ni medicamentos para la realización:
Los insumos y medicamentos se cobrarán por actividad según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los insumos y medicamentos por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.

Código	Descripción	Observación	Valor
751101	AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA	Solo toma de muestra, No Incluye aguja.	$ 494.613
751201	AMNIOREDUCCION		$ 713.885
881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		$ 245.180
881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL		$ 46.958
881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)		$ 686.425
881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		$ 66.174
881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL		$ 84.683
881434	PERFIL BIOFISICO		$ 175.764
881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL		$ 197.591
881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	**Aplica para ecografías del III nivel, 3D y 4D**	$ 410.109
881438	ECOCARDIOGRAFIA FETAL		$ 465.354
881439	NEUROSONOGRAFIA FETAL		$ 410.109
882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	La ecografía obstétrica gemelar se cobra cada una al 100%.	$ 231.737
897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO		$ 27.866
897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO		$ 119.079
881360-3	ULTRASONOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER POR GINECOLOGO		$ 153.503
881401-01	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL CERVICOMETRIA		$ 84.683
882298-01	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA PERFIL BIOFISICO MAS CERVICOMETRIA POR GINECOLOG		$ 222.086

Procedimientos de neurología

Las tarifas de la Unidad de Neurología no incluyen insumos ni medicamentos para la realización de procedimientos o exámenes diagnósticos.
Los insumos y medicamentos se cobrarán por actividad según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los insumos y medicamentos por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.

Código	Descripción	Observación	Valor
891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO		$ 73.726
891503	REFLEJO NEUROLOGICO TRIGEMINO FACIAL (PALPEBRAL)		$ 114.695
891509	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	Se cobrará cada extremidad al 100%, igualmente para los bilaterales.	$ 194.129
891511	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO		$ 114.695
891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES (CADA EXTREMIDAD)		$ 214.320
930860	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	Se cobrará cada extremidad al 100%, igualmente para los bilaterales.	$ 197.488
952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES		$ 178.350
952303	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MULTIFOCALES		$ 178.350
891402-3	ELECTROENCEFALOGRAMA EXTENDIDO		$ 293.485

Exámenes de oftalmología

Código	Descripción	Observación	Valor
950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	Ambos Ojos.	$ 162.545
950505-3	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO UN OJO	Un ojo.	$ 81.275
952501-01	PAQUIMETRIA DOS OJOS SOD	Ambos Ojos.	$ 172.979
952501	PAQUIMETRIA		$ 76.607
951302	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B		$ 168.315
951302-01	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B DOS OJOS	(Dos Ojos)	$ 208.363
952001	BIOMETRIA OCULAR	Unilateral. Si se requiere realizar el procedimiento en ambos ojos se cobrará cada uno al 100%.	$ 107.377
951901	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR	Visante OMNI Unilateral.	$ 360.499
951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	OCT Cirrus de la Retina(Macula) o Nervio óptico Unilateral.	$ 360.499
951501-01	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE UNOJO	Unilateral.	$ 233.978
951501-02	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE DOS OJOS	Bilateral.	$ 320.634
951102	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIORDEL OJO	Cada Ojo.	$ 91.095
951103	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO		$ 91.095
950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES		$ 192.318
950610-2	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES DOS OJOS		$ 358.316

952601	TONOGRAFIA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS		$ 443.970

Procedimientos de oftalmología laser		
Incluye: Honorarios, derechos de sala, equipo e insumos.		
Código	**Descripción**	**Valor**
103204-01	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA POR FOTOCOAGULACION LASER	$ 591.063
143402-06	FOTOCOAGULACION POR LASER RETINOPATIA DIABETICA198	$ 954.826
136505	CAPSULOTOMIA ASISTIDA	$ 863.902
136505-01	CAPSULOTOMIA CON LASER DOS OJOS	$ 1.727.805
142004-01	FOTOCOAGULACION RETINAL 2 CUADRANTES UNOJO	$ 954.826
142004-02	FOTOCOAGULACION RETINAL 2 CUADRANTES DESGARROS AGUJEROS DOS OJOS	$ 1.909.654
123002	IRIDOPLASTIA ASISTIDA	$ 863.902
121102-01	IRIDOTOMIA CON LASER DOS OJOS	$ 1.727.805
121102	IRIDOTOMIA ASISTIDA	$ 863.902
143402-03	PANFOTOCOAGULACION RETINOPATIA DIABETICA TROMBOSIS V UN OJO	$ 954.826
143402-04	PANFOTOCOAGULACION RETINOPATIA DIABETICATROMBOSIS VDOS OJOS	$ 1.909.654
126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE COLGAJO ESCLERAL ASISTIDA	$ 863.902
127501	TRABECULOPLASTIA ASISTIDA	$ 954.826
127501-3	TRABECULOPLASTIA SEGMENTO ANTERIOR (DOSOJOS)	$ 1.909.654

Psicoterapias y pruebas de psiquiatría			
Código	**Descripción**	**Observación**	**Valor**
930102	PRUEBA COGNITIVA (CADA UNA)	Evaluación Neuropsicológica. Cada Sesión. En total 4 sesiones, Incluye el tamizaje y prueba especifica de cada trastorno y el informe. En pacientes hospitalizados solo se cobran 2 sesiones.	$ 175.396
930103	EVALUACION DEL COMPONENTE COGNITIVO		$ 134.246
938610	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD TRANSITORIA LEVE	Valor por sesión. Nota: Esta rehabilitación es para compensar o intervenir funciones afectadas tales como la memoria, atención, Praxias y funciones ejecutivas.	$ 78.114
938612	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD TRANSITORIA SEVERA		$ 160.182
940101	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)		$ 263.582
943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA		$ 75.168
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA		$ 75.168
944001	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRIA		$ 75.168
944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA		$ 75.168
944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	Sesión (1 hora) paciente ambulatorio y hospitalizado.	$ 96.384

944301	TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA		$ 76.828
943101-81	BIOFEEDBACK + CONSULTA DE PSIQUIATRIA		$ 543.547
943102-8	BIOFEEDBACK (PSICOTERAPIA BAJO MONITOREOPSICOFISIOLOGICO)	Valor por sesión.	$ 95.146

Procedimientos cirugía vascular

Las tarifas de los procedimientos de Consulta Externa no incluyen derechos de sala, insumos ni medicamentos para la realización:
Los insumos y medicamentos se cobrarán por actividad según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los insumos y medicamentos por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se de la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.
Los derechos de sala se cobrarán de acuerdo a lo dispuesto en el capítulo VI Derechos de salas, materiales y equipos.

Código	Descripción	Observación		Valor
839600	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD	Honorario especialista. Valor de cada sesión. Este valor no Incluye insumos ni medicamentos. Se excluyen las infiltraciones Peridurales y de Esteroides las cuales se facturarán como punción lumbar.		$ 46.559
882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO			$ 410.312
882305	PLETISMOGRAFIA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES	Honorario especialista.	No incluye insumos o materiales en caso de ser necesaria su utilización.	$ 353.662
882325	PLETISMOGRAFIA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS INFERIORES			$ 353.662
886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL			$ 215.084
886013	OSTEODENSITOMETRIA Y COMPOSICION CORPORAL (TEJIDOS BLANDOS)			$ 215.084
935601	APLICACION DE VENDAJE DE PRESION			$ 203.347
936600	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA DESPLAZAR LIQUIDOS DE TEJIDOS (BOMBA LINFATICA) SOD	Honorario especialista. No incluye derechos de sala, ni insumos. Valor por cada sesión.		$ 116.197
965902	LAVADO IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	Flebología más botta de Unna. La tarifa Se incluye para servicios del profesional especialista. El valor no incluye derecho de sala, insumos ni la bota. Cuando se realice el procedimiento en forma Bilateral se liquida la segunda al 75%		$ 22.793

Clínica de Heridas

Atención por enfermería especializada.
Las tarifas de Clínica de Heridas no incluyen derechos de sala, insumos ni medicamentos para la realización:
Los insumos y medicamentos se cobrarán por actividad según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los insumos y medicamentos por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back- order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.
Los derechos de sala de curaciones se cobrarán de acuerdo a lo dispuesto en el capítulo VI Derechos de salas, materiales y equipos.

Código	Descripción	Observación	Valor
579501-01	CAMBIO DE SONDA VESICAL (URETRAL O CISTOSTOMIA)		$ 67.420
962400-2	CURACION OSTOMIAS TUBOS O DRENES		$ 66.652

965901-2	CURACION MENOR	**Se incluye para:** .- Heridas cerradas .- Heridas quirúrgicas suturadas sin signos de infección .- Heridas agudas superficiales y simples menores de 10 cm .- Heridas crónicas: lesiones por presión estadio I y II .- Quemaduras de primer grado .- Heridas de origen oncológico (lesión exofitica, tumores)	$ 33.710
965902-2	CURACION MAYOR POR CLINICA DE HERIDAS	**Se incluye para:** .- Heridas abiertas, agudas, complejas y profundas .- Heridas agudas superficiales y simples mayor a 10cm .- Heridas de zonas donantes y colgajos .- Quemaduras desde segundo grado .- Quemaduras o heridas en zona facial .- Fístulas: esofágica, anorectales, traqueoesofágicas, rectovaginales, biliares .- Heridas en paciente con patologías o factores de riesgo que pueden impedir el proceso normal de cicatrización tales como diabetes mellitus, enfermedades vasculares, vasculitis, enfermedades ampollosas, enfermedades oncológicas, enfermedades terminales, pacientes inmunosuprimidos (trasplantados, oncológicos, HIV, artritis, LUPUS, en tratamientos farmacológicos con estos efectos) pacientes en radioterapia o quimioterapia, pacientes en estado de obesidad o desnutrición .- Heridas crónicas: lesiones por presión estadio III y IV, pie diabético, úlceras arteriales, úlceras venosas, estas últimas solo cuando no se ha autorizado su tratamiento específico. Solo se realiza curación, sin terapia de elastocompresion .- Granulomas .- Heridas infectadas en paciente con manejo médico establecido (tratamiento antibiótico) .- Heridas quirúrgicas complicadas	$ 67.420
965902-25	CATETERISMO VESICAL EDUCACION (2 SESIONES)		$ 84.283

Unidad de Urgencias			
Código	**Descripción**	**Observación**	**Valor**
En aquellos casos donde el médico general realice procedimientos en urgencias el valor de la UVR será igual al valor de la UVR del especialista.			
Los derechos de sala de curaciones se cobrarán de acuerdo a lo dispuesto en el capítulo VI Derechos de salas, materiales y equipos.			
Los insumos y medicamentos se cobrarán por actividad según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los insumos y medicamentos por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.			
380111	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VIAENDOVENOSA	Solo incluye Honorarios Médicos. Excluye agentes trombolíticos, los cuales se cobrarán por actividad.	$ 4.048.778
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	Incluye honorarios Médicos y Derechos de Consultorio. Aplica Triage establecido por FVL y plasmado en el Procedimiento PR-URG-007, alineados con la norma Resolución 5596 de 2015 **y el Decreto 780 de 2016, haciendo especial mención al artículo 2.5.3.2.5 y siguientes**. Toda valoración médica que se realice en el servicio de urgencias por el médico general.	$ 75.982
890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	Internista.	$ 106.376
890783	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	La Consulta de pediatría se Facturará para pacientes hasta los 18 años de edad.	$ 106.376
890793	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS		$ 106.376

5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA	Esta tarifa es un valor diario, se reconoce desde el momento en que el médico de urgencias considere que el paciente debe recibir atención para evaluar condiciones clínicas que a criterio de los médicos del grupo tratante (del cual hace parte el médico general) ameriten el seguimiento clínico y para clínico en el servicio de urgencias, así como la evaluación de la respuesta del paciente a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos tales como terapias entre otros. En el caso que se ordene la internación del paciente en la misma institución, la tarifa de la internación excluye la de observación causada en el día de la orden de la hospitalización. En pacientes que Ingresan por Urgencias la habitación se cobrará desde el momento que se da la orden de manejo hospitalario por parte de uno de los médicos del grupo tratante (del cual hace parte el médico general), así ésta no se encuentre disponible en el momento. Esta tarifa de derechos de sala de observación, no incluye la consulta inicial de urgencias, ni el manejo intrahospitalario en sala de observación de urgencias.	$ 111.497
890402-72	INTERCONSULTA DE URGENCIAS	Médico especialista Clínico, Médico especialista Quirúrgico. No habrá oferta de servicio de urgencias para las especialidades de Otorrino, oftalmología, Maxilofacial y cirugía plástica, a menos que sea manejo integral de un paciente politraumatizado o que ingrese a la FVL para manejo integral de una patología de alta complejidad.	$ 102.007
890702-001	CONSULTA TELEMEDICINA URGENCIAS		$ 191.301
S41605	MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS	La tarifa "corresponde a la valoración del médico en sala de observación de urgencias" , es un valor que se factura cuando el paciente permanezca en el servicio de observación y es adicional al valor de la consulta. Este valor se cobrará por cada día calendario de permanencia en la sala o por las horas que permanezca en la sala por el médico especialista o médico general.	$ 98.590

Exámenes de Urgencias

Código	Descripción	Observación	Valor
881211-001	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA) - POR ESPECIALISTA		$ 70.330
881390-001	ULTRASONOGRAFIA FAST EXTENDIDO	Su cobro aplica en los servicios de Urgencias, Hospitalización, UCI, UCIN y Cirugía. No requieren de reporte adicional, se describirán en las evoluciones médicas o registros de procedimiento asistido o descripción quirúrgica.	$ 281.170
881390-002	ULTRASONOGRAFIA PARA GUIA DE ACCESO VASCULAR		$ 222.797
881390-003	ULTRASONOGRAFIA FAST DE ABDOMEN TOTAL		$ 193.798
881701-002	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOSDIAGNOSTICOS POR ESPECIALISTA		$ 106.999

Unidad de Diálisis

La visita o interconsulta realizada por el nefrólogo previo al procedimiento se cobrarán adicionales en los pacientes hospitalizados.

Estos servicios se prestan mediante interdependencia a través de una alianza estratégica en el marco de la CE 067 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
399501	HEMODIALISIS ESTANDAR CON BICARBONATO	.- Set de Hemodiálisis .- Sesión hasta 4 horas .- Cubre filtro de Polisulfona .- Supervisión por equipo clínico de la unidad de diálisis	.- Tratamiento con técnica prismaflex o cualquier otra técnica	$ 547.192
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
399802.	HEMOFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA (CVVH)	.- Honorarios médicos .- Equipo de hemodialisis .- Atención asistencial **Nota**: se cobra cada 24 horas	.- Filtro .- Insumos y Medicamentos .- Interconsulta con otra especialidad	$ 1.466.634

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
509200	ASISTENCIA HEPATICA EXTRACORPOREA SOD	.- Derechos de equipo e insumos	.- Derechos de sala .- Complicaciones .- Banco de Sangre .- Exámenes diagnósticos .- Hospitalización	$ 19.661.442
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Aplicación: Indicado en pacientes con falla hepático, trasplante, falla hepática post-trasplante, candidatos a trasplante, falla hepática aguda en pacientes con opción de trasplante temprano, falla hepática crónica agudizada. No Se incluye para pacientes pediátricos, pacientes con peso <35 Kl y con falla hepática de origen séptico excepto en leptospirosis donde la literatura demuestra muy buenos resultados.				
549801	DIALISIS PERITONEAL MANUAL	.- Supervisión por equipo clínico de la unidad de diálisis	.- Insumos .- Valoración por el nefrólogo y/u otras especialidades para el manejo de las patologías de base y/o complicaciones y/o patologías subyacentes	$ 237.866
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
549802	DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA	.- Supervisión por equipo clínico de la unidad de diálisis	.- Insumos .- Valoración por el nefrólogo y/u otras especialidades para el manejo de las patologías de base y/o complicaciones y/o patologías subyacentes	$ 237.866
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
399804 -3	HEMOFILTRACION (DIALISIS)	.- Insumos diferentes a filtros y líquidos empleados en la Hemofiltración .- Sesión desde 4 hasta 12 horas .- Supervisión por equipo clínico de la unidad de diálisis	.- Ningún tipo de Filtro .- Equipo Plasmaflo OP	$ 1.023.734
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
549801-03.	DIALISIS PERITONEAL AGUDA	.- Set de diálisis .- Insumos para el procedimiento .- Supervisión por equipo clínico de la unidad de diálisis	.- Insumos o set especiales .- Banco de sangre y laboratorio .- Exámenes diagnósticos y terapéuticos .- Estancia	$ 323.942
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observaciones: Sesión hasta 4 horas. Se incluye para pacientes que ingresen por urgencias para hospitalización como consecuencias de complicaciones de su tratamiento de base que requieran diálisis peritoneal en fase aguda.				

CAPÍTULO V

INTERNACIÓN

ARTÍCULO 17: La internación en todos los casos, comprende los siguientes servicios básicos:
a. Médico hospitalario de piso (no incluye médico tratante).
b. Enfermera.
c. Auxiliar de enfermería.
d. Uso de la infraestructura física y de la dotación propia del servicio (bomba de infusión, lámpara de fototerapia, vacío, menaje, mobiliario, etc.).

e. Dotación básica de elementos de enfermería necesarios para la realización de las actividades relacionadas con la higiene del paciente, control de signos vitales (temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y presión arterial), valoración de talla y peso, elementos de protección personal necesarios para el manejo del paciente solo incluye guantes limpios y tapabocas convencionales. De este concepto también se excluye mantas de Calentamiento y/o Hipotermia.
f. Material de curación básico (Espadrapo, gasas, guantes limpios y soluciones desinfectantes. No incluye guantes estériles).
g. Registro de oximetría cutánea (cualquier número de mediciones).
h. Determinación de régimen nutricional oral; excluye nutrición enteral y parenteral.
i. Alimentación adecuada al estado del paciente (excepto las substancias de nutrición enteral y parenteral).
j. Suministro de ropa de cama.
k. Aseo.
l. Servicios públicos (Excepto telefonía de larga distancia).
m. Servicios y recursos de la entidad hospitalaria para comodidad del paciente (ascensores, calderas, llamado de enfermeras, teléfono local, aire acondicionado, etc.).
Lo no expresado en los literales anteriormente mencionados se consideran exclusión de la internación y su cobro será por actividad.

PARAGRAFO 1: Adicional a la tarifa de la internación, durante los días que al paciente se le realicen curaciones, como parte del tratamiento de una complicación, por concepto de materiales básicos se pagará diariamente el siguiente valor:

Código	Descripción	Observación	Valor
S55118	MATERIALES DE CURACION POR COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS	No incluye insumos especiales.	$ 41.198

PARAGRAFO 2: Los servicios profesionales, la utilización del área quirúrgica, los elementos y materiales utilizados con fines de la implantación del catéter subclavio, se pagarán a los valores establecidos en este manual.
PARAGRAFO 3: Las substancias de nutrición parenteral o enteral, equipos de transferencia, adaptadores para el mezclador, bolsas para aplicación y el catéter subclavio, la aseguradora los pagará adicional a la tarifa de la estancia.
ARTÍCULO 18: La internación en la Unidad de Cuidado Intensivo, comprende además de los servicios básicos del Artículo 17, los siguientes: a) servicios profesionales permanentes durante 24 horas diarias por parte del especialista de la Unidad (Cardiología, Pediatría, Medicina Interna, Intensivista, Anestesiólogo excepto especialistas en manejo del dolor, Cirujano excepto programa manejo de fistulas y nutriólogo, están incluidas dentro del valor de la cama, las otras especialidades se facturará adicionalmente. (Nota: El programa de Falla cardiaca es considerado una subespecialidad, se factura adicional al valor de la estancia en UCI/UCIN)), (Nota: El programa de clínica de anticoagulación es coordinado por el servicio de Cardiología, pero no es una valoración médica por Cardiología, se factura adicional al valor de la estancia en UCI/UCIN)); b) práctica de: electrocardiogramas, electroencefalogramas; gasimetrías arteriales y los componentes reportados; gasimetrías arteriovenosas mixtas; procedimientos para el monitoreo (implantación de catéter venoso subclavio o femoral, realizado por intensivista) y resucitación cardio-pulmonar; c) terapia respiratoria (distensibilidad, reclutamiento, resistencia pulmonar, oximetrías), d) Derechos de equipos básicos de uso frecuente como Monitor de UCI y Ventilador o Dispositivos de Ventilación Asistida, se excluye accesorios o implementos los cuales se cobraran al consumo. Todos los pacientes que ingresen a UCI requieren toma inicial de hisopados para validar presencia de infecciones y se facturaran adicional a la estancia.
PARAGRAFO: Cualquier actividad, intervención o procedimiento distinto a los relacionados en este Artículo y los suministros que se consuman, se pagarán por la tarifa respectiva.
ARTÍCULO 19: En la Unidad de Cuidado Intensivo se atienden pacientes adultos o niños, con permanencia del médico especialista en Cardiología, Pediatría, Medicina Interna, Intensivista, Anestesiólogo excepto especialistas en manejo del dolor, Cirujano excepto programa manejo de fistulas, están incluidas dentro del valor de la cama, las otras especialidades se facturará adicionalmente. (Nota: El programa de Falla cardiaca es considerado una subespecialidad, se factura adicional al valor de la estancia en UCI/UCIN)), con experiencia demostrada o especialización en cuidado crítico y enfermera con especialización o experiencia en cuidado crítico.
La Unidad Neonatal exige la permanencia del médico especialista en neonatología o de pediatra y enfermera que demuestren experiencia en cuidado intensivo neonatal.
ARTÍCULO 20: Adicional a la tarifa de internación en UCI se factura el valor de los servicios profesionales correspondientes a "Cuidado (manejo) intrahospitalario por medicina especializada", por cada uno de los días que se cause la atención, cuando el paciente no quirúrgico tiene un especialista tratante distinto al especialista de la UCI. Igualmente en el paciente quirúrgico después del día quince (15) post-operatorio.
ARTÍCULO 21: Las tarifas de la estancia en cualquiera de los servicios de internación no incluye el consumo de oxígeno medicinal, que se pagará de acuerdo con las tarifas establecidas de este Manual.
ARTÍCULO 22: En todas las estancias aplica el cobro de Terapia de Rehabilitación Pulmonar y Terapia de Rehabilitación Cardiaca.
PARAGRAFO: Cuando se realice nebulización y terapia respiratoria en diferente momento aplica el cobro al 100%.
ARTÍCULO 23: Para efectos de aplicación de las tarifas correspondientes a la estancia, se determina que el día de ingreso del paciente se factura más no el del egreso, cualquiera que sea el servicio de internación, la hora de entrada y de salida del mismo. Se exceptúa de esta disposición el caso de permanencia inferior a 24 horas cuando por cualquier circunstancia el paciente egrese de la FVL; en dicho evento se paga la tarifa correspondiente a la internación según el servicio que ocupó. El cobro de la estancia aplica desde el momento que el médico defina la conducta del paciente independiente del área donde se encuentre hospitalizado.

PARAGRAFO: Cuando el paciente por prescripción médica se traslada de un servicio a otro, la tarifa por estancia a reconocer el día que se cause la novedad, será la de mayor valor de las utilizadas.

ARTÍCULO 24: En pacientes que Ingresan por Urgencias la habitación se cobrará desde el momento que se da la orden de manejo hospitalario por parte del médico, así ésta no se encuentre disponible en el momento.

CRITERIO PARA COBRO DE ESTANCIA EN URGENCIAS:
A continuación se relacionan los criterios para cobro de estancia de pacientes hospitalizados, los cuales permanecen en el servicio de urgencias por falta de disponibilidad de camas físicas hasta que puedan ser trasladados al piso:

ESTANCIA	CRITERIO	
UCI	A	Nota Intensivista o Internista
	B	Seguimiento por enfermeria y/o registro de enfermeria
	C	Tener criterio de UCI por su diagnóstico
	D	Soporte vasoactivo y/o ventilación
UCI AISLAMIENTO	A	Criterio de aislamiento
UCIN	A	Nota Intensivista o Internista
	B	Seguimiento por enfermeria y/o registro de enfermeria
	C	Criterios de UCIN
AISLAMIENTO ESPECIAL	A	Criterio de aislamiento
PISO UNIPERSONAL	A	Nota internista o tratante
	B	Criterio de hospitalización
PISO BIPERSONAL	A	Nota internista o tratante
	B	Criterio de hospitalización

De igual manera se relaciona el porcentaje de cobertura que debería reconocer la aseguradora por estancia según cada criterio de cobro y Se incluye para pacientes que no fueron remitidos por la entidad y cuando el usuario ingresa por sus propios medios al servicio de urgencias:

ESTANCIA	CRITERIO	Porcentaje de cobertura								
		100% UCI	50% UCI	100% UCIN	50% UCIN	UNIP. 75%	100% BIPE	OBSERVA+ MANEJO	75% UCI AISLAMIENTO	75% AISLAMIENTO ESPECIAL
UCI	A	X	NO							
	B	X	NO							
	C	X	X							
	D	X	NO							
UCI AISLAMIENTO	A								X	
UCIN	A			X	NO					
	B			X	NO					
	C			X	X					
AISLAMIENTO ESPECIAL	A									X
PISO UNIPERSONAL	A					X				
	B					X				
PISO BIPERSONAL	A						X	NO		
	B						X	NO		

Para los pacientes que llegan remitidos, la EPS reconocerá el 100% del valor de la estancia según criterio del medico tratante.
La FVL tiene definido como puerta de acceso el servicio de urgencias, por tanto todo paciente remitido interna o externamente será valorado por el grupo de urgencias y aplica los cobros generados por este servicio.

Unidad de Estancias

Hospitalización en Piso

Código	Descripción	Observación	Valor
10A002	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL		$ 281.250
126A01	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL	**NOTA**: Este servicio estará disponible para usuarios que lo requieran, mientras se realiza la gestión de remisión a la red adscrita de servicios psiquiátricos de la EPS.	$ 328.569
10A001-005	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL TERAPIA METABOLICA	Pacientes con tratamiento de IODO, Pacientes en aislamiento por radiación. Ver anexo. Documento Justificación Estancia y Aislamiento Hospitalario Terapias Metabólicas	$ 794.211

10A002-001	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL PEDIATRICA		$ 329.215

Unidad de Cuidado Intensivo

Observación:
Ver anexo Criterio de ingreso y permanencia en UCI.

Código	Descripción	Observación	Valor
108A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		$ 1.740.062
109A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO		$ 1.740.062
109A01-001	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO CARDIOVASCULAR		$ 1.740.062
109A01-002	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO AISLAMIENTO ESPECIAL	Habitación de Aislamiento Especial en UCI Se incluye para pacientes con las siguientes condiciones: 1. Pacientes con infección o colonización por microorganismos: Clostridium Difficile, Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (VISA), Enterococcus intermedio o resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Klebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii intermedio o resistente a Carbapenem, Pseudomonas aeruginosa intermedio o resistente a carbapenems, productores de KPC (Carbapenemasa de Klebsiella Pneumoniae). 2. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto físico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas. 3. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones nosocomiales o complejas. 4. Pacientes con infecciones bacterianas o virales de transmisión por aerosoles o gotas (Infección por H1N1, SARS-Cov-2 y cualquier patógeno que se transmita por esta vía).	$ 2.403.646
109A01-003	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO CARDIOVASCULAR AISLAMIENTO ESPECIAL	Habitación de Aislamiento Especial en UCI Se incluye para pacientes con las siguientes condiciones: 1. Pacientes con infección o colonización por microorganismos: Clostridium Difficile, Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (VISA), Enterococcus intermedio o resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Klebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii intermedio o resistente a Carbapenem, Pseudomonas aeruginosa intermedio o resistente a carbapenems, productores de KPC (Carbapenemasa de Klebsiella Pneumoniae). 2. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto físico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas. 3. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones nosocomiales o complejas. 4. Pacientes con infecciones bacterianas o virales de transmisión por aerosoles o gotas (Infección por H1N1, SARS-Cov-2 y cualquier patógeno que se transmita por esta vía).	$ 2.403.646
110A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		$ 1.740.062
110A01-002	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS AISLAMIENTO ESPECIAL	Habitación de Aislamiento Especial en UCI Se incluye para pacientes con las siguientes condiciones: 1. Pacientes con infección o colonización por microorganismos: Clostridium Difficile, Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (VISA), Enterococcus intermedio o resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Klebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii intermedio o resistente a Carbapenem, Pseudomonas aeruginosa intermedio o resistente a carbapenems, productores de KPC (Carbapenemasa de Klebsiella Pneumoniae). 2. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto físico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas. 3. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones nosocomiales o complejas. 4. Pacientes con infecciones bacterianas o virales de transmisión por aerosoles o gotas (Infección por H1N1, SARS-Cov-2 y cualquier patógeno que se transmita por esta vía).	$ 2.403.646

110A01-003	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ALTO RIESGOOBSTETRICO		$ 1.740.062

Unidad de Cuidado Intermedio

Observación:
Ver anexo Criterio de ingreso y permanencia en UCIN.

Código	Descripción	Observación	Valor
105M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL		$ 765.330
106M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO		$ 765.330
107M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO		$ 765.330
120N01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO BASICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)		$ 328.569
106M01-001	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICA CARDIOVASCULAR		$ 765.330
107M01-001	INTERNACION EN UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD RIESGO OBSTETRICO	Nos basamos en el acta Colombiana de Cuidado Intensivo (volumen 13 Suplemento 4 / Septiembre de 2013) *Consenso Colombiano para la definición de los criterios de ingreso a unidades de cuidados intensivos en la paciente embarazada críticamente enferma* y al anexo académico 1. (Enero 2015) el cual amplia los criterios de ingreso.	$ 765.330

Observación: La clasificación del riesgo obstétrico dada por el médico tratante a las pacientes que ingresen a la fundación, se tendrá en cuenta para la facturación de la estancia.

Aislamiento

Código	Descripción	Observación	Valor
10A001-003	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION AISLAMIENTO ESPECIAL	Habitación de Aislamiento. Se incluye para pacientes con las siguientes condiciones: 1. Aislamiento respiratorio (Ej: TBC Pulmonar, Etc) Varicela, Herpes zoster. 2. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones nosocomiales o complejas. 3. Pacientes referidos de otras instituciones con complicaciones de manejos previos que requieran atención en cuarto nivel. 4. Pacientes con cualquier tipo de fistulas a nivel abdominal. 5. Aislamiento por cualquier causa, incluyendo colonización por gérmenes tipo: Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (VISA), Enterococcus resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Klebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Clostridium Difficile, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii intermedio o resistente a Carbapenem, Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenems, Clostridium Difficile y productores de KPC). 6. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto físico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas. 7. Pacientes con infecciones bacterianas o virales de transmisión por aerosoles o gotas (Infección por H1N1, SARS-Cov-2 y cualquier patógeno que se transmita por esta vía). 8. Pacientes de aislamiento protector. 9. Serán dejados en aislamiento todos los casos que acorde al protocolo institucional definido por el comité de infecciones así lo requieran	$ 765.330

Internación en todas las Estancias

El recambio de los dispositivos médicos como por ejemplo Set para Bombas de infusión, Accesos Venosos, Equipos y Bolsas para administración de Nutrición Enteral y Parenteral, Sondas vesicales se harán según protocolo de la institución.

Los pacientes que por su condición clínica, requieran Terapia Respiratoria adicional deben cubrir el costo de la Sonda Nelaton según las Terapias Requeridas del paciente por día.
En todas las estancias aplica el cobro de Terapia de Rehabilitación Pulmonar y Terapia de Rehabilitación Cardiaca.

Oxígeno

Código	Descripción	Observación	Valor
133	OXIGENO LT24 HORAS O FRACCION	El oxígeno se podrá cobrar en hospitalización en Piso, Unidad de Cuidados Intermedios, Unidad de Cuidados Intensivos o cualquier otro servicio donde se requiera. Este valor se cobra por litros consumidos durante la permanencia del paciente. Para el cobro del oxígeno se tendrá en cuenta el equipo utilizado, este se puede cobrar por fracción de 1 hora o 24 horas en litros, a continuación se detallan la cantidad requerida de acuerdo al equipo, ya sea por fracción o 24 horas. El valor correspondiente a facturar será: - Para 24 horas: Se multiplica el cobro 24 horas en litros por el valor de esta prestación (ejemplo: Mascara simple, se multiplica 450 por el valor de la prestación 133). - Para periodos de tiempo inferiores a 24 horas: Se multiplica el Cobro 1 hora por el número de horas de suministro del oxígeno por el valor de esta prestación (ejemplo: cánula nasal por 6 horas, se multiplica 16 por 6 por el valor de la prestación 133).	$ 155

Equipo	Cobro 1 Hora	Cobro 24 horas en litros
CANULA NASAL 1-3 LIT	16	395
MASCARA SIMPLE	19	450
Mascara Véntury < 40%	19	450
Mascara No Re inhalación	26	620
Mascara véntury > 40%	26	620
VENTILACION MECANICA	26	620

Visitas e Interconsultas

En los casos en que existan patologías concomitantes se puede requerir la intervención de otros especialistas en conjunto.

Código	Descripción	Observación	Valor
890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	Con este código también se facturará el código de respuesta rápida realizada por internista o intensivistas. Aplica: para cobro de interconsulta por nutriólogo. **Condición Paciente:** Adultos o niños con alimentación enteral (oral/sonda) contraindicada, disfuncional, insuficiente o refractaria.	$ 80.825
890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA		$ 80.825
890406	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	**Condición Paciente:** Adultos o niños con **riesgo nutricional** detectados por la herramienta de tamizaje que aplica enfermería. Excluye a pacientes que reciben atención nutricional **por remisión médica.**	$ 80.825
890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA		$ 46.411
890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA		$ 91.502
890485	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA		$ 91.502
890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	**Condición Paciente:** **Adultos** con alimentación enteral (oral/sonda) contraindicada, disfuncional, insuficiente o refractaria, que **reciben** nutrición parenteral formulada por el medico de soporte nutricional de adultos.	$ 80.825

890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA	**Condición Paciente:** Adultos o niños remitidos a nutrición **a juicio del médico tratante.** Excluye a pacientes que reciben atención nutricional por **riesgo nutricional.**	$ 13.987
890402-7	INTERCONSULTA DEL DOLOR		$ 103.985
890606-8	CONTROLES INTRAHOSPITALARIOS POR NUTRICION Y DIETETICA	**Condición Paciente:** Adultos o niños con tratamientos diseñados, dosificados y formulados por nutricionistas.	$ 13.987

CAPÍTULO VI

DERECHOS DE SALAS, MATERIALES Y EQUIPOS

ARTÍCULO 25: En las intervenciones quirúrgicas y procedimientos terapéuticos que para su práctica requieran de anestesia general o regional y que desde el punto de vista técnico no sea posible realizar en sala de procedimientos especial o de endoscopia, por el uso del quirófano se reconocen derechos de sala los cuales comprenden:

a) Utilización de la dotación básica.
b) Maquina de anestesia y los equipos de monitoreo básico con sus accesorios e implementos.
c) El instrumental básico y la ropa reutilizable o desechable.
d) Los servicios de enfermería, esterilización, circulantes y la instrumentación.
e) Oxígeno, agentes y gases anestésicos.

De este concepto de Derecho de Sala se excluyen:

a) Los sistemas de unidades y mantas de Calentamiento y/o Hipotermia.
b) Cada uno de los equipos e instrumentales especiales requerido para la realización de la intervención.
c) La recuperación que se cobrará desde la salida del paciente del quirófano.
d) Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex.
e) Insumos o accesorios requeridos para la conexión de un equipo al paciente.

Cada uno de los ítems no incluidos en el derecho de Sala será cobrado por actividad.
El valor de estos derechos se cobrará según el número de UVR de la cirugía o procedimiento efectuado.

PARAGRAFO 1: En las intervenciones con más de 450 UVR los derechos de sala de cirugía se pagarán, de acuerdo con el valor que resulte de multiplicar el número de Unidades del procedimiento realizado por el valor que se relaciona a continuación:

Sala de Cirugía mayor a 450 UVR

Código	Descripción	Valor
2DS001-023	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) MAYOR A 450 UVR	$ 4.369

PARAGRAFO 2: En la atención del parto y la práctica de legrados uterinos ginecológicos u obstétrico, los derechos de sala incluye la utilización de las unidades de trabajo de parto. No incluyen el cuidado post parto ni la observación del recién nacido los cuales se facturarán adicionales.

PARAGRAFO 3: En las intervenciones quirúrgicas y procedimientos bilaterales, efectuados en el quirófano, se reconocerá un valor adicional igual al setenta y cinco por ciento (75%) sobre el valor de los derechos de sala de cirugía de la intervención realizada.

Cuando el mismo especialista en clínicas quirúrgicas o ginecobstétricas, en un acto e igual vía de acceso, realiza varias intervenciones quirúrgicas y procedimientos, por este concepto se pagará el cien por ciento (100%) de los derechos de sala de la intervención o procedimiento que se efectúe mejor calificada en términos de UVR y por las demás objeto del acto quirúrgico, únicamente el cincuenta por ciento (50%) de aquella con igual o subsiguiente en términos de UVR.

El cincuenta por ciento (50%) se pagará también, por cada una de las adicionales, cuando las realice el mismo especialista por diferente vía de acceso, en el caso de politrauma abdominal, torácico, craneofacial y de fracturas múltiples.

En las intervenciones quirúrgicas que en el mismo acto realizan profesionales de distinta especialidad por igual o diferente vía de acceso, el valor de los derechos de sala de cirugía será igual al cien por ciento (100%) de la tarifa asignada por este concepto para la intervención que cada uno realice con el mayor número de UVR, y por las demás en cada especialidad, si fuere del caso, el cincuenta por ciento (50%) de aquella con igual o subsiguiente en términos de UVR por especialista.

PARAGRAFO 4: Para la práctica integral de un estudio o procedimiento con tarifa fija realizado en salas de cirugía, se facturará el valor definido para derechos de sala de 170 UVR.

Sala de Cirugía		
Código	**Descripción**	**Valor**
2DS001-001	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) HASTA 20 UVR	$ 39.958
2DS001-002	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 21 HASTA 30 UVR	$ 83.044
2DS001-003	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 31 HASTA 40 UVR	$ 137.230
2DS001-004	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 41 HASTA 50 UVR	$ 172.370
2DS001-005	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 51 HASTA 60 UVR	$ 251.632
2DS001-006	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 61 HASTA 70 UVR	$ 299.199
2DS001-007	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 71 HASTA 80 UVR	$ 355.960
2DS001-008	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 81 HASTA 90 UVR	$ 401.913
2DS001-009	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 91 HASTA 100 UVR	$ 448.382
2DS001-010	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 101 HASTA 110 UVR	$ 460.472
2DS001-011	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 111 HASTA 130 UVR	$ 474.514
2DS001-012	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 131 HASTA 150 UVR	$ 577.848
2DS001-013	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 151 HASTA 170 UVR	$ 634.546
2DS001-014	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 171 HASTA 200 UVR	$ 765.576
2DS001-015	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 201 HASTA 230 UVR	$ 866.123
2DS001-016	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 231 HASTA 260 UVR	$ 986.552
2DS001-017	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 261 HASTA 290 UVR	$ 1.104.968
2DS001-018	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 291 HASTA 320 UVR	$ 1.243.098
2DS001-019	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 321 HASTA 350 UVR	$ 1.381.183
2DS001-020	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 351 HASTA 380 UVR	$ 1.460.089
2DS001-021	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 381 HASTA 410 UVR	$ 1.560.667
2DS001-022	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE 411 HASTA 450 UVR	$ 1.698.797

ARTÍCULO 26: Los materiales de Quirófano y Recuperación que se consuman en el quirófano y/o recuperación, se pagarán de acuerdo con los siguientes valores, según el número de Unidades de Valor Relativo asignadas a la intervención quirúrgica o procedimiento realizado:

Materiales de Quirofano y Recuperación		
Código	**Descripción**	**Valor**
S55101	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION HASTA 20 UVR	$ 96.097
S55102	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 21 HASTA 30 UVR	$ 99.213
S55103	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 31 HASTA 40 UVR	$ 102.638
S55104	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 41 HASTA 50 UVR	$ 140.440
S55105	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 51 HASTA 60 UVR	$ 177.963
S55106	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 61 HASTA 70 UVR	$ 255.168
S55107	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 71 HASTA 80 UVR	$ 274.679

S55108	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 81 HASTA 90 UVR	$ 294.535
S55109	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 91 HASTA 100 UVR	$ 338.522
S55110	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 101 HASTA 110 UVR	$ 382.243
S55111	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 111 HASTA 130 UVR	$ 406.440
S55112	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 131 HASTA 150 UVR	$ 434.354
S55113	DERECHO DE MATERIALES DE QUIROFANO Y RECUPERACION DE 151 HASTA 170 UVR	$ 474.003

PARAGRAFO 1: Los derechos de materiales de quirófano y recuperación incluyen estos elementos: algodón, aplicadores, apósitos no especiales, compresas, mechas, gasas, torundas, cotonoides, cierres umbilicales, esponjas excepto de silicón, cera para huesos, esparadrapo, soluciones desinfectantes (no incluye solución salina o dextrosa), guantes, hojas de bisturí, catéteres pericraneales, equipos de venoclisis, buretras, llaves de dos o más vías, agrafes, suturas de cualquier tipo (catguts, absorbibles sintéticas, no absorbibles, tales como: sedas, nylon, poliéster, polipropileno, acero inoxidable). Esto Se incluye para procedimientos hasta 170 UVR, las intervenciones quirúrgicas o procedimientos con más de 170 UVR, o múltiples en las que haya alguna con éste o un mayor número de Unidades, se cobrarán todo por actividad a tarifas FUNDACION VALLE DEL LILI, a excepción del oxígeno, agentes y gases anestésicos, los cuales están incluidos en los derechos de sala. Las jeringas, agujas y los equipos, utilizados en el manejo de los pacientes para la aplicación de los medicamentos y soluciones intravenosas, incluido el "set" para la bomba de infusión, se cobrarán por actividad a tarifas FVL.

PARAGRAFO 2: De este concepto se excluyen los insumos especiales como por ejemplo ligaclips, grapas, suturas mecánicas, recargas, grapadoras, hemostáticos, entre otros, así como también el Óxido Nítrico, las soluciones salinas y/o dextrosa o análogos a estas. Lo anteriormente mencionado se cobrará por actividad.

PARAGRAFO 3: Los suministros de prótesis y órtesis no reutilizables; injertos, homoinjertos, válvulas, catéteres y sondas; tubos no reutilizables de cualquier clase que su función sea la conexión del paciente al equipo; máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas y medias ortopédicas, fundas de presión; equipos de presión venosa central, marcapasos; elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos, sustancias de nutrición enteral y parenteral, gases de uso intraocular, líquidos perfluorocarbonados para oftalmología, material viscoelástico, STENTS, cemento óseo, agujas y otros elementos de uso médico, que desde el punto de vista técnico sean necesarios para el manejo del paciente en cualquiera de los servicios, se pagarán por actividad.

PARAGRAFO 4: En las intervenciones quirúrgicas y procedimientos bilaterales, realizados en quirófano, con menos de 170 UVR, se reconocerá un setenta y cinco (75%) adicional sobre el valor establecido en este Artículo, por concepto de derecho de material de quirófano y recuperación, de acuerdo con el número de Unidades asignadas a la cirugía o procedimiento practicado.

Cuando el mismo especialista en clínicas quirúrgicas o ginecoobstétricas, en un acto e igual vía de acceso, practica intervenciones quirúrgicas y procedimientos del Capítulo II en forma múltiple, complementaria a la tarifa por derecho de material de quirófano y recuperación, correspondiente a la intervención o procedimiento con el mayor número de UVR, por las demás objeto del acto quirúrgico, se pagará únicamente el cincuenta por ciento (50%) de aquella con igual o subsiguiente en términos de UVR.

El cincuenta por ciento (50%) se pagará también, por cada una de las adicionales, cuando las realice el mismo especialista por diferente vía de acceso y hasta por las tres primeras adicionales, en el caso de politrauma abdominal, torácico, craneofacial y de fracturas múltiples.

En las intervenciones quirúrgicas que en el mismo acto realizan profesionales de distinta especialidad por igual o diferente vía de acceso, el valor de los materiales de sutura y curación, agentes y gases anestésicos será igual al cien por ciento (100%) de la tarifa asignada por este concepto para la intervención que cada una realice con el mayor número de UVR, y por las demás de la misma especialidad, si fuere del caso, únicamente el cincuenta por ciento (50%) de aquella con igual o subsiguiente en términos de UVR.

PARAGRAFO 5: Si el oxígeno, agentes y gases anestésicos son usados por fuera del quirófano se facturarán por actividad y no son objeto de glosa:
Bromuro De Rocuronio, Remifentanyl, Propofol, Sevoflurano, Midazolam, Fentanyl, Cisatracurio, Desflurane, Dexmedetomidina, Isoflurone, Sugammadex o cualquier medicamento análogo a los mencionados.

PARAGRAFO 6: Los guantes plomados en caso de requerirse se facturarán al 100% por actividad.

ARTÍCULO 27: Derechos de Sala de Endoscopia: En los procedimientos endoscópicos, con excepción de aquellos que es necesario aplicar anestesia general o sedación intravenosa y de los que desde el punto de vista técnico es posible efectuar en un consultorio, por el derecho a la utilización del área locativa, se pagarán según el número de UVR del procedimiento efectuado:

PARAGRAFO 1: Adicional a la tarifa de derechos de sala se facturará el valor del papilótomo, esfinterótomo, catéter de dilatación, la canastilla y asas en la práctica del procedimiento endoscópicos, al igual que cualquier otro insumo especial requerido para la práctica de la intervención así como sus similares o que haga sus veces.

PARAGRAFO 2: En caso que se realicen varios procedimientos en el mismo acto por igual o diferente vía, la tarifa de la sala corresponderá sobre los efectuados, al calificado con el mayor número de UVR. Si en el mismo acto se realiza un procedimiento endoscópico diagnóstico previo a la intervención terapéutica, se realizará el cobro al 100% de ambas prestaciones.

Sala de Endoscopia

Código	Descripción	Valor
7DS004-001	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS HASTA 20 UVR	$ 15.996
7DS004-002	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 21 HASTA 30 UVR	$ 33.232
7DS004-003	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 31 HASTA 40 UVR	$ 55.535

7DS004-004	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 41 HASTA 50 UVR	$ 68.944
7DS004-005	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 51 HASTA 60 UVR	$ 100.652
7DS004-006	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 61 HASTA 70 UVR	$ 119.672
7DS004-007	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 71 HASTA 80 UVR	$ 142.377
7DS004-008	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 81 HASTA 90 UVR	$ 160.776
7DS004-009	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 91 HASTA 100 UVR	$ 179.344
7DS004-010	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 101 HASTA 110 UVR	$ 184.193
7DS004-011	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 111 HASTA 130 UVR	$ 189.806
7DS004-012	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 131 HASTA 150 UVR	$ 231.143
7DS004-013	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 151 HASTA 170 UVR	$ 253.817
7DS004-014	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS 171 HASTA 200 UVR	$ 306.222

ARTÍCULO 28: En las intervenciones quirúrgicas y procedimientos que se efectúen en sala de procedimientos especial o sala de endoscopia, por concepto de material de sutura y curación, utilizados en la sala y en recuperación, cualquiera sea el consumo y el número de UVR asignadas, la aseguradora pagará el siguiente valor:

Derecho de Material - Intervenciones quirúrgicas y Procedimientos

Código	Descripción	Observación	Valor
S55114	MATERIAL DE SUTURA Y CURACION EN SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL	No incluye insumos especiales.	$ 75.233

ARTÍCULO 29: La sala de recuperación de endoscopia comprende los siguientes servicios: dotación básica, derechos de equipos (No incluye accesorios y/o implementos), uso de ropa reutilizable o desechable y la atención de enfermería.

PARAGRAFO 1: Las prestaciones diferentes al derecho de sala de recuperación se cobrarán por consumo o por actividad.

PARAGRAFO 2: En pacientes hospitalarios que requieran el uso de la sala de recuperación posterior a un procedimiento endoscópico, ésta se cobrará adicional al valor de la estancia hospitalaria.

Sala de Recuperación Endoscopia

Código	Descripción	Valor
S24103-E	DERECHO SALA DE RECUPERACION ENDOSCOPIA	$ 45.554

ARTÍCULO 30: La sala de recuperación comprende los siguientes servicios: dotación básica, los equipos con sus accesorios e implementos, uso de ropa reutilizable o desechable y la atención de enfermería.

PARAGRAFO: El pago procede únicamente cuando a consecuencia de la intervención quirúrgica o procedimiento practicado en paciente ambulatorio u hospitalizado, deba trasladarse a recuperación y se cobrará desde la salida del quirófano por uso total. Cuando en concepto del especialista la recuperación se cause en cuidado intensivo o intermedio y la permanencia en estas Unidades sea por un período inferior a veinticuatro horas, adicional al valor de la estancia hospitalaria, según el tipo de cama que esté ocupando el paciente, por este concepto se reconocerá una suma igual al cincuenta por ciento (50%) de la tarifa establecida para la estancia en la Unidad donde se atendió la recuperación.

Sala de Recuperación

Código	Descripción	Observación	Valor
S24103	SALA DE RECUPERACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA	Uso total.	$ 150.170

ARTÍCULO 31: Derecho de Sala de Procedimiento especial: En las intervenciones y procedimientos terapéuticos y diagnósticos, con excepción de los de endoscopia, que para su práctica desde el punto de vista técnico-científico exija el uso de una sala de procedimientos especial, se pagarán según el número de UVR, de la intervención o procedimiento efectuado, sin recargo adicional cuando se realicen en forma bilateral o varias en el mismo acto.

PARAGRAFO 1: En caso que se realicen varios procedimientos en el mismo acto por igual o diferente vía, la tarifa corresponderá sobre los efectuados, al calificado con el mayor número de UVR.

PARAGRAFO 2: Los derechos de sala Procedimiento especial procede facturarlos cuando el procedimiento desde el punto de vista técnico-científico se efectué también en sala de yesos o de pequeña cirugía.

Sala de Procedimiento Especial

Código	Descripción	Valor
7DS006-001	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL HASTA 20 UVR	$ 19.979
7DS006-002	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 21 HASTA 30 UVR	$ 41.539
7DS006-003	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 31 HASTA 40 UVR	$ 69.423
7DS006-004	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 41 HASTA 50 UVR	$ 86.176
7DS006-005	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 51 HASTA 60 UVR	$ 125.826
7DS006-006	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 61 HASTA 70 UVR	$ 149.601
7DS006-007	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 71 HASTA 80 UVR	$ 177.980
7DS006-008	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 81 HASTA 90 UVR	$ 200.964
7DS006-009	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 91 HASTA 100 UVR	$ 224.198
7DS006-010	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 101 HASTA 110 UVR	$ 230.243
7DS006-011	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 111 HASTA 130 UVR	$ 237.265
7DS006-012	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 131 HASTA 150 UVR	$ 288.941
7DS006-013	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 151 HASTA 170 UVR	$ 317.273
7DS006-014	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL DE 171 HASTA 200 UVR	$ 382.788

ARTÍCULO 32: Por el uso del quirófano o de la sala especial, en la práctica de los procedimientos clínicos especiales intervencionistas de radiología se pagará por el derecho a su utilización, incluidos la totalidad de los componentes determinados en el Artículo 25 , un valor igual al sesenta por ciento (60%) sobre la tarifa establecida para el procedimiento efectuado. Cuando se realice en forma bilateral o múltiple en el mismo acto, el porcentaje se aplicará una sola vez; en los múltiples sobre la tarifa superior.

ARTÍCULO 33: Por el uso de la sala de hemodinamia o de la sala especial, en la práctica de los procedimientos intervencionistas o invasivos de radiología, hemodinamia y electrofisiología, se pagará por el derecho a su utilización, incluidos la totalidad de los componentes determinados en el Artículo 25, una suma igual al sesenta por ciento (60%) de la tarifa establecida para el procedimiento efectuado. Cuando el procedimiento se realice en forma bilateral o múltiple en el mismo acto, el porcentaje anterior no tiene ningún incremento adicional y en el múltiple se aplicará al procedimiento con tarifa superior.

7DS003	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA	De acuerdo al artículo 33.

ARTÍCULO 34: El Recargo de Anestesia aplica en todos los servicios para paciente adulto o pediátrico en que por causa justificada se requiera anestesia general o sedación **III** y IV asistida por el anestesiólogo, tales como: Imágenes Diagnósticas, Radioterapia, Medicina Nuclear, Cardiología no invasiva, Endoscopia, Quimioterapia, Hemodinamia, Radiología Intervencionista y Cirugías en Cuidado Intensivo.

Recargo de Anestesia

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
S41201-13	RECARGO DE ANESTESIA	.- Incluye los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem .- Insumos de Anestesia .- Equipo de Anestesia	.- Honorarios Médicos .- Consulta preanestésica .- Derechos de sala .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 692.140

Observación**:** Para el servicio de Radioterapia aplica el cobro del recargo de anestesia por sesión.

ARTÍCULO 35: Los derechos de sala de curación para el paciente en el servicio de urgencias y Clínica de heridas, se pagarán con la tarifa que se relaciona a continuación, que incluye además de la utilización de área física, el uso de equipos e instrumental y el servicio de enfermería.

Sala de Curaciones			
Código	**Descripción**	**Observación**	**Valor**
5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	No incluye insumos.	$ 19.903

ARTÍCULO 36: Se consideran equipos especiales los listados en la siguiente tabla y serán facturados adicionales al derecho de sala, por estar excluidos de este concepto. Adicionalmente se facturan por actividad los implementos y accesorios requeridos durante su funcionamiento:

PARAGRAFO 1: La FUNDACION VALLE DEL LILI cobrará valores adicionales por el empleo de accesorios e implementos de los equipos que se utilicen en la práctica de las intervenciones quirúrgicas y procedimientos, los valores corresponderán al valor total del insumo en caso de ser desechables de un único uso. Dichos equipo se listan en la siguiente tabla y serán facturados adicionales al derecho de sala, por estar excluidos de este concepto. Adicionalmente se facturan por actividad los implementos y accesorios requeridos durante su funcionamiento:

Equipos				
Los equipos de alquiler quedan sujetos a las tarifas de los proveedores.				
Código	**Descripción**	**Accesorios requeridos y/o insumos genericos que deban ser utilizados en el procedimiento (se facturan adicional al uso del equipo)**	**Observación**	**Valor**
399601	PERFUSION DE CUERPO ENTERO EN ASISTENCIA CIRCULATORIA		Uso Total	$ 336.736
912012	TRANSFUSION AUTOLOGA POR OBTENCION MECANICA INTRAOPERATORIA	.- Kit para Autotransfusion ATLS24 Adul	Derecho de Equipo Cell Saver, No Incluye Kit	$ 1.774.661
EQ000	ARTROSCOPIO	.- Manguera Irrigacion Esteril Artrosc 281142 .- Juego Tuberia P/Set de Irrigacion 10k100 .- Manguera Irrigación Bomba Artrosc 284504	Uso Total	$ 253.940
EQ001	BRONCOSCOPIO		1/2 hora o fracción	$ 224.008
EQ007	EQUIPO ARGON		Uso Total	$ 165.066
EQ008	ENDOSCOPIO TRANSNASAL		Uso Total	$ 708.722
EQ009	INTENSIFICADOR DE IMAGEN		Uso Total	$ 291.695
EQ012	LAPAROSCOPIO CON VIDEO - TORACOSCOPIO OPERATORIO		1/2 hora o Fraccion El trocar se cobrará adicionalmente al valor del equipo	$ 215.410
EQ016	MEDIASTINOSCOPIO		Uso Total	$ 436.044
EQ017	MICROSCOPIO NEURO		1/2 hora o fracción	$ 178.823
EQ018	MICROSCOPIO OTORRINO		Uso Total	$ 1.660.627
EQ031	EQUIPO CIRUGIA TRANSNASAL		Uso Total	$ 392.982

EQ032	VITRECTOMO	.- Kit Cassette Seg. Anterior 8065740884 .- Kit Accupak sin Pieza Mano8065400040 .- Pak Accurus 2500 CPM REF.8065750115 .- Accurus Total Pak 2500 CPM (20g) .- Pak Combinado 2500CPM 8065750814 (23g) .- Fibra Optica Endoluz 8065812001 .- Kit Intercambio Fluido Aire 8065807001 .- Pieza Vitrectomia 2500CPM 8065741018 .- Fibra Endolaser Recta 23GA 8065750991 .- Pak Combinado 5000 cpm 23GA 8065751077 .- Pak Posterior 5000 cpm 23GA 8065751058 .- Pak VFC 20/23/25 GA 8065750957 .- Punta de Facofragmentación 20GA 8065750958 .- Canula Charles Punta Silicon 337.86 .- Pinzas (ILM) 706.44 .- Tijera Vertical 23GA REF: 706.26 .- Borrador Mentor 23 221268 Punta .- Pinza Aserrada 23GA 706.47 Constellation	Uso Total	$ 248.341
EQ033	ENDOLASER	.- Fibra Endolaser Prof REF.8065010219 .- Fibra Optica Endoluz 8065812001	Uso Total	$ 319.212
EQ034	CRYO		Uso Total	$ 656.312
EQ035	MICROSCOPIO DE OFTALMOLOGIA		Uso Total	$ 322.234
EQ036	EQUIPO TORNIQUETTE NEUMATICO		1/2 hora o fracción	$ 31.670
EQ037	SHEAVER	.- Cuchilla Dyonics REF: 7205312 - 3.5 mm .- Cuchilla Dyonics REF: 7205326 - ACROMIO .- Cuchilla Dyonics REF: 7205345 - 4.5 mm .- Cuchilla Shaver 3.5mm 0375535000 .- Cuchilla Shaver 5.0 mm 375554000 .- Fresa Acromionizer 4.0mm REF375-941-012 .- Cuchilla Shaver 4.0MM REF 375-545-000	Uso Total	$ 658.648
EQ040-A	RESECTOSCOPIO MONOPOLAR UROLOGIA	.- Asa de Vaporizacion verde oro 8424151 .- Asa Vapor(verde) REF.8424.131 .- Asa Vapor (rojo) c. 24 REF8656801 .- Asa Urologia 24CH REF.27050G .- Asa Vapor (azul) REF 8422.131 .- Asas de Vaporizacion (azul) REF8422151	1/2 hora o fracción	$ 313.999
EQ040-A1	RESECTOSCOPIO GINECOLOGICO		1/2 hora o fracción	$ 313.999
EQ041	FACO (CONSTELLATION)	.- Punta 45° Kelman 0.9MM mini-8065750853 .- Kit Camisas Alta Infusion 8065750159 .- Camisa 0.9m Microultrainfusion8065750517 .- Cassette SMS Centurion 8065752200 .- Pieza Vitrectom Ant 4.000cpm 8065752134 .- Solucion BSS FMS Centurion 7950177 500 .- Pak FAKO sin punta 0.9MM 8065751155 .- Pieza ULT Vitrectomía 5000CPM 8065751020 .- Punta FAKO Kelman 30 8065790022	1/2 hora o fracción	$ 251.817
EQ042	SIERRA OSCILANTE		Uso Total	$ 504.729
EQ045	LITOTRICTOR ELECTROHIDRAULICO		Uso Total	$ 450.521
EQ046	HISTEROSCOPIO		1/2 hora o fracción	$ 45.380
EQ051	URETROTOMO		Uso Total	$ 23.946

EQ052	NEFROSCOPIO		Uso Total	$ 79.370
EQ053	URETEROSCOPIO	.- Cateter Uretral 5FR X7CM 020038C5 Cook .- Camisa Flexor 10.7FR X 35CM FUS107035 .- Camisa Flexor 10.7FR X 55CM FUS107055 .- Camisa Flexor 12FRX55CM P.HOM FUS120055 .- Camisa Flexor 12FRX35CM P.MUJ FUS120035 .- Canastilla Extract Calculos NGE-022115 .- Canastilla Extractora REF.CE-445065 .- Canastilla Extrac Calculos 3.2F 115CMS .- Canastilla NITI-DIS 2.4-4-120 MARFLOW .- Canastilla CH3 120CM SE34120T MARFLOW	Uso Total	$ 118.168
EQ060	EQUIPO DE MONITORIA INTRAOPERATORIO	.- Aguja Subdermica 13MM 1 302353-040 .- Estimulador Tornillo Monopolar 302430090 .- Estimulador Monopolar 302427000 Desechab .- Estimulador Concentrico 302425000 Desech .- Estimulador Bipolar 302429-000 Desechab .- Electrodo Aguja Corkscrew 302357-000 .- Elect Aguja Subdermica twisted 202820060	Uso por hora	$ 618.994
EQ061	MORCELADOR DE STORT -PORTA AGUJAS		Uso Total	$ 728.346
EQ063	GENERADOR DE RADIOFRECUENCIA	.- Electrodo de Efecto Lateral Varp 225312 .- Electrodo de Efecto Distal Varp 225202 .- Electrodo en Gancho R.225305 .- Pieza de Mano Varp REF: 225002 .- Gancho Readiofrecuencia 3.5MM 0279350501 .- Punta Radiofrecu Lateral 3.5MM 279350201 .- Electrodo Radiofrecuenc 2.5MM 279251101	Uso Total	$ 936.281
EQ074	LASER HOLMIUN	.- Fibra Duotome Sidelide 550 R.0623-703-01 .- Fibra Laser Reusable 365 SL 101 503 128 .- Fibra Laser Reusable 273SL 101 503 189 .- Fibra Slim 550 .- Fibra Slimline 200 REF.0644-017-01 .- Fibra Slim 365 .- Fibra Slim 550 .- Fibra Laser Reusable 940SL	Uso Total	$ 2.371.208
EQ075	CINEANGIO		Derecho de Equipo de Cineangio	$ 266.227
EQ078	BOMBA CIRCULACION EXTRACORPOREA	.- Bulbo de Presion REF. 03bulaisla cjx1 .- Cubeta Desechable 1.2. x 1.2. REF 6912 .- Cubeta Desechable 3.8. x 3.8. .- Cubeta Desechable 1.4. x 1.4. REF 6914 .- Combo Neonatal Oxigenador Tuberia Filtro .- Kit Ecmo Oxige+Tuberia+Filtro+Cono Pedia .- Kit Hemofiltracion Infan.Neona DHF02 .- Kit Drenaje Venoso Asistido REF.CP86000 .- Kit para Autotransfusion ATLS24 Adul .- Adaptador Perfusion Conector 1.4 10007 .- Cono Biopump BP80 3.8 Adul + Sensor DP38 .- Cono Biopump BP50 Pediat + Sensor DP38P .- Custom Pack TL5C29R4 (Tub+Oxig+Fil)	Uso Total	$ 853.880

		.- (K) Custom Pack TL5x27R (Tub+Oxig+Fil) .- Hemofiltro Adul -Pediatrico REF.03Hemoap .- Hemofiltro Neonatal REF 03Hemoin .- Oxigenador Terumo RX15RE30 .- Tubing Pack AD Coat. Filtr Af125 0975154 .- Cubeta Biotrend 1/4 REF TMC25 .- Cubeta Biotrend 3/8 TMC38 .- Cubeta Biotrend 1/2 REF TMC50 .- Oxigenador D902 Tuber AB1120 Filtro incl .- Oxigenador D901 Phsio Tub AB1119 Filtro .- Solucion Anticoagulante ACD-A4B7898Q .- Custom Pack BB8Q09R2/3 (TUB+OXIG+FIL)		
EQ079-A	ENDOSCOPIA UROLOGICA EQUIPO EN ENDOSCOPIA		Uso Total	$ 55.811
EQ083	ESTEREOTAXIA		Uso Total	$ 7.817.256
EQ093	LASER DIODO 810 IRIDIS		1/2 hora o fracción	$ 500.241
EQ125	LEYEND	.- Broca autobloqueante 14mm BA0010FAA .- Fresa base craneo 3.00mm tn30rfl .- Fresa base craneo 4.00mm tn40rcd	Uso Total	$ 2.196.852
EQ054	ECOGRAFO	.- Aguja sonoplex g-21 x 100mm 1185-77 .- Aguja Stimuplex X 150MM R.4894278U .- Aguja Stimuplex G-22 X 50MM R.4894502U .- Aguja Stimuplex G-21 X 100MM 4894260 .- Contiplex Stim 100MM R.331758 .- Contiplex Stim 60MM R.331757	Uso Total	$ 52.847
EQ134	CISTOSCOPIO		Uso Total	$ 209.205
EQ024	EQUIPO LASER DEKA CO2	.- Tubo Endotra. Reforzado C.Balon 7.0 .- Tubo Endotra. Reforzado C.Balon 6.5 .- Tubo Endotra. Reforzado C.Balon 5.0 REF. .- Tubo Endotra. Reforzado C.Balon 8.0 .- Tubo Endotra. Refor C.Balon 9.5 86555 .- Tubo Endotra. Refor C.Balon 7.5 REF86551 .- Tubo Endotra Refor C.Balon 6.0 GCA-RZ-6.0 .- Tubo Endotra Refor C.Balon5.5 GCA-RZ-5.5 .- Tubo Endo Redorza C.Balon 8.5 R.86553	Uso Total	$ 738.369
EQ065	CRIOSONDA		Uso Total	$ 816.389
EQ066	MOTOR COMPAC AIR DRIVER		Uso Total	$ 130.228
EQ071	MOTOR STRYKER DE MANO		Uso Total	$ 52.208
EQ072	MOTOR DE PIE MINIFRAGMENTO STRYKER	.- Fresa shannon ref-ds201265n 2x12 mm	Uso Total	$ 487.204
EQ150	NEUROENDOSCOPIO DE GAAB STORZ		1/2 hora o fracción	$ 207.715
Observación**: EQ150 NEUROENDOSCOPIO DE GAAB STORZ** El Neuroendoscopio Ventricular se utiliza para realizar cirugía con mínima invasión para patologías del sistema ventricular: .- Hidrocefalia obstructiva: se evita la utilización de la válvula y por ende se minimiza el riesgo de infección y obstrucciones repetidas, tan comunes en niños. .- Tumores ventriculares: se pueden resecar o tomárseles biopsia con una mínima apertura del cráneo. .- Tumores pineales: se pueden resecar o tomárseles biopsia con una mínima apertura del cráneo. .- Asistencia de algunos procedimientos de microcirugía: para acceder a sitios ocultos para el campo del microscopio. .- Drenaje de hematomas hipertensivos: en pacientes seleccionados.				
EQ086	RESECTOSCOPIO BIPOLAR UROLOGIA		Uso Total	$ 1.125.555

EQ041.	FACO (CENTURION)	.- 1000008840 Solucion bss fms centurion 7950177 500 .- 1000008843 Pieza vitrectom ant 4.000CPM 8065752134 .- 1000000826 Camisa 0.9M microultrainfusion 8065750517 .- 1000000827 Punta 45° kelman 0.9MM mini -8065750853 .- 1000008535 Iunta IA polimero curva Ref 8065751512 .- 1000008839 Cassette SMS centurion 8065752200	1/2 hora o fracción	$ 251.817
EQ155	(ALQUILER) ASPIRADOR ULTRASONICA SONOCAPOR ARRENDAMIENTO			$ 5.477.345

CAPÍTULO VII

HONORARIOS MÉDICOS

ARTÍCULO 37: Los servicios profesionales especializados de Clínicas Quirúrgicas o Ginecoobstétricas, de los especialistas en Anestesiología y de Médicos (Generales o Especialistas) que actúan como Ayudantes Quirúrgicos, se liquidarán de conformidad con el número de Unidades de Valor Relativo (UVR), determinadas en el Capítulo II de este Manual, de acuerdo con el tipo de intervención quirúrgica o procedimiento efectuado.

ARTÍCULO 38: El valor de la UVR en el caso de los servicios profesionales del especialista de clínicas quirúrgicas o ginecoobstétricas, incluye**:** la realización de la intervención o procedimiento y controles post quirúrgicos intrahospitalarios hasta los primeros quince (15) días y controles post quirúrgicos ambulatorios posteriores a la realización del acto quirúrgico hasta (30) días, excepto cirugía para manejo de fistulas (ver programa para el manejo de fistulas).

PARAGRAFO: Si es necesario los controles por la misma causa en un lapso mayor al establecido, se pagará los servicios profesionales correspondientes, de acuerdo con la tarifa establecida para el código 890602 CUIDADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA si el paciente continúa hospitalizado y los códigos citados en el literal de Consulta Externa cuando el manejo es ambulatorio; en este último evento se requerirá de otra autorización de servicios.

ARTÍCULO 39: El valor de la UVR para el Código S41201 SERVICIOS PROFESIONALES DE ANESTESIOLOGO y S41237 SERVICIOS PROFESIONALES DE ANESTESIOLOGO PARA APOYOS DIAGNOSTICOS, se factura únicamente cuando se aplica anestesia general, regional o sedación intravenosa.

PARAGRAFO 1: La aplicación de anestesia local no causa ningún valor por concepto de servicios profesionales.

PARAGRAFO 2: En la tarifa de la UVR correspondiente al especialista en anestesiología, está comprendida la premédicación, el acto anestésico, los procedimientos coadyudantes de éste y la vigilancia del paciente durante el periodo de recuperación, incluida la aplicación del parche hemático post-anestesia en los casos que sea necesario. Para el efecto, se excluyen los siguientes procedimientos: "colocación del catéter de Swan Ganz", "aplicación de glóbulos rojos, sangre total o plasma" y "hemodilución normovolémica aguda".

ARTÍCULO 40: En los exámenes, estudios y procedimientos clínicos de diagnóstico y tratamiento, relacionados en el capítulo III, IV y XII de este manual, que según criterio médico necesiten para su práctica de anestesia general, regional o sedación intravenosa asistida por el anestesiólogo, por los servicios profesionales del especialista en anestesiología, se pagará el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa establecida para el respectivo procedimiento uni o bilateral, o de aquella superior cuando se trate de procedimiento múltiple, la tarifa mínima de anestesia es de $ $ 350.006**.** Se exceptúan los siguientes que se facturarán con base en los valores que se establecen a continuación:

Código	Descripción	Observación	Valor
S41231	QUIMIOTERAPIA EN NIÑOS SESION HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO		$ 350.006
S41232	ESTUDIOS RADIOLOGICOS CONVENCIONALES Y DE TAC HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO	Adicionalmente se hará cobro de este concepto para pacientes asmáticos y alérgicos al medio de contraste que requieren por su condición clínica supervisión del especialista en anestesiología durante el examen. La supervisión por parte del anestesiólogo consiste en: re-valoración (interrogatorio), suministro de pre-médicación, monitoria y acompañamiento durante el procedimiento y monitoria durante el periodo de observación.	$ 350.006
S41233	EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO	Adicionalmente se hará cobro de este concepto para pacientes asmáticos y alérgicos al medio de contraste que requieren por su condición clínica supervisión del especialista en anestesiología durante el examen. La supervisión por parte del anestesiólogo consiste en: re-valoración (interrogatorio), suministro de pre-médicación, monitoria y acompañamiento durante el procedimiento y monitoria durante el periodo de observación.	$ 364.390
S41234	EXAMEN MEDICO ANESTESIOLOGO HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO		$ 350.006
S41236	PROCEDIMIENTOS DE SALUD ORAL EN NIÑOS PROCEDIMIENTO INTEGRAL HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO		$ 374.333

S41237-71	EXAMENES DE MEDICINA NUCLEAR HONORARIOSDE ANESTESIOLOGO		$ 364.390
S41237-72	EXAMENES DE CARDIOLOGIA NO INVASIVA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO		$ 350.006
S41237-73	PROCEDIMIENTOS DE RADIOTERAPIA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO	Valor por sesión.	$ 350.006
S41237-74	HONORARIO DE ANESTESIOLOGO PARA RADIOCIRUGIA O TLI CADA SESION	(Los insumos de anestesia se facturan adicional) No incluye Angiografía.	$ 657.715
S41238	ANALGESIA EPIDURAL PARA PARTO	Esta prestación se cobrará por fuera del paquete de cesárea cuando la paciente obstétrica en trabajo de parto por condición clínica materno y/o fetal deba se llevada a cesárea. Incluye: Honorarios de Anestesiólogo. No incluye: Insumos y medicamentos, así como los honorarios de anestesiólogo durante la cesárea.	$ 350.006

ARTÍCULO 41: Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial Intervencionista de Radiología, hemodinamia o electrofisiología, para su práctica en forma excepcional se requiera de la participación del especialista en anestesiología, por el servicio profesional sobre el valor operativo del respectivo estudio, se pagará el 30% del valor del honorario del especialista, la tarifa mínima de anestesia es de $ 350.006

ARTÍCULO 42: El valor de la UVR por los servicios profesionales de ayudantía quirúrgica únicamente se reconocen cuando efectivamente se cause el servicio y corresponda a una intervención que se realice en el quirófano calificada con 50 o más UVR; su valor es igual, trátese de médico especialista y cualquiera sea el número de profesionales que intervengan.

PARAGRAFO: En el caso de las intervenciones quirúrgicas con 450 y más UVR en las que como ayudante quirúrgico participe un especialista de igual especialidad al cirujano principal, los servicios profesionales de ayudantía se facturarán con el mismo valor de la UVR del anestesiólogo.

ARTÍCULO 43: Los servicios profesionales del especialista en clínicas quirúrgicas, ginecoobstétricas y anestesiología, así como los del ayudante quirúrgico, en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos cuando se realizan en el mismo acto en forma bilateral en los órganos o regiones anatómicas definidas en este Artículo se reconocerán en un setenta y cinco por ciento (75%) adicional sobre el valor establecido para cada profesional, según el número de UVR asignado a la intervención o procedimiento que se realice. Se exceptúan de esta disposición, las que en su descripción se define como "uni o bilateral".

PARAGRAFO: El pago lo hará la aseguradora, cuando la intervención o procedimiento se practique en un órgano o zona anatómica de los que se relacionan a continuación:

a) Ojo, oído, glándula salival, maxilar superior o inferior, malar, seno paranasal, pulmón, plejo nervioso (cervical, braquial y lumbar), mama, glándula suprarrenal, riñón, uréter, testículo, epidídimo, ovario y trompa de Falopio (excepto sección y/o ligadura).

b) Miembros superiores o inferiores.

c) Hernia inguinal, femoral o crural.

ARTÍCULO 44: La aseguradora no hará pagos adicionales cuando en el mismo acto e igual vía de acceso se practiquen más de dos cirugías o procedimientos, salvo los casos de politrauma abdominal, torácico, cráneo-facial y de fracturas múltiples, en los cuales los servicios profesionales serán iguales al ciento por ciento (100%) de la tarifa correspondiente a la que se efectúe con el mayor número de Unidades y por las subsiguientes en términos de UVR, el sesenta por ciento (60%) de cada una.

ARTÍCULO 45: Cuando el mismo especialista en clínicas quirúrgicas o ginecoobstétricas, en un acto y diferente vía de acceso, practica intervenciones quirúrgicas y procedimientos del Capítulo II en forma múltiple, los servicios profesionales de éste, del especialista en anestesiología y el ayudante quirúrgico, se reconocerán, en cada caso, con el cien por ciento (100%) de la tarifa establecida para el realizado con el mayor número de UVR, más el setenta y cinco por ciento (75%) de cada uno de los subsiguientes objeto del acto quirúrgico.

ARTÍCULO 46: Cuando más de un especialista en clínicas quirúrgicas o ginecoobstétricas de distinta especialidad, en un acto e igual o diferente vía de acceso, practican intervenciones quirúrgicas y procedimientos del Capítulo II en forma múltiple, el servicio profesional de cada uno de ellos se reconocerá en el cien por ciento (100%) de la tarifa asignada a la cirugía que practicó con el mayor número de UVR y por las demás que realice, si fuere del caso, únicamente el sesenta por ciento (60%) de aquella con igual o subsiguiente en términos de UVR.

PARAGRAFO 1: El valor de los servicios profesionales del especialista en anestesiología, será igual al ciento por ciento (100%) de la tarifa fijada para la cirugía, con el mayor número de UVR y por las demás objeto del acto quirúrgico, únicamente el setenta y cinco por ciento (75%) de aquella con igual o subsiguiente en términos de UVR.

PARAGRAFO 2: Los servicios profesionales del ayudante quirúrgico, se reconocerán sobre el ciento por ciento (100%) de la tarifa establecida para este profesional, según la intervención quirúrgica realizada calificada con el mayor número de UVR y por las demás objeto del acto quirúrgico, únicamente el cincuenta por ciento (50%) de aquella con igual o subsiguiente en términos de UVR.

PARAGRAFO 3: A continuación se relaciona en la siguiente tabla los porcentajes de liquidación de acuerdo a los artículos 43, 44, 45 y 46:

TABLA DE LIQUIDACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y/O INTERVENCIONES MÚLTIPLES

Igual Vía - Igual Especialista			
Cirugía	***Cirujano***	***Anestesiólogo***	***Ayudante***
Cirugia Mayor	100%	100%	100%
Segunda Cirugía	60%	60%	60%

Subsiguientes	-	-	-

Igual Vía - Diferente Especialista			
Cirugía	***Cirujano***	***Anestesiólogo***	***Ayudante***
Primer Cirugía Especialidad 1	100%	Se reconocerá el ciento por ciento (100%) de la tarifa fijada para la cirugía de cualquiera de las especialidades con el mayor número de UVR.	Se reconocerá el ciento por ciento (100%) de la tarifa fijada para la cirugía de cualquiera de las especialidades con el mayor número de UVR.
Primer Cirugía Especialidad 2	100%		
Tercer Cirugía en adelante	100%		
Segunda Cirugía Especialidad 1	60%	Se reconocerá el setenta y cinco (75%) de la tarifa fijada para la cirugía de cualquiera de las especialidades con el mayor número de UVR.	Se reconocerá el cincuenta (50%) de la tarifa fijada para la cirugía de cualquiera de las especialidades con el mayor número de UVR.
Segunda Cirugía Especialidad 2	60%		
Tercer Cirugía en adelante	60%		
Tercer Cirugía Especialidad 1	60%	-	-
Tercer Cirugía Especialidad 2	60%	-	-
Tercer Cirugía en adelante	60%	-	-

Diferente Vía - Igual Especialista			
Cirugía	***Cirujano***	***Anestesiólogo***	***Ayudante***
Cirugia Mayor	100%	100%	100%
Segunda Cirugía	75%	75%	75%
Subsiguientes	75%	75%	75%

Diferente Vía - Diferente Especialista			
Cirugía	***Cirujano***	***Anestesiólogo***	***Ayudante***
Primer Cirugía Especialidad 1	100%	Se reconocerá el ciento por ciento (100%) de la tarifa fijada para la cirugía de cualquiera de las especialidades con el mayor número de UVR.	Se reconocerá el ciento por ciento (100%) de la tarifa fijada para la cirugía de cualquiera de las especialidades con el mayor número de UVR.
Primer Cirugía Especialidad 2	100%		
Tercer Cirugía en adelante	100%		
Segunda Cirugía Especialidad 1	60%	Se reconocerá el setenta y cinco (75%) de la tarifa fijada para la cirugía de cualquiera de las especialidades con el mayor número de UVR.	Se reconocerá el cincuenta (50%) de la tarifa fijada para la cirugía de cualquiera de las especialidades con el mayor número de UVR.
Segunda Cirugía Especialidad 2	60%		
Tercer Cirugía en adelante	60%		
Tercer Cirugía Especialidad 1	60%	-	-
Tercer Cirugía Especialidad 2	60%	-	-

Tercer Cirugía en adelante	60%	-	-

Bilateral			
Cirugía	***Cirujano***	***Anestesiólogo***	***Ayudante***
Primer Cirugía	175%	175%	175%
Segunda Cirugía (se liquida de acuerdo a la vía de acceso mas la bilateralidad)	75% (Corresponde a la bilateralidad)	75% (Corresponde a la bilateralidad)	75% (Corresponde a la bilateralidad)

ARTÍCULO 47: Los procedimientos e intervenciones quirúrgicas y/o no quirúrgicas que tengan establecida una tarifa fija, no se facturarán de acuerdo a la normatividad contenida en este capítulo, sino por el valor asignado, no aplica normatividad se cobra cada procedimiento al 100%.
ARTÍCULO 48: Con el objeto de liquidar de los valores que este Manual fija para el pago de intervenciones quirúrgicas y procedimientos cuando se realizan en el mismo acto en forma múltiple, se determinan las siguientes vías de acceso con relación a los casos que se señalan a continuación:
a) **Oftalmología:** 1) extraocular o sobre los anexos (aparato lagrimal, párpados, conjuntiva, músculos oculares y palpebrales); 2) intraocular, que comprende: retina y cámaras anterior, posterior y vítrea; 3) órbita.
b) **Oído:** 1) oído externo: procedimientos efectuados por el conducto auditivo externo y pabellón auricular; 2) vía transmastoidea; 3) vía transoral; 4) vía transnasal.
c) **Procedimientos de cirugía laparoscópica**, artroscópica o toracoscópica: 1) una sola vía, cualquiera sea el número de incisiones que se practiquen.
d) **Cirugía abdominal**: 1) órganos de la cavidad preperitoneal; 2) órganos de la cavidad retroperitoneal por lumbotomía; 3) cavidad abdominal inferior con abordaje mixto por laparotomía, perineal y/o a través de orificio natural.
e) **Órganos intratorácicos**: 1) una sola vía por cada hemitórax.
f) **Columna vertebral:** 1) Columna cervical 2) Columna dorsal 3) Columna lumbo-sacra.
g) Cirugía en piel y anexos: Por campo operatorio preparado.
ARTÍCULO 49: La vía de acceso para la práctica de una intervención o procedimiento quirúrgico no da derecho al reconocimiento de valores adicionales sobre la tarifa de la operación realizada, excepto cuando se efectúe, únicamente, con fines diagnósticos y no haga parte de otra cirugía, de este se exceptúan los procedimientos realizados en la unidad de Intervencionismo vascular donde se facturaran al 100% los procedimientos diagnósticos y terapéuticos independientemente de que los primeros sean la vía de acceso.
ARTÍCULO 50: Las tarifas correspondientes a la "toma de biopsias" y cualquier otra de tipo diagnóstico efectuada durante el acto quirúrgico, se pagarán únicamente cuando la actividad se realice en órganos o estructuras anatómicas distintas sobre las que se realiza la intervención o procedimiento.
ARTÍCULO 51: El valor de los servicios profesionales, derechos de sala y materiales de sutura y curación, agentes y gases anestésicos, en el caso de la "colocación del tubo de tórax", se facturará únicamente cuando el procedimiento no sea complementario de una cirugía de tórax.
ARTÍCULO 52: En las intervenciones quirúrgicas o en las revisiones post-quirúrgicas, por complicaciones resultantes del acto quirúrgico inicial, los servicios profesionales del especialista en clínicas quirúrgicas, ginecoobstétricas y anestesiología, así como los del ayudante quirúrgico, se pagarán en cada caso, de acuerdo con el valor establecido según el número de UVR asignado a la intervención o procedimiento médico quirúrgico efectuado para superar la complicación.
PARAGRAFO 1: El cuidado (manejo) intrahospitalario se reconocerá por cada día que efectivamente el paciente sea controlado, incluidos el de ingreso y egreso.
En el caso del paciente quirúrgico u obstétrico, el cobro de "Cuidado (manejo) Intrahospitalario", se aplica únicamente en al caso que el paciente permanezca internado por un periodo superior a los primeros 15 días post quirúrgicos.
La consulta prequirúrgica y preanestésica, para efectos de la facturación se causa cuando se realizan en forma ambulatoria, independiente del número de valoraciones que se requieran antes del procedimiento e intervención quirúrgica; se exceptúa el caso del paciente hospitalizado por patología en alguna de las especialidades de clínicas médicas que posteriormente es objeto de manejo quirúrgico.
PARAGRAFO 2: La valoración preparto por médico general o especialista y la consulta de urgencias son excluyentes entre sí; en consecuencia solo se facturará una actividad por materna.
ARTÍCULO 53: Cuando se realice una interconsulta por una especialidad clínica y de esta se derive un procedimiento, esta valoración y los manejos posteriores de la especialidad clínica se pagarán adicional a los honorarios del procedimiento.
ARTÍCULO 54: Cuando el especialista en cuidado critico realice una valoración en urgencias o piso y de estas no se derive hospitalización en una UCI o UCIN, se cobrará adicional la interconsulta del intensivista.

ARTÍCULO 55: Las tarifas correspondientes a los códigos 890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL y 890702 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA ESPECIALIZADA, son excluyentes entre sí; consecuentemente, no procede facturar más de uno de ellos por paciente. En el evento que el paciente una vez sea evaluado por el médico general y éste considere que desde el punto de vista científico se requiere la valoración con un especialista, bajo esta condición se cobra adicional la consulta con base en los códigos citados en el literal de Consulta Externa, si de esta atención se deriva un procedimiento, la valoración y los manejos posteriores se pagarán adicional a los honorarios del procedimiento.

Honorarios Médicos			
Código	**Descripción**	**Observación**	**Valor**
S41101	SERVICIOS PROFESIONALES DE CIRUJANO O GINECOBSTETRA		$ 4.624
S41201	SERVICIOS PROFESIONALES DE ANESTESIOLOGO		$ 3.495
S41301	SERVICIOS PROFESIONALES DE 1ER AYUDANTE		$ 1.308
S41237	SERVICIOS PROFESIONALES DE ANESTESIOLOGO PARA APOYOS DIAGNOSTICOS	Se incluye para aquellos procedimientos médicos que requieren del especialista en anestesiología. El honorario de este profesional se liquida según el número de UVR definidos en este manual en el Capítulo II PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUIRURGICOS por el valor de la UVR definido para este especialista, los cuales tienen el mismo valor de UVR de la prestación S41201 SERVICIOS PROFESIONALES DE ANESTESIOLOGO, la tarifa mínima de anestesia es de $ 350.006	$ 3.495

CAPÍTULO VIII

SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

Servicio de Odontología

.- Si se requiere de anestesia general el valor para el profesional de anestesiología será de $ 374.332, este valor Se incluye para todos los procedimientos realizados en salas especiales, de cirugía o consulta externa.
.- Cuando alguno de estos procedimientos se realice en sala de cirugía y el tiempo quirúrgico sea menor o igual a dos horas, se cobrará un derecho de sala de 170 UVR , código 2DS001-013.
.- Los insumos o materiales se facturarán por actividad.
.- Todo procedimiento realizado en el servicio de odontología se cobrará adicional el valor de derecho de sala de odonotlogía.
.- Cuando se realicen uno o más procedimientos de los que se relacionan a continuación, estos se facturarán al 100% cada uno.
.- Los valores que se relacionan a continuación corresponden al honorario del cirujano.

Código	Descripción	Observación	Valor
Consultas - Honorarios Especialista - Sala Odontología			
890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA		$ 130.476
890224	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL		$ 130.476
890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 130.476
890324	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 130.476
890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376

5DS003-1	DERECHO DE SALA DE ODONTOLOGIA		$ 48.197
890304-82	RETENEDOR ESTETICO		$ 391.998
Radiografías			
870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS		$ 24.836
870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES		$ 24.836
870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES		$ 26.993
870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS		$ 24.836
870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES		$ 24.836
870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES		$ 24.836
870456	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO		$ 25.374
Procedimientos de Odontología			
230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR		$ 170.070
230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR		$ 250.873
230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES		$ 250.873
230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR		$ 121.298
230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR		$ 170.070
230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES		$ 71.987
231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD		$ 313.324
231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO		$ 418.063
231400	EXODONCIAS MULTIPLES CON ALVEOLOPLASTIAPOR CUADRANTE SOD		$ 180.297
231500	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRURGICA) SOD		$ 719.872
232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO		$ 175.289
232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO		$ 120.757
232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL		$ 212.541
232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL		$ 255.374
233100	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION METALICA SOD		$ 733.186
233200	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION NO METALICA SOD		$ 1.087.363
234101	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)		$ 158.733
234103	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN FORMA PLASTICA		$ 184.466
234104	COLOCACION O APLICACION DE CORONA ACRILICA TERMOCURADA		$ 418.063
234105	INSERCION O APLICACION DE CORONA		$ 2.335.798
234201	COLOCACION O INSERCION DE PROTESIS FIJACADA UNIDAD (PILAR Y PONTICOS)		$ 1.270.032
234202	RECONSTRUCCION DE MUÑONES		$ 131.735
234203	PATRON DE NUCLEO		$ 583.994
234204	REPARACION DE PROTESIS FIJA		$ 260.234
234301	INSERCION ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA		$ 1.495.171

234302	INSERCION ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA O IMPLANTOSOPORTADA	$ 1.495.171
234303	REPARACION DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL	$ 366.954
234401	INSERCION ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR	$ 1.361.094
234402	INSERCION ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR	$ 2.722.005
235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	$ 643.135
236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD	$ 7.314.237
236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	$ 4.179.562
237101	PULPOTOMIA CON PULPECTOMIA	$ 215.600
237102	PULPOTOMIA	$ 123.637
237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTEUNIRRADICULAR	$ 388.011
237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTEBIRRADICULAR	$ 627.188
237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTEMULTIRRADICULAR	$ 681.358
237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 137.856
237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTETEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 158.193
237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)	$ 1.159.169
237901	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE INTRINSECO	$ 670.200
240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	$ 134.075
240300	ALISADO RADICULAR CAMPO CERRADO SOD	$ 676.138
242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	$ 803.735
242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	$ 539.902
242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL	$ 449.917
242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	$ 589.393
242202	CIRUGIA A COLGAJO CON RESECCION RADICULAR (AMPUTACION HEMISECCION)	$ 172.198
242300	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) SOD	$ 401.868
242400	REPARACION O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS MEMBRANAS) SOD	$ 815.253
243103	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS	$ 1.071.893
243110	RESECCION DE LESION DE ENCIA	$ 602.940
243400	GINGIVECTOMIA SOD	$ 542.062
243501	CUÑA DISTAL	$ 277.327
243502	OPERCULECTOMIA	$ 117.520
244101	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	$ 3.008.422
244102	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO DE MAS DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	$ 1.428.937
244103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO	$ 3.008.422
245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	$ 1.617.908
245200	ALVEOLECTOMIA SOD	$ 455.945
247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	$ 1.205.878

247403	FERULIZACION	$ 1.567.394
248100	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR DENTAL) SOD	$ 2.572.456
248200	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	$ 917.835
248400	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE SOD	$ 366.954
249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	$ 899.838
270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDADBUCAL	$ 1.251.573
270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	$ 2.507.078
271101	DRENAJE DE COLECCION DE PALADAR VIA ABIERTA	$ 899.838
274301	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL HASTA DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO	$ 816.204
274302	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL MAYOR DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO	$ 1.077.961
274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	$ 1.222.963
274902	RESECCION DE BRIDAS INTRAORALES	$ 132.009
275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS	$ 927.594
760101	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL CON FIJACION INTERNA	$ 1.473.852
761302	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA FACIAL	$ 1.545.474
762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	$ 1.077.961
763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION	$ 8.098.534
764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	$ 5.399.022
766701	GENIOPLASTIA CON FIJACION INTERNA	$ 892.185
767501	REDUCCION CERRADA FRACTURA DE CONDILO	$ 2.657.443
767502	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DECUERPO O RAMA MANDIBULAR	$ 3.760.616
767705	REDUCCION Y FIJACION DE LUXACION DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES	$ 1.875.812
893101	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO	$ 53.990
893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO	$ 112.840
973400	EXTRACCION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD	$ 260.593
990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	$ 40.312
997102	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	$ 52.011
997103	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	$ 40.312
997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	$ 40.312
997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	$ 81.707
231303-01	EXODONCIA COMPLICADA DIENTE TEMPORAL O SUPERNUMERARIOS NO INCLUIDO	$ 134.075
232102-01	INCRUSTRACIONES EN RESINA	$ 353.457
232102-02	RESINA 1 SUPERFICIE DIENTE PERMANENTE ANTERIOR	$ 94.123
232102-03	RESINA 1 SUPERFICIE DIENTE PERMANENTE POSTERIOR	$ 107.261
232102-04	RESINA DIENTE TEMPORAL 1 SUPERFICIE	$ 107.261
232102-05	RESINA DIENTE TEMPORAL 2 3 O 4 SUPERFICIES	$ 134.075

232403-01	CARILLA ESTETICA DIENTE TEMPORAL	$ 231.438
232403-02	CARILLAS EN RESINA	$ 197.064
232403-03	CARILLA ESTETICA DIENTE PERMANENTE O RECONSTRUCCION POS TRAUMA	$ 267.972
234401-01	INSERCION PLACA OBTURADORA PARA LABIO YPALADAR FISURADOS	$ 530.003
234401-02	PLANO INCLINADO ORTOPEDICOS	$ 271.931
234401-03	PLACA LEVANTE DE MORDIDA ORTOPEDICOS	$ 434.980
234401-04	PLACAS DE ADELANTAMIENTO MANDIBULAR ORTOPEDICOS	$ 760.902
234401-05	PLACAS PROGENIE CON TORNILLO SIMPLE ORTOPEDICOS	$ 643.204
234401-06	COLOCACION DE PENDULO	$ 231.438
234401-07	COLOCACION DE PLACA HAWLEY CON TORNILLOMEDIO	$ 244.756
234401-08	COLOCACION FERULA DE MCNAMARA	$ 323.942
234401-09	COLOCACION FERULA DE MCNAMARA CON VASTAGOS DE PROTRACCION	$ 346.077
234401-10	FRENTE ESTETICO MANTENEDORES DE ESPACIO	$ 407.807
234401-11	COLOCACION DE BARRA TRANSPALATINA	$ 326.098
234401-12	QUAD HELIX EXPANSORES	$ 401.868
234401-13	QUAD HELIX MAS BOLIDEGLUTOR EXPANSORES	$ 462.156
234401-14	BOLIDEGLUTOR ROMPE HABITOS	$ 380.452
234401-15	CORONAS COLLARLESS	$ 1.751.802
234401-16	CARILLAS ESTETICAS EN PORCELANA	$ 1.663.620
234401-17	ACTIVADORES ORTOPEDICOS	$ 652.380
234401-18	INCRUSTACIONES EN RESINA METODO INDIRECTO	$ 535.763
234401-19	COLOCACION DE REJILLA PALATINA	$ 217.580
234401-20	FRANKEL ORTOPEDICOS	$ 749.923
234401-21	PISTAS COMPUESTAS INDIRECTAS PLANAS ORTOPEDICOS	$ 803.735
234401-22	PISTAS SIMPLES INDIRECTAS PLANAS ORTOPEDICOS	$ 728.147
234401-23	ARCO LINGUAL MANTENEDORES DE ESPACIO	$ 353.457
234402-01	INSERCION DE PROTESIS REMOVIBLE SUPERIOR O INFERIOR	$ 2.722.005
234402-02	INSERCION DE PROTESIS TOTAL SUPERIOR OINFERIOR	$ 1.751.802
234402-03	AJUSTES CEKA POR UNIDAD MACHO Y HEMBRA	$ 1.087.363
235100-01	REHABILITACION REIMPLANTE DE DIENTE SOBRE IMPLANTE	$ 3.234.194
237305-01	ENDODONCIA MULTIRRADICULAR DIENTE TEMPORAL ODONTOPEDIATRIA	$ 323.942
893101-01	TOMA DE IMPRESION PARA PROTESIS NEUROMIORELAJANTES	$ 208.941
893101-02	TOMA DE IMPRESION DE PLACA OBTURADORA PARA LABIO Y PALADAR	$ 354.987
893101-03	TOMA DE IMPRESION DE PLANO INCLINADO	$ 136.055
893101-04	TOMA DE IMPRESION DE PLACA DE LEVANTE DE MORDIDA	$ 217.580
893101-05	TOMA DE IMPRESION PLACAS DE ADELANTAMIENTO MADIBULA	$ 380.452

893101-06	TOMA DE IMPRESION DE PLACAS PROGENIE CONTORNILLO		$ 380.452
893101-07	TOMA DE IMPRESION DE PENDULO		$ 231.438
893101-08	TOMA DE IMPRESION DE PLACA HAWLEY CON TORNILLO MEDIO		$ 244.756
893101-09	TOMA DE IMPRESION DE FERULA DE MACNAMARA		$ 323.942
893101-10	TOMA DE IMPRESION FERULA DE MACNAMARA CON VASTAGOS DE PROTRACION		$ 346.077
893101-11	TOMA DE IMPRESION FRENTE ESTETICO		$ 204.264
893101-12	TOMA DE IMPRESION PARA BARRA TRANSPALATINA		$ 163.231
893101-13	TOMA DE IMPRESION DE QUADHELIX		$ 201.202
893101-14	TOMA DE IMPRESION DE QUADHELIX MAS BOLIDEGLUTOR		$ 231.438
893101-15	TOMA DE IMPRESION DE BOLIDEGLUTOR		$ 190.406
893101-16	TOMA DE IMPRESION PARA CORONAS COLLARLESS POR UNIDAD		$ 271.931
893101-17	TOMA DE IMPRESION DE CORONAS SOLO PORCELANA EMPRES		$ 543.680
893101-18	TOMA DE IMPRESION PARA CARILLAS ESTETICA EN PORCELANA		$ 815.253
893101-19	TOMA DE IMPRESION DE ACTIVADORES ORTOPEDICOS		$ 321.421
893101-20	TOMA DE IMPRESION PARA INCRUSTACION EN RESINA METODO INDIREC		$ 535.763
893101-21	TOMA DE IMPRESION PARA REJILLA PALATINA		$ 217.580
893101-22	TOMA DE IMPRESION DE FRANKEL		$ 380.452
893101-23	TOMA DE IMPRESION DE PISTAS COMPUESTAS INDIRECTAS		$ 401.868
893101-24	TOMA DE IMPRESION DE PISTAS SIMPLES INDIRECTAS PLANAS		$ 375.053
893101-25	TOMA DE IMPRESION DE ARCO LINGUAL		$ 176.729
893107-01	ELABORACION Y ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO - PLACAS NEUROMIORELAJANTES		$ 731.568
893107-02	ELABORACION Y ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO - ACTIVACION PLACA NEURO MIORELAJANTE		$ 522.443
997102-01	SELLANTES FOTOCURADO CADA UNO		$ 32.217
997105-01	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA		$ 71.987
997301-02	REMOCION CALCULOS CUADRANTE		$ 80.265
997301-03	REMOCION CALCULOS HASTA DOS CUADRANTES MAS PROFILAXIS		$ 161.072
997310-01	CONTROL DE PLACA DENTAL Y PROFILAXIS	Incluye educación en salud oral e índice de placa bacteriana.	$ 75.047

CAPÍTULO IX

PAQUETES

LIQUIDACIÓN DE PAQUETES			
Cirugía	**Igual VIA**	**Diferente VIA**	**Bilateral**
Paquete Mayor Valor	100%	100%	100%
Segundo Paquete	25%	70%	55%
Tercer Paquete		70%	
Cuarto y posteriores		70%	

Normatividad para la facturación de Paquetes
El precio definido para el paquete no permite ningún tipo de glosa parcial.
Si se realizan una o más intervenciones en el mismo acto quirúrgico y uno de ellos es paquete, se factura el paquete al 100% y los demás procedimientos por evento.
Si en un mismo acto quirúrgico se realizan dos o más procedimientos considerados paquetes de diferente especialidad se facturará al 100% cada uno.
En los eventos en que no se lleve a cabo la cirugía, todo lo realizado al paciente se facturará por actividad y con la orden de la cirugía expedida por la entidad.
La manta térmica no se encuentra incluida en el paquete, por lo tanto se cobrará adicional al valor del paquete.
En caso de muerte intraoperatoria o de procedimientos fallidos se cobrarán el o los paquetes de acuerdo a las tarifas convenidas del presente manual.
Para los paquetes que en su descripción no indique bilateralidad, aplica el cobro del paquete como procedimiento unilateral, teniendo en cuenta la tabla liquidación de paquetes.
Los procedimientos que se encuentren clasificados como paquete y evento, se facturará el valor del paquete.
Información Adicional: INDICACIONES DE RADIOTERAPIA ALTA COMPLEJIDAD (COMFORME E INTENSA MODULADA) Todas las patologías manejadas con radioterapias con intención curativa se benefician de la nueva tecnología, ya que en todas las patologías se obtienen menores efectos secundarios de acuerdo a la medicina basada en la evidencia. Esto conlleva a una mejor calidad de vida para los pacientes por presentar menores efectos secundarios por radiación, y para la EPS, representa menor costo invertido en consultas y tratamientos encaminados al manejo de estos. Hay mayor evidencia médica en la utilización de esta técnica para las siguientes patologías: Próstata, Cabeza y Cuello, Pediatría, Sistema Nervioso Central, Tórax, Hematología.

Paquetes de Anestesia y Manejo del Dolor				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
039309-01.	IMPLANTACION DEFINITIVA DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL VIA PERCUTANEA	.- Honorarios Médicos (2 Angiólogos, ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Derecho de equipo Intensificador	.- Exámenes pre y postquirúrgicos .- Hospitalización .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencias .- Neuroestimulador .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.528.048
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
048201.	INYECCION DE AGENTE ANESTESICO PARA NERVIO PERIFERICO	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Este valor aplica hasta 8 puntos	.- Exámenes diagnósticos .- Interconsultas .- Hospitalización en caso necesario .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- Derechos de equipo (Guía de Fluoroscopio, TAC o Ecográfica)	$ 785.331
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

048404-01.	MANEJO DEL DOLOR 1 DIA	.- Honorario Especialista .- Derechos clínicos .- KIT CPA .- Set APM .- Equipo Bomba Abbott y Perifix	.- Hospitalización .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 270.947
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
048404-02.	MANEJO DEL DOLOR 2 A 3 DIAS	.- Honorario Especialista .- Derechos clínicos .- KIT CPA .- Set APM .- Equipo Bomba Abbott y Perifix	.- Hospitalización .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 353.342
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
MANEJO DEL DOLOR A PARTIR DEL CUARTO DIA, se cobrará el total del manejo del dolor día 2-3 día más el valor de la interconsulta ($ 103.985)				
39401-01.	PRUEBA PARA LA IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL VIA PERCUTANEA	.- Derechos de sala .- Derechos de equipo (intensificador de Imagen) .- Instrumentación .- Insumos y medicamentos durante la fase operatoria diferentes a extensiones y accesorios .- Honorarios médicos (Cirujano y Anestesiólogo)	.-Generador de Impulsos .- Programador Manual .- Complicaciones .- Extensiones y accesorios .- Neuroestimulador .- Hospitalización .- Insumos y Medicamentos en hospitalización .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.756.027
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
53114.	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL TORACICO O LUMBAR)	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo (Fluoroscopio ó Guía TAC ó Guía Ecográfica) .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Cubre hasta 4 niveles y bilateralidad Cuando se trate de un segmento o zona diferente se cobrará un segundo paquete (por ejemplo: Bloqueo lumbar y bloqueo de la articulación sacro iliaca) .- (1) control pos bloqueo (hasta el primer mes después de realizado el procedimiento)	.- Exámenes diagnósticos .- Interconsultas .- Hospitalización en caso de ser necesario .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.055.533
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

53301.	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPATICOS POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION	.- Derechos de sala cirugía .- Recuperación .- Derechos de equipo (intensificador de Imagen y de Radiofrecuencia) .- Instrumentación .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- El paquete incluye hasta 4 niveles (nervios)	.- Interconsultas .- Exámenes diagnósticos pre y postquirúrgicos .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 6.315.700
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
861805.	INSERCION DE BOMBA DE INFUSION TOTALMENTE IMPLANTABLE	.- Honorarios médicos de Angiólogo, Ayudante y Anestesiólogo .- Derecho Sala de cirugía .- Derechos de Recuperación .- Cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto "Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Derecho de Equipo Intensificador .- (1) Radiografía de Columna Dorsolumbar .- Hospitalización postquirúrgica 3 días en piso (después de realizado el procedimiento).	.- Catéter intratecal .- Bomba de infusión .- Tunelizador .- Kit de rellenado .- Estancia adicional a la contemplada en las inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 10.258.142
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
992300-01.	INFILTRACION EPIDURAL DE ESTEROIDES	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos en sala: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo)	.- Exámenes diagnósticos .- Interconsultas .- Hospitalización en caso necesario .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- Derechos de equipo (Guía de Fluoroscopio, TAC o Ecográfica)	$ 1.010.363
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
992990-03.	INFUSION DE LIDOCAINA O KETAMINA PARA MANEJO DE DOLOR	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Interconsultas .- Hospitalización en caso necesario .- Exámenes diagnósticos .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 929.513
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquete de Banco de Sangre				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**

911302.	RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO	.- Interconsulta previa (1), Interconsulta de seguimiento al procedimiento (1) .- Equipo de Aféresis (1) .- Solución ACD (1) .- Equipo desechable de recambio plasmático (1) .- Solución Salina por 5000 ML (1)	.- Derecho de sala .- Kit conexión catéter .- Heparina sódica por 5000 UI/ML vial 5ML .- Atención de urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en esta .- Albúmina .- Bolsa exactamix .- Componente sanguíneo	$ 2.793.324
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Cirugía Bariatrica

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
438402.	GASTRECTOMIA VERTICAL MANGA GASTRICA POR LAPAROSCOPIA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 24.766.026
Inclusiones	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de recuperación .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Consulta cirujano bariatrico (3) (1 prequirúrgica y 2 ambulatorias: día 8 y día 30 postquirúrgicos) .- Consulta de nutrición (4) - 2 prequirúrgicas y 2 postquirúrgicas .- Consulta de psiquiatria (1) - prequirúrgica .- Consulta endocrinología (1 prequirúrgica) .- Consulta preanestésica (1 prequirúrgica) .- Consulta fisiatria (1) - prequirúrgica .- Derecho de equipo de laparoscopio .- Grapadora (1), Recargas (6), Pinza Ligasure (1), Trocar (3) .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Grapadora mecánica y pistola hasta 6 recargas .- Exámenes prequirúrgicos: Colesterol total, Colesterol HDL, creatinina, glucosa en suero, proteínas totales en suero y otros, transaminasa glutamicopiruvica (ALT), transaminasa glutamico oxalacitica (AST), triglicéridos, ultrasonografía de hígado, páncreas, vía biliar y vesícula, hemograma IV, vitamina B12, acido fólico, albumina, TSH, electrocardiograma de ritmo		
Exclusiones	.- No incluye ningún tipo de complicación (teniendo en cuenta que cualquier interconsulta, examen o ayuda diagnóstica que sea requerida para definir el manejo medico se facturará por fuera del paquete) .- medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- No incluye plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- No incluye estancia hospitalaria adicional a la mencionada en las inclusiones .- No incluye estudios anatomopatológicos adicional al mencionado en las inclusiones .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Suturas mecánicas, adicionales a las mencionadas en las inclusiones .- Internación en unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados intermedios .- Laboratorio clínico e imágenes diagnósticas no convencionales .- Hospitalización después del primer día .- Exámenes diagnósticos postquirúrgicos .- Esofagodudenoscopia, ni patologías requeridas (no incluye anestesia general en caso de necesitarse) .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
449602.	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO POR LAPAROSCOPIA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 24.766.026

Inclusiones	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de recuperación .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Consulta cirujano bariatrico (3) (1 prequirúrgica y 2 ambulatorias: día 8 y día 30 postquirúrgicos) .- Consulta de nutrición (4) - 2 prequirúrgicas y 2 postquirúrgicas .- Consulta de psiquiatria (1) - prequirúrgica .- Consulta endocrinología (1 prequirúrgica) .- Consulta preanestésica (1 prequirúrgica) .- Consulta fisiatria (1) - prequirúrgica .- Derecho de equipo de laparoscopio .- Grapadora (1), Recargas (6), Pinza Ligasure (1), Trocar (3) .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Grapadora mecánica y pistola hasta 6 recargas .- Exámenes prequirúrgicos: Colesterol total, Colesterol HDL, creatinina, glucosa en suero, proteínas totales en suero y otros, transaminasa glutamicopiruvica (ALT), transaminasa glutamico oxalacitica (AST), triglicéridos, ultrasonografía de hígado, páncreas, vía biliar y vesícula, hemograma IV, vitamina B12, acido fólico, albumina, TSH, electrocardiograma de ritmo
Exclusiones	.- No incluye ningún tipo de complicación (teniendo en cuenta que cualquier interconsulta, examen o ayuda diagnóstica que sea requerida para definir el manejo medico se facturará por fuera del paquete) .- medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- No incluye plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- No incluye estancia hospitalaria adicional a la mencionada en las inclusiones .- No incluye estudios anatomopatológicos adicional al mencionado en las inclusiones .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Suturas mecánicas, adicionales a las mencionadas en las inclusiones .- Internación en unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados intermedios .- Laboratorio clínico e imágenes diagnósticas no convencionales .- Hospitalización después del primer día .- Exámenes diagnósticos postquirúrgicos .- Esofagodudenoscopia, ni patologías requeridas (no incluye anestesia general en caso de necesitarse) .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	

Paquetes de Cirugía de Cabeza y Cuello

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
263201-01.	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO DE BAJA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Derechos de equipo (microscopio de otorrino) .- Estudio patológico: (1) biopsia por congelación, estudio de coloración básica hasta 3 .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- 1 Dren	.- Cánula e Intercambiador .- Albumina .- Hemostático .- Hospitalización .- Estudio de coloración inmunohistoquímica .- Pegante biológico como el Tisucol, Beriplast, entre otros .- Pacientes de atención de urgencias .- Valoración preanestésica .- Tijera focus .- Exámenes prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 6.550.815

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
263201-02.	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO DE MEDIANA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Derechos de equipo (microscopio de otorrino) .- Estudio patológico: Biopsia por congelación hasta 3, Estudio de coloración básica hasta 5, Estudio de coloración inmunohistoquimica (1) .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Tijera focus .- Pegante Tisucol .- Pacientes de atención de urgencias .- Valoración preanestésica .- Exámenes prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 12.165.799
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Se incluye para pacientes con riesgo anestésico mayor a 1 que requieran uno de los siguientes procedimientos				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
263201-03.	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO DE ALTA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Derechos de equipo (microscopio de otorrino) .- Tijera focus .- Estudio patológico: Biopsia por congelación hasta 3, estudio de coloración básica hasta 5, estudio de coloración inmunohistoquimica (1) .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Pinza desechable ligasure .- Pegante tisucol .- Pacientes de atención de urgencia .- Valoración preanestésica .- Exámenes prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Hospitalización .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 19.090.944
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
300202.	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION EN LARINGE	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Instrumentación .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipos: Microlaringoscopio y Laser DEKA .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración preanestésica (1)	.- Hospitalización .- Estudio anatomopatológico .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Terapia de Lenguaje .- Banco de sangre .- Complicaciones .- La atención de urgencias se facturará adicional al paquete .- Estroboscopia .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.663.127
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: El paquete de RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION EN LARINGE Se incluye para: .- Tumores de nariz, cavidad oral, laringe y faringe. .- Nódulos, membranas, sinequias, granulomas que alteran la vía aérea y disminuyen su calibre				

301110-01.	CIRUGIA COMPLEJA DE LA VIA AEREA CON LASER	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Instrumentación .- Recuperación .- Derechos de equipos: Microlaringoscopio y Laser Deka .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica 3 días en UCIN (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 2 días en piso .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Pegante biológico .- Valoración preanestésica (1)	.- Hospitalización en UCI .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Terapias de lenguaje .- Banco de sangre .- Complicaciones .- La atención de urgencias se facturará adicional al paquete .- Estroboscopia .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 68.829.215
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
El paquete de cirugía compleja de la vía aérea con laser Se incluye para: Tumores cancerosos de laringe y faringe, estenosis laringo traqueal compleja, alteraciones benignas o malignas complejas del esqueleto laringeo y sus articulaciones.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
301304.	ARITENOIDECTOMIA BILATERAL VIA ENDOSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Instrumentación .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipos: Microlaringoscopio y Laser DEKA .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración preanestésica (1)	.- Hospitalización .- Estudio anatomopatológico .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Terapia de Lenguaje .- Banco de sangre .- Complicaciones .- La atención de urgencias se facturará adicional al paquete .- Estroboscopia .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.663.127
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
El paquete de ARITENOIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA Se incluye para: .- Corrección de malformaciones y disfunciones congénitas o adquiridas de la laringe y las articulaciones crioaritenoideas que generan obstrucción de la vía aérea				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
302501.	REINERVACION EN LARINGE CON PEDICULO NEUROMUSCULAR	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho sala de cirugía .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 3 días en piso .- Derechos de Equipo: Monitor de Nervio Facial 8 horas, Microscopio de Neuro EQ017, Microscopio de Otorrino EQ018 .- Derechos de recuperación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1)	.- Atención de urgencias (se cobra adicional al Valor del paquete) .- Material de osteosíntesis .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- Exámenes pre y postquirúrgicos durante la hospitalización .- Banco de sangre .- Complicaciones postquirúrgicas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 72.558.659

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
317503.	RECONSTRUCCION LARINGOTRAQUEAL TERMINOTERMINAL	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo) .- Derecho sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 5 días en piso .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1)	.- Atención de urgencias (se cobra adicional al Valor del paquete) .- Material de osteosíntesis .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- Exámenes pre y postquirúrgicos durante la hospitalización y/o Ambulatorios .- Banco de sangre .- Complicaciones postquirúrgicas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 70.539.990
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
765302.	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR CON IMPLANTE ALOPLASTICO	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Derecho sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1)	.- Atención de urgencias (se cobra adicional al Valor del paquete) .- Material de osteosíntesis y/o prótesis .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- Exámenes pre y postquirúrgicos durante la hospitalización y/o Ambulatorios .- Banco de sangre .- Complicaciones postquirúrgicas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 67.818.192
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
867106-02.	RESECCION Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO MICROVASCULAR	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Derecho sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Derecho de equipo: Microscopio de Neuro EQ017, Microscopio de Otorrino EQ018 .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 8 días en piso .- Valoración preanestésica (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización	.- Atención de urgencias (se cobra adicional al Valor del paquete) .- Material de osteosíntesis .- Banco de sangre .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- Exámenes pre y postquirúrgicos durante la hospitalización y/o Ambulatorios .- Complicaciones postquirúrgicas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 79.159.023
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

Paquetes de Cirugía Cardiovascular Adulto				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**

Cuando el paquete se rompe se cobra adicional al valor de los Derechos de Cirugía insumos y accesorios de la circulación extracorpórea (Custom Pack. Oxigenador de membrana, Hemofiltro para hemofiltración). **Los paquetes de Reemplazo valvula mitral o aortica, Puentes aortocoronarios y Reparacion de defecto de tabique interauricular via abierta** se cobran por evento cuando: Se presenten afecciones cardiovasculares y respiratorias agudas: Infarto agudo del miocardio perioperatorio que requiera soporte circulatorio o cateterismo y/o recuperación tromboembolismo pulmonar, que requiera ventilación mecánica mayor de cinco días o Se presenten accidentes cerebrovasculares con secuelas prolongadas o permanentes. Encefalopatía Post - Perfusión, que requiera permanencia en la UCI mayor a cinco (5) días. Se presente Sepsis Generalizada. Se presente infección de la herida quirúrgica que requiera para desbridamiento o asistencia ventilatoria por mas de cinco (5) días. Se presente falla ventricular que requiera asistencia ventricular mecánica o manejo farmacológico o médico mayor a cinco (5) días. Fallecimiento del paciente *durante el procedimiento.* **En caso de necesitarse reintervenciones quirúrgicas adicionales, posterior al evento quirúrgico (diferente acto quirúrgico), se mantiene el valor del paquete y se cobra la reintervención adicional por modalidad de evento.** Incluye protocolo FVL Adulto: cuadro hemático, PT, PTT, Glicemia, Electrocardiograma, Creatinina, Parcial de orina, TSH, Hemoclasificacion, RX de Tórax.			
352201-01.	REEMPLAZO VALVULA MITRAL O AORTICA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 34.511.785
Inclusiones	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (3) RX de Tórax durante la estancia en UCI (Incluye Portátil) .- (1) Ecocardiograma Transtoracico .- Hospitalización postquirúrgica 3 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 2 días en UCIN, hospitalización postquirúrgica 2 días en piso .- Exámenes de rutina durante la hospitalización .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Monitor UCI .- Transfusión Autologa (Incluye Kit y derecho de Perfusión) .- Exámenes prequirúrgicos (Ver protocolo) .- Valoración por medicina interna (1) .- Valoración preanestésica (1) .- 12 terapias de rehabilitación cardiaca		
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Pacientes con falla renal que requieran diálisis .- Pacientes con disfunción ventricular izquierda FE menor del 40% que requieran uso de inotrópicos Ej: Dobutamina, **Milrinona**, vasoprisina, noreprinefina, etc .- Pacientes con Hipertensión pulmonar que requieran Oxido Nítrico .- Pacientes con infecciones que requieran el uso de Antibióticos .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Pacientes combinados .- Plaquetaferesis .- La atención de urgencias se facturará adicional al paquete		

Exclusiones	.- Balón de contrapulsación .- Pacientes con discrasia sanguínea que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, etc .- Pacientes con ventilación mecánica que requiera estancia en UCI adicional a la definida en el paquete .- Uso de tromboelastografo, Válvulas, Homoinjertos, Anillos, prótesis y pegantes biológicos .- Tac y Angiotac .- Procedimientos de hemodinamia .- Hemostático Surgicel, Nutrición enteral y parenteral, Albumina Humana .- No incluye los siguientes insumos: CATETER SWAN GANZ .- CANNULA MUL VEN 17L REF 96880-025, CANULA 96570-015 BIOMEDICUS 15FR, y la SOLUCIÓN PERFUSIÓN PROTECCIÓN BOL 100, estos insumos corresponden a las Cirugías Mínimamente Invasivas .- No cubre bolsas de sangre irradiada .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:			
355104.	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ABIERTA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 30.580.061
Inclusiones	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (3) RX de Tórax durante la estancia en UCI (Incluye Portátil) .- (1) Ecocardiograma Transtoracico postquirúrgico .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Exámenes de Rutina durante la estancia hospitalaria .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 3 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 2 días en UCIN, hospitalización postquirúrgica 2 días en piso .- Monitor UCI .- Transfusión Autologa (Incluye Kit y derecho de Perfusión) .- Exámenes Prequirúrgicos (ver protocolo) .- Valoración por medicina interna (1) .- Valoración preanestésica (1) .- 12 terapias de rehabilitación cardiaca		

Exclusiones	.- Banco de Sangre .- Pacientes con falla renal que requieran diálisis .- Pacientes con disfunción ventricular izquierda FE menor del 40% que requieran uso de inotrópicos Ej: Dobutamina, Corotrope, vasoprisina, noreprinefina, etc .- Pacientes con Hipertensión pulmonar que requieran Oxido Nítrico .- Pacientes con infecciones que requieran el uso de Antibióticos .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Pacientes combinados .- Plaquetaferesis .- La atención de urgencias se facturará adicional al paquete .- Balón de contrapulsación .- Pacientes con discrasia sanguínea que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, etc .- Pacientes con ventilación mecánica que requiera estancia en UCI adicional a la definida en el paquete .- Uso de tromboelastografo, Válvulas, Homoinjertos, Anillos, prótesis y pegantes biológicos .- Tac y Angiotac .- Procedimientos de Hemodinamia, Hemostático Surgicel, Nutrición enteral y parenteral, Albumina Humana .- No incluye los siguientes insumos: CATETER SWAN GANZ .- CANNULA MUL VEN 17L REF 96880-025, CANULA 96570-015 BIOMEDICUS 15FR, y la SOLUCIÓN PERFUSIÓN PROTECCIÓN BOL 100, estos insumos corresponden a las Cirugías Mínimamente Invasivas .- No cubre bolsas de sangre irradiada .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
361801-01.	PUENTES AORTOCORONARIOS	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 34.511.785
Inclusiones	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (2) RX de Tórax durante la estancia en UCI (Incluye Portátil) .- (1) Ecocardiograma Transtoracico postquirúrgico .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Exámenes de Rutina durante la estancia hospitalaria .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN, hospitalización postquirúrgica 3 días en piso .- Transfusión Autologa (Incluye Kit de autotransfusión y derecho de perfusión) .- Monitor UCI .- Exámenes Prequirúrgicos (Ver protocolo) .- Valoración por medicina interna (1) .- Valoración preanestésica (1) .- 12 terapias de rehabilitación cardiaca		
Exclusiones	.- Banco de Sangre .- Pacientes con falla renal que requieran diálisis .- Pacientes con disfunción ventricular izquierda FE menor del 40% que requieran uso de inotrópicos Ej: Dobutamina, Corotrope, vasoprisina, noreprinefina, etc .- Pacientes con Hipertensión pulmonar que requieran Oxido Nítrico .- Pacientes con infecciones que requieran el uso de Antibióticos .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Pacientes combinados .- Plaquetaferesis .- La atención de urgencias se facturará adicional al paquete		

Exclusiones	.- Balón de contrapulsación .- Pacientes con discrasia sanguínea que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, etc .- Pacientes con ventilación mecánica que requiera estancia en UCI adicional a la definida en el paquete .- Uso de tromboelastografo, Válvulas, Homoinjertos, Anillos, prótesis y pegantes biológicos .- Tac y Angiotac .- Procedimientos de Hemodinamia Hemostático Surgicel, Nutrición enteral y parenteral, Albumina Humana .- No incluye los siguientes insumos: CATETER SWAN GANZ .- CANNULA MUL VEN 17L REF 96880-025, CANULA 96570-015 BIOMEDICUS 15FR, y la SOLUCIÓN PERFUSIÓN PROTECCIÓN BOL 100, estos insumos corresponden a las Cirugías Mínimamente Invasivas .- No cubre bolsas de sangre irradiada .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:			
363201-01.	CIRUGIA CARDIOVASCULAR DOBLE CON CIRCULACION EXTRACORPOREA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 50.609.716
Inclusiones	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Servicios de perfusionista .- Transfusión autologa .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) ecocargiograma transtoracico .- (1) ecocardiograma transesofagico postquirúrgico .- Exámenes prequirúrgicos (cuadro hemático, PT, PTT, glicemia, creatinina, parcial de orina, hemoclasificación, sodio, electrocardiograma, Rx de tórax) .- Valoración preanestésica (1) .- 24 terapias de rehabilitación cardiaca		
Exclusiones	.- Hospitalización pre y postquirúrgica .- Insumos en hospitalización o adicionales a los descritos en las inclusiones .- Laboratorios o exámenes en hospitalización .- Membrana y/o tubo de goretex .- Pacientes con falla renal que requiera diálisis .- Pacientes con disfunción ventricular izquierda fe menor del 40% requieran uso de inotrópicos por un tiempo prolongado ej: dobutamina, corotrope .- Pacientes con infecciones o sangrado que requiera uso de antibiótico .- Pacientes con falla cardiaca severa agudamente descompensada donde la terapia convencional ha sido insuficiente siendo necesaria la terapia de inotrópicos de apoyo ej: levosimendan y/o icoprost , etc .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Transfusión de banco de sangre o plaquetaferesis .- medicamentos para mantener latente el ductus arterioso. ej: prostin, medicamentos como prostagladine y/o levosimendan, oxido nítrico, válvulas, homoinjertos, anillos, prótesis, y pegantes biológicos, off pump, octupus, starfish, blowmister, pieza de mano, dispositivos de ablación por radiofrecuencia, etc		

Exclusiones	.- Pacientes que requieran uso de inotrópicos por un tiempo prolongado. ej: dobutamina, corotrope, vasopresina, noreprinefina, etc .- Pacientes con ventilación mecánica prolongada .- Hemostático surgicel, surfactante pulmonar, albumina humana (postquirúrgico), nutrición parenteral .- Procedimientos de hemodinamia .- Balón de contrapulsación .- Pacientes con discrasia sanguínea que requieran terapia hematológica. ej factor VII, factor VIII, etc .- RX, TAC y/o Angiotac .- Las atenciones de urgencias se factura adicional al paquete .- Terapias .- No cubre bolsas de sangre irradiada .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
376701.	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) UNIVENTRICULAR	.- Honorarios Medicos (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo, Falla Cardíaca) .- Perfucionista durante el procedimiento .- Derecho de sala de Cirugía .- Insumos y medicamentos básicos en sala: Anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Kit con Centrifuga y Tabuladora (1) .- Ecocardiograma durante el procedimiento (1) .- Incluye Oxigenador, cono Biopump, Kit de Hemofiltración .- Albumina Humana hasta 5 unidades .- Banco de sangre: * Reserva de Sangre: Pruebas cruzadas y rastreo de anticuerpos de 8 unidades de globulos rojos (911021 * 8), (911003 * 1) * Aplicación: Aplicación (912002 * 8) y procesamiento (911107 * 8) de 8 Unidades de glóbulos rojos, Bolsa de recolección (8), y Equipo de administración de sangre (4)	.- Atención de urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Ayudas diagnósticas (Pre y Post) quirúrgicas .- Sangre irradiada, bolsa con filtro, pruebas especiales, plaquetaferesis y/o crioprecipitados, plasma, entre otros .- Complicaciones clínicas y quirúrgicas .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- Insumos VAC	$ 89.770.993
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
381501.	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 71.961.633
Inclusiones	.- Honorarios Médicos (Cirujano,Segundo cirujano y Anestesiólogo) .- Honorarios Médicos Cardiologo especilista en Falla cardica y Neumologo .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de Recuperación .- Instrumentación .- Insumos y medicamentos en sala (cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto "Ertapenem"). Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Derechos de Equipos: Ecografo (1), Bomba circulacion extracorporea (1) .- Ecocardiograma transesofagico adulto en cirugia o intervensionismo (1) .-Insumos Especiales: Pegante biologico bioglue 5ml (1), Custom pack bb8q09r2/3 (tub+oxig+fil) (1), Conos para centrifuga ceramica ref ap40 (1), Kit para autotransfusion atls24 adul (1), Solucion perfusion proteccion bol 1000ml (1), Cateter swan ganz gtocard cont 139f75 (1), Cateter ava 3 lumen 8.5fr ref:m3l85fhs (1), Hemofiltro adul -pediatrico ref.03hemoap (1) .- Interconsultas y seguimiento intrahospitalario por especialistas tratantes hasta el día 15 .- Controles postoperatorios hasta el tercer mes cantidad (3)			

Exclusiones	.- Junta Médica .- No incluye médicamento Factor Coagulación .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Hospitalización .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- No incluye Catéterismo Cardiaco .- Banco de sangre

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.

Observación:
.- De acuerdo a evidencias clínicas el 75% de los pacientes que han sido tratados con tromboendarterectomía pulmonar obtiene resultados satisfactorios a nivel funcional y cerca de la mitad recobra la tolerancia al ejercicio, lo cual aumenta la supervivencia del paciente.
- Las complicaciones del procedimiento equivalen a un 20%.
- La mortalidad del procedimiento es del 4 %.

383406-01.	CIRUGIA CARDIOVASCULAR MULTIPLE INCLUYE 3 O MAS PROCEDIMIENTOS O CIRUGIAS DE ALTA COMPLEJIDAD	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 62.756.050

Inclusiones	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Servicios de perfusionista .- Transfusión autologa .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) ecocardiograma transtoracico .- (1) ecocardiograma transesofagico postquirúrgico .- Exámenes prequirúrgicos (cuadro hemático, PT, PTT, glicemia, creatinina, parcial de orina, hemoclasificación, sodio, electrocardiograma, Rx de tórax) .- Valoración preanestésica (1) .- 24 terapias de rehabilitación cardiaca
Exclusiones	.- Hospitalización pre y postquirúrgica .- Insumos en hospitalización o adicionales a los descritos en las inclusiones .- Laboratorios o exámenes en hospitalización .- Membrana y/o tubo de goretex .- Pacientes con falla renal que requiera diálisis .- pacientes con disfunción ventricular izquierda fe menor del 40% requieran uso de inotrópicos por un tiempo prolongado ej: dobutamina, corotrope .- Pacientes con infecciones o sangrado que requiera uso de antibiótico .- Pacientes con falla cardiaca severa agudamente descompensada donde la terapia convencional ha sido insuficiente siendo necesaria la terapia de inotrópicos de apoyo ej: levosimendan y/o icoprost , etc .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Transfusión de banco de sangre o plaquetaferesis .- medicamentos para mantener latente el ductus arterioso. ej: prostin, medicamentos como prostagladine y/o levosimendan, oxido nítrico, válvulas, homoinjertos, anillos, prótesis, y pegantes biológicos, off pump, octupus, starfish, blowmister, pieza de mano, dispositivos de ablación por radiofrecuencia, etc

Exclusiones	.- Pacientes que requieran uso de inotrópicos por un tiempo prolongado. ej: dobutamina, corotrope, vasopresina, noreprinefina, etc .- Pacientes con ventilación mecánica prolongada .- Hemostático surgicel, surfactante pulmonar, albumina humana (postquirúrgico), nutrición parenteral .- Procedimientos de hemodinamia .- Balón de contrapulsación .- Pacientes con discrasia sanguínea que requieran terapia hematológica. ej factor VII, factor VIII, etc .- RX , TAC y/o Angiotac .- Las atención de urgencias se factura adicional al paquete .- Terapias .- No cubre bolsas de sangre irradiada .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:	

Paquetes de Cirugia Cardiovascular Pediátrica				
Incluye protocolo FVL Niño: Cuadro hematico, PT, PTT, Glicemia, Electrocardiograma, Creatinina, Parcial de orina, Hemoclasificacion, Sodio, Potasio, RX de torax				
Los paquetes que se relacionan a continuación para todos los Pacientes neonatos menores de un mes o prematuros se cobrará adicional un 20% sobre el valor del paquete				
En caso de fallecimiento postquirúrgico los paquetes se cobrarán al 100%				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
355204-02.	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA SIMPLE CON CIRCULACION EXTRACORPOREA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 44.777.952
Inclusiones	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (3) Rx de tórax durante la estancia en UCI (Incluye portátil) .- (1) Ecocardiograma Transtoracico y 1 Ecocardiograma Transesofagico .- Hospitalización postquirúrgica 3 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 4 días en piso .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Banco de sangre: 2 reserva de glóbulos rojos 911107, aplicación de glóbulos rojos 911102, Bolsa de Recolección # 7, prueba de compatibilidad 911021 # 7, rastreo de anticuerpos 911004 #1, Plaquetas 911102 # 3, aplicación de plaquetas 912003, plasma 911111 #2, aplicación de plasma 912005 .- Monitor UCI .- Manejo de inotrópicos hasta las primeras 48 horas postquirúrgicas .- Manejo de Albumina Humana hasta las primeras 48 horas postquirúrgicas .- Exámenes Prequirúrgicos (Cuadro Hemático, PT, PTT, Glicemia, Creatinina, Parcial de orina, Hematocrito, Hemoclasificación, Sodio, Potasio, Electrocardiograma, ecocardiograma, Rx de tórax) .- Valoración preanestésica (1) Pacientes neonatos menores de un mes o prematuros se cobrará adicional un 20% sobre el valor del paquete.			

Exclusiones	.- Membrana y/o Tubo de goretex .- Pacientes con falla renal que requiera diálisis .- Pacientes con infecciones o sangrado que requiera uso de antibiótico .- Pacientes con falla cardiaca severa agudamente descompensada donde la terapia convencional ha sido insuficiente siendo necesaria la terapia de inotrópicos de apoyo Ej: Levosimendan, Icoprost , etc .- Transfusión Autologa (Kit, y derecho de perfusión) .- Uso de tromboelastografo .- Reintervenciones .- Complicaciones neurológicas .- Plaquetaferesis .- medicamentos para mantener latente el ductus arterioso. Ej: Prostin, Oxido Nítrico, Válvulas, Homoinjertos, Anillos, prótesis, y pegantes Biológicos .- Pacientes que requieran uso de inotrópicos posterior a las 48 horas postquirúrgicas Ej: Dobutamina, Corotrope, Vasopresina, Noreprinefina, Etc .- Pacientes que requieran uso de Albumina Humana posterior a las 48 horas postquirúrgicas .- Hemostático Surgicel, Surfactante Pulmonar, Nutrición, Enteral y Parenteral .- Procedimientos de Hemodinamia .- ECMO .- Pacientes con discrasia sanguínea que requieran terapia hematológica. Ej factor VII, Factor VIII, etc .- Tac y/o angiotac .- No cubre bolsas de sangre irradiada .- Manejo de shock cardiogénico .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:	

358101-01.	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA COMPLEJA CON CIRCULACION EXTRACORPOREA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 69.875.441

Inclusiones	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (8) Rx de tórax durante la estancia en UCI .- (1) Ecocardiograma Transtoracico y 1 Ecocardiograma Transesofagico .- Hospitalización postquirúrgica 8 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 10 días en piso .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Banco de sangre: 4 Unidades de glóbulos rojos 911107, aplicación de glóbulos rojos 912002 # 4, Bolsa de Recolección # 9, prueba de compatibilidad 911021 # 9, rastreo de anticuerpos 911003 #1, Plaquetas 911102 # 2, aplicación de plaquetas 912003 # 2, plasma 911111 # 3, aplicación de Plasma 912005 # 3) .- Monitor UCI .- Exámenes Prequirúrgicos (Cuadro Hemático, PT, PTT, Glicemia, Creatinina, Parcial de orina, Hematocrito, Hemoclasificación, Sodio, Potasio, Electrocardiograma, ecocardiograma, Rx de tórax) .- Valoración preanestésica (1) .- Manejo de Albumina Humana hasta los primeros 5 días postquirúrgicos Pacientes neonatos menores de un mes o prematuros se cobrará adicional un 20% sobre el valor del paquete.

Exclusiones	.- Membrana y/o Tubo de goretex .- Pacientes con falla renal que requiera diálisis .- Pacientes con infecciones o sangrado que requiera uso de antibiótico .- Pacientes con falla cardiaca severa agudamente descompensada donde la terapia convencional ha sido insuficiente siendo necesaria la terapia de inotrópicos de apoyo Ej: Levosimendan y/o Icoprost , etc .- Reintervenciones .- Complicaciones neurológicas .- Plaquetaferesis .- medicamentos para mantener latente el ductus Arterioso Ej: Prostin, Oxido Nítrico, Válvulas, Homoinjertos, Anillos, Prótesis y pegantes biológicos .- Pacientes que requieran uso de inotrópicos por un tiempo prolongado. Ej: Dobutamina, Corotrope, Vasopresina, Noreprinefina, Etc .- Hemostático Surgicel, Surfactante Pulmonar, Nutrición Parenteral .- Procedimientos de Hemodinamia .- ECMO .- Pacientes con discrasia sanguínea que requieran terapia hematológica. Ej factor VII, Factor VIII, etc .- Tac y/o Angiotac .- No cubre bolsas de sangre irradiada .- Manejo de shock cardiogénico .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:	

358601.	REPARACION DE HIPOPLASIA DE VENTRICULO IZQUIERDO [NORWOOD O SANO]	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 67.465.151

Inclusiones	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo de ecografía .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) Rx de tórax .- (1) Ecocardiograma Transtoracico y 1 Ecocardiograma Transesofagico .- Manejo de Albumina Humana hasta tres unidades
Exclusiones	.- Membrana y/o Tubo de goretex .- Pacientes con falla renal que requiera diálisis .- Pacientes con infecciones o sangrado que requiera uso de antibiótico .- Pacientes con falla cardiaca severa agudamente descompensada donde la terapia convencional ha sido insuficiente siendo necesaria la terapia de inotrópicos de apoyo. Ej: Levosimendan y/o Icoprost, etc .- Reintervenciones .- Complicaciones neurológicas .- Plaquetaferesis .- medicamentos para mantener latente el ductus Arterioso Ej: Prostin, Oxido Nítrico, Válvulas, Homoinjertos, Anillos, Prótesis y pegantes biológicos .- Pacientes que requieran uso de inotrópicos por un tiempo prolongado. Ej: Dobutamina, Corotrope, Vasopresina, Noreprinefina, Etc .- Hemostático Surgicel, Surfactante Pulmonar, Nutrición Parenteral .- Procedimientos de Hemodinamia .- ECMO .- Pacientes con discrasia sanguínea que requieran terapia hematológica. Ej factor VII, Factor VIII, etc

Exclusiones	.- Tac y/o Angiotac .- No cubre bolsas de sangre irradiada .- Manejo de shock cardiogénico .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- medicamentos No pbs .- Banco de sangre .- Monitor Uci .- Exámenes prequirúrgicos .- Valoración Preanestésica .- Hospitalización		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
358602.	ANASTOMOSIS AORTO-PULMONAR Y CREACION DE FISTULA SISTEMICO PULMONAR [DAMUS - KAYE - STANSEL]	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 67.465.151
Inclusiones	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) Rx de tórax .- (1) Ecocardiograma Transtoracico y 1 Ecocardiograma Transesofagico .- Manejo de Albumina Humana hasta tres unidades		
Exclusiones	.- Membrana y/o Tubo de goretex .- Pacientes con falla renal que requiera diálisis .- Pacientes con infecciones o sangrado que requiera uso de antibiótico .- Pacientes con falla cardiaca severa agudamente descompensada donde la terapia convencional ha sido insuficiente siendo necesaria la terapia de inotrópicos de apoyo. Ej: Levosimendan y/o Icoprost, etc .- Reintervenciones .- Complicaciones neurológicas .- Plaquetaferesis .- medicamentos para mantener latente el ductus Arterioso Ej: Prostin, Oxido Nítrico, Válvulas, Homoinjertos, Anillos, Prótesis y pegantes biológicos .- Pacientes que requieran uso de inotrópicos por un tiempo prolongado. Ej: Dobutamina, Corotrope, Vasopresina, Noreprinefina, Etc .- Hemostático Surgicel, Surfactante Pulmonar, Nutrición Parenteral .- Procedimientos de Hemodinamia .- ECMO .- Pacientes con discrasia sanguínea que requieran terapia hematológica. Ej factor VII, Factor VIII, etc		
Exclusiones	.- Tac y/o Angiotac .- No cubre bolsas de sangre irradiada .- Manejo de shock cardiogénico .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- medicamentos No pbs .- Banco de sangre .- Monitor Uci .- Exámenes prequirúrgicos .- Valoración Preanestésica .- Hospitalización		

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
358901-01.	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA SIMPLE SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 8.715.317
Inclusiones	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) Rx de tórax durante la estancia en UCIN (Incluye portátil) .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 2 días en piso .- Materiales, medicamentos y Exámenes de rutina (en hospitalización) .- Honorarios Médicos (cirujano, ayudante y anestesiólogo) .- Reserva de Sangre: 1 Prueba de Compatibilidad cod. 911021, 1 Rastreo de anticuerpos Cod. 911003 .- Monitor UCI .- Exámenes Prequirúrgicos (Cuadro Hemático, PT, PTT, Glicemia, Creatinina, Parcial de orina, Hematocrito, Hemoclasificación, Sodio, Potasio, Electrocardiograma, Ecocardiograma, Rx de tórax) .- Valoración Preanestésica (1). Pacientes neonatos menores de un mes o prematuros se cobrará adicional un 20% sobre el valor del paquete		
Exclusiones	.- Pacientes con falla renal y diálisis .- Pacientes con infecciones o sangrado que requieran el uso de Antibióticos .- Pacientes con falla cardiaca severa agudamente descompensada donde la terapia convencional ha sido insuficiente siendo necesario la terapia inotrópica de apoyo. Ej Levosimendan, Icoprost, etc .- Banco de Sangre, Transfusión Autologa (Kit, y derecho de perfusión) .- Uso de tromboelastografo .- Reintervenciones .- Complicaciones neurológicas .- Plaquetaferesis .- Oxido Nítrico, Válvulas, Homoinjertos, Anillos, prótesis y pegantes biológicos .- Tac y Angiotac .- Procedimientos de Hemodinamia .- Ecmo .- Hemostático Surgicel .- Pacientes con discrasia sanguínea que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, etc .- Pacientes que requieran uso de inotrópicos Ej: Dobutamina, Corotrope, Vasoprisina, Norepinefrina, Etc, medicamentos para mantener latente el ductus Arterioso Ej: Prostin, Nutrición enteral y parenteral .- medicamentos como: Surfactante Pulmonar, Albumina Humana, inotrópicos .- No cubre bolsas de sangre irradiada .- Manejo de shock cardiogénico .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:			
359701-01.	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA COMPLEJA SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 32.764.354

Inclusiones	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (5) Rx de tórax durante la estancia en UCI (Incluye portátil) .- (1) Ecocardiograma Transtoracico y 1 Ecocardiograma Transesofagico .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 2 días en piso .- Materiales, medicamentos y exámenes en hospitalización .- Banco de sangre: 1 bolsa de glóbulos rojos (componente 911107, aplicación 911102, rastreo de anticuerpos 911003 y prueba de compatibilidad 911021) .- Monitor UCI .- Manejo de inotrópicos hasta las primeras 72 horas post quirúrgicas (Ej, Dobutamina, Corotrope, etc) .- Manejo con albumina Humana hasta las primeras 72 horas postquirúrgicas .- Exámenes Prequirúrgicos (Cuadro Hemático, PT, PTT, Glicemia, Creatinina, Parcial de orina, Hematocrito Hemoclasificación, Sodio, Potasio, Electrocardiograma, ecocardiograma, Rx de tórax) .- Valoración preanéstesica (1) Pacientes neonatos menores de un mes o prematuros se cobrará adicional un 20% sobre el valor del paquete.
Exclusiones	.- Prótesis de Goretex .- Pacientes con falla renal que requieran diálisis .- Pacientes con infecciones o sangrado que requieran el uso de Antibióticos .- Pacientes con falla cardiaca severa agudamente descompensada donde la terapia convencional ha sido insuficiente siendo necesario la terapia inotrópica de apoyo. Ej Levosimendan, Icoprost, etc .- Reintervenciones .- Transfusión Autologa (Kit, y derecho de perfusión) .- Uso de tromboelastografo .- Complicaciones neurológicas .- Plaquetaferesis .- medicamentos para mantener latente el ductus Arterioso Ej: Prostin, Oxido Nítrico, Válvulas, Homoinjertos, Anillos, prótesis y pegantes biológicos .- Pacientes que requieran uso de inotrópicos posterior a las primeras 72 horas post quirúrgicas Ej: Dobutamina, Corotrope, Vasoprisina, Norepinefrina, Etc .- Hemostático Surgicel, Albumina humana posterior a las primeras 72 horas postquirúrgicas, Surfactante Pulmonar, Nutrición Enteral y Parenteral .- Procedimientos de Hemodinamia .- ECMO .- Pacientes con discrasia sanguínea que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, etc .- Tac y/o angiotac .- No cubre bolsas de sangre irradiada .- Manejo de shock cardiogénico .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:	

Paquetes de Cirugía de Colon y Recto por Laparoscopia

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor

405407.	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de Recuperación .- Derechos de equipo Laparoscopia .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos, se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia en Piso, UCIN o UCI .- Suturas mecánicas .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.433.160
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Cuando se realice en el mismo acto otro procedimiento, estos paquetes se liquidarán al 100% cada uno.				
485004.	PROCTOSIGMOIDECTOMIA ABORDAJE PERINEAL	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Estudio de coloración básica (1) .- Ligasure 1 hora .- Valoración preanestésica (1)	.- Suturas mecánicas .- Laparoscopio .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Hospitalización .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Terapia respiratoria .- Valoración prequirúrgica .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 7.438.112
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
490401-01.	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA (CONDILOMAS)	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración preanestésica (1)	.- Ligasure .- Suturas mecánicas .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Hospitalización .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Terapia respiratoria .- Valoración prequirúrgica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.561.910
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

495001-01.	ESFINTEROTOMIA ANAL VIA ABIERTA CON O SIN RESECCION DE HEMORROIDES EXTERNAS	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración preanestésica (1)	.- Ligasure .- Suturas mecánicas .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Hospitalización .- Pacientes de atención de Urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Terapia respiratoria .- Valoración prequirúrgica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.038.100
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
497302.	FISTULECTOMIA ANO PERINEAL	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Ligasure .- Suturas mecánicas .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Hospitalización .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Terapia respiratoria .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.730.360
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
497503-01.	ESFINTEROPLASTIA VIA ABIERTA PERINOPLASTIA Y PLICATURA DE ELEVADOR	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Ligasure .- Suturas mecánicas .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Hospitalización .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Terapia respiratoria .- Valoración Prequirúrgica y preanestésica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.460.726
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
497510-01.	COLGAJO LOCAL (MUCOSO O SUBMUCOSO) ENDORECTAL FISTULECTOMIA COMPLEJA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Patología .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Ligasure .- Suturas mecánicas .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Hospitalización .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Terapia respiratoria .- Valoración Prequirúrgica y preanestésica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.587.009
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

862104.	RESECCION QUISTE PILONIDAL CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Estudio de coloración básica (1) .- Reservorio Jackson Prat .- Valoración preanestésica (1) .- Incluye Colgajo	.- Ligasure .- Suturas mecánicas .- Laparoscopio .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Hospitalización .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Terapia respiratoria .- Valoración prequirúrgica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.714.293
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

Paquetes de Cirugía de Tórax

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
052001.	SIMPATECTOMIA TORACICA POR TORACOSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derecho sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Derecho de equipo Toracoscopio (1 Hora) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración Preanestésica (1) .- Rx de Tórax post Quirúrgico (1)	.- Exámenes prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Atención de urgencias (se cobra adicional al valor del paquete) .- Complicaciones .- Hospitalización .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.051.995
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
324102.	LOBECTOMIA SEGMENTARIA POR TORACOSCOPIA	.- Honorarios Médicos (cirujano, Ayudante, Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de equipo (toracoscopio 4 tiempos) .- Fibrobroncoscopia .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 4 días en piso .- Sutura mecánica Endo gia 60 mm azul # 2 .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Cubre los materiales y medicamentos inherentes al procedimiento durante la hospitalización que está incluida en el paquete	**.- Pinza desechable y/o Ligasure, Tijera Harmonic** .- Banco de Sangre .- Hospitalización después del Quinto día .- Materiales y Medicamentos en hospitalización después del quinto día .- Exámenes diagnósticos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 16.320.468
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
324201.	LOBECTOMIA TOTAL PULMONAR VIA ABIERTA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes médicamento: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 2 días en UCIN, hospitalización postquirúrgica 4 días en piso .- (4) Rx de tórax durante la estancia hospitalaria .- (3) terapias respiratorias cada día durante la estancia hospitalaria .- Suturas mecánicas (2 recargas Gia80, Ligaclip # 3) .- (1) Pegante biológico Beriplast .- Manejo del dolor POP bomba PCA 2 días	.- Hospitalización después del octavo día .-Exámenes prequirúrgicos .- Valoración prequirúrgica .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 29.706.345
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
324202.	LOBECTOMIA TOTAL PULMONAR POR TORACOSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Intubación con Fibrobroncoscopia .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en **UCI** (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 5 días en piso .- Derechos de equipo (Toracoscopio) .- Suturas Mecánicas (3 Recargas Blancas de 30 mm, 4 Recargas verdes de 60 mm, Ligaclip # 3) .- Manejo de dolor POP bomba PCA 2 días	**.- Equipo Mediastinoscopio** .- Hospitalización después del sexto día .- Exámenes Prequirúrgicos .- Valoración Prequirúrgica y preanestésica .- Banco de Sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 29.706.345
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

340904.	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA CON DISPOSITIVO	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Intubación con fibrobroncoscopia .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Terapia respiratoria .- (3) Rx de tórax durante la estancia en UCI .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 1 día UCIN, hospitalización postquirúrgica 3 días en piso .- manejo de dolor POP bomba PCA 2 días .- Valoración preanestésica (1)	.- Hospitalización después del séptimo día .- Barra conexión dentata .- Clip recto titanio para costilla .- Malla de prolene .- Exámenes prequirúrgicos .- Valoración prequirúrgica .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 26.317.052
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
340908.	REPARACION DE DEFORMIDAD DE PECTUS CON DISPOSITIVO	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Derecho de equipo Toracoscopio .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en UCIN (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 2 días en piso .- (1) Barra de Nuss .- (1) Estabilizador .- Manejo de dolor Postoperatorio de 2 a 3 días .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración Preanestésica (1) .- Rx de Tórax pre y postquirúrgico (1)	.- Exámenes prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Atención de urgencias (se cobra adicional al valor del paquete) .- Complicaciones .- Estancia adicional a los definidos en el paquete .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 49.500.197
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Se incluye para: Carinatum y Escavatum				
341001.	MEDIASTINOSCOPIA DIAGNOSTICA	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derecho de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Material y medicamentos durante el procedimiento .- Patología básica 898241 estudio de coloracion basica en especimen con reseccion de margenes 898201 estudio de coloracion basica en especimen de reconocimiento .- Cultivos (Hongo, Bacterias y TBC) .- Valoración preanestésica (1)	.- Inmunohistoquimica .- Hospitalización .- Esternotomia .- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- Banco de sangre .- Exámenes prequirúrgicos .- Patologías especiales .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.150.149
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

341302.	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes médicamento: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 2 días en UCIN, hospitalización postquirúrgica 4 días en piso .- (4) Rx de tórax durante la estancia hospitalaria .- (3) terapias respiratorias cada día durante la estancia hospitalaria .- Suturas mecánicas (2 recargas Gia80, Ligaclip # 3) .- Pegante biológico Beriplast No.1 .- Manejo del dolor POP bomba PCA 2 días	.- Hospitalización después del octavo día .-Exámenes prequirúrgicos .- Valoración prequirúrgica .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 29.706.345
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
341303.	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Intubación con fibrobroncoscopia .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 5 días en piso .- (3) rx de tórax durante la estancia hospitalaria .- (1) terapia respiratoria cada día durante la estancia hospitalaria .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- materiales y medicamentos en hospitalización .- Suturas mecánicas .- Manejo del dolor POP bomba PCA 2 días	.- Hospitalización después del sexto día .- Exámenes prequirúrgicos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 29.706.345
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Se incluye para lesiones complejas que comprometan Pleura, Pulmón, Estructuras Mediastinales, incluyendo Neumonectomia mas Linfadenectomia Radical Mediastinal.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

341402.	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes médicamento: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 2 días en UCIN, hospitalización postquirúrgica 4 días en piso .- (4) Rx de tórax durante la estancia hospitalaria .- (3) terapias respiratorias cada día durante la estancia hospitalaria .- Suturas mecánicas (2 recargas Gia80, Ligaclip # 3) .- Pegante biológico Beriplast No.1 .- Manejo del dolor POP bomba PCA 2 días	.- Hospitalización después del octavo día .-Exámenes prequirúrgicos .- Valoración prequirúrgica .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 29.706.345
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
341403.	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Intubación con fibrobroncoscopia .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 5 días en piso .- (3) rx de tórax durante la estancia hospitalaria .- (1) terapia respiratoria cada día durante la estancia hospitalaria .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- materiales y medicamentos en hospitalización .- Suturas mecánicas .- Manejo del dolor POP bomba PCA 2 días	.- Hospitalización después del sexto día .- Exámenes prequirúrgicos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 29.706.345
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
345102.	PLEURECTOMIA PARIETAL POR TORACOSCOPIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Instrumentación .- Derechos de sala de recuperación .- Derechos de equipo (Toracoscopio) .- Rx de tórax (1) .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos en sala: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Suturas mecánicas .- Banco de sangre .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.556.157

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
345302.	DECORTICACION PULMONAR POR TORACOSCOPIA	.- Honorarios Médicos (cirujano, Ayudante, Anestesiólogo) .-Derechos de sala .- Derechos de equipo (toracoscopio 4 tiempos) .- Intubación Fibrobroncoscopia .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Terapia Respiratoria # 6 (durante la hospitalización) .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 5 días en piso .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización	.- Hospitalización después del sexto día .- Materiales y Medicamentos en hospitalización después de 6to día .- Exámenes diagnósticos Prequirúrgicos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Suturas Mecánicas .- Banco de Sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 11.998.602
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
602T02.	RECARGO ECMO EXTRAINSTITUCIONAL	.- Recargo de Honorarios médicos por canulación .- Instrumentación .- Derecho de perfusión .- Equipo para Ecmo y Ecografo .- Traslado terrestre redondo en ambulancia médicalizada	.- Honorarios médicos de canulación o manejo en Ecmo .- Transporte Aereo y Traslado terrestre por fuera .- Departamento del Valle del Cauca .- Insumos y Medicamentos .- Estancia	$ 10.922.714
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Los demás servicios prestados al paciente se cobran por evento. Ante un desplazamiento para canulación independientemente de su realización se facturará la prestación para cubrir los gastos generados por el desplazamiento y el tiempo de los profesionales.				

Paquetes de Cirugía Gastroenterológica

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
415103.	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización posquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Trocar Desechable .- Cubre los siguientes medicamentos en sala: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización	.- Hospitalización en UCI y UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Estudio Patológico .- Complicaciones .- Malla .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 16.557.003
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
424201-01.	CIRUGIA GASTROINTESTINAL ABIERTA DE ALTA COMPLEJIDAD	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 49.597.524

Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 3 días en UCI, 2 días en UCIN, 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Solamente incluye Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora GIA 60 mm (1), Recarga GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Valoración preanestésica (1) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- (4) controles Post quirúrgicos durante el primer año
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos o postquirúrgicos realizados posterior a la estancia hospitalaria incluida en el paquete .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.

Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:

424203.	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 44.271.986

Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 mm (1), Recarga Endo GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Valoración preanestésica (1) .- Equipo de Laparoscopia

Exclusiones	.- Banco de sangre .- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
427402.	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización posquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Trocar Desechable .- Cubre los siguientes medicamentos en sala: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización	.- Hospitalización en UCI y UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Estudio Patológico .- Complicaciones .- Malla .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 16.557.003
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
438101-01.	CIRUGIA GASTROINTESTINAL ABIERTA DE MEDIANA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo, ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCI, 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora GIA 60 (1), Recarga GIA 60 (4) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización	.- Hospitalización en UCIN .- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos o postquirúrgicos realizados posterior a la estancia hospitalaria incluida en el paquete .- Estudio patológico .- Complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 24.090.227
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

438102.	GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo, ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 (1), Recarga Endo GIA 60 (4) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Equipo de Laparoscopia	.- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico .- Complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 24.655.536
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
439002.	GASTRECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 44.271.986
Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 mm (1), Recarga Endo GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Valoración preanestésica (1) .- Equipo de Laparoscopia			
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

446604-01.	CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA DE MEDIANA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización posquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Trocar Desechable .- Cubre los siguientes medicamentos en sala: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización	.- Hospitalización en UCI y UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Estudio Patológico .- Complicaciones .- Malla .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 16.557.003
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
449802.	REINTERVENCION O REVISION DE CIRUGIA TIPO BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo, ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 (1), Recarga Endo GIA 60 (4) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Equipo de Laparoscopia	.- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 24.655.536
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

456102-01.	RESECCION DE TUMOR DE INTESTINO DELGADO CON ANASTOMOSIS U OSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo, ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 (1), Recarga Endo GIA 60 (4) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Equipo de Laparoscopia	.- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico .- Complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 24.655.536
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
457402.	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA LAPAROSCOPICA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 44.271.986
Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 mm (1), Recarga Endo GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Valoración preanestésica (1) .- Equipo de Laparoscopia			
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- Complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se incluye para patologías malignas				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

457502.	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo, ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 (1), Recarga Endo GIA 60 (4) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Equipo de Laparoscopia	.- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico .- Complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 24.655.536
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se incluye para patologías benignas				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
457602.	SIGMOIDECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo, ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 (1), Recarga Endo GIA 60 (4) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Equipo de Laparoscopia	.- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico .- Complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 24.655.536
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
458102-01.	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y PROCTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA CON BOLSA ILEAL	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 44.271.986

Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 mm (1), Recarga Endo GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Valoración preanestésica (1) .- Equipo de Laparoscopia
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.

458302-01.	COLECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA CON ANASTOMOSIS ILEORECTAL CON O SIN OSTOMIA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 44.271.986

Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 mm (1), Recarga Endo GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Valoración preanestésica (1) .- Equipo de Laparoscopia
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
461302-01.	COLOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA CREACION O CIERRE	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo, ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 (1), Recarga Endo GIA 60 (4) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Equipo de Laparoscopia	.- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico .- Complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 24.655.536
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
485402-01.	RESECCION ABDOMINOPERINEAL LAPAROSCOPICA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 44.271.986
Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 mm (1), Recarga Endo GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Valoración preanestésica (1) .- Equipo de Laparoscopia			
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

486702.	RESECCION DE LESION O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS-ANAL VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo, ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos Especiales: .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 (1), Recarga Endo GIA 60 (4) .- Sistema Gelpoint (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Equipo de Laparoscopia	.- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico .- Complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 24.655.536
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
487502.	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 44.271.986
Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 mm (1), Recarga Endo GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Valoración preanestésica (1) .- Equipo de Laparoscopia			
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

501001-01.	CIRUGIA GASTROINTESTINAL BAJA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo, ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración preanestésica (1) .- Insumos y medicamentos en hospitalización .- Derecho de equipo de Laparoscopio	.- Hospitalización en UCI, UCIN .- Suturas mecánicas .- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos o postquirúrgicos .- Estudio patológico .- Complicaciones .- Pinza desechable ligasure .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.251.215
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
502211-01.	COLECTOMIA POR CANCER CON HEPATECTOMIA SEGMENTARIA Y VACIAMIENTO LAPAROSCOPICA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 44.271.986
Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 mm (1), Recarga Endo GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Valoración preanestésica (1) .- Equipo de Laparoscopia			
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

502403.	ABLACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización posquirúrgica 3 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Cubre los siguientes medicamentos en sala: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Ecografía intraoperatoria .- Derechos de equipo de radiofrecuencia	.- Aguja Estar Brust .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular cuando el paciente no responde a los Medicamentos convencionales como Atropina y Neogstigmina o cuando están contraindicados. Ej, Sugamadex. .- Exámenes pre y pos quirúrgicos .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencias .- Hospitalización en UCI .- Estudio Patológico .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 15.297.233
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
513702.	HEPATICOYEYUNOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo, ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 (1), Recarga Endo GIA 60 (4) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica (1) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Equipo de Laparoscopia	.- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico .- Complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 24.655.536
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
525204-01.	PANCREATECTOMIA DISTAL CON ESPLENECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 44.271.986
Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 mm (1), Recarga Endo GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Valoración preanestésica (1) .- Equipo de Laparoscopia			

Exclusiones	.- Banco de sangre .- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
537003.	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización posquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Trocar Desechable .- Cubre los siguientes medicamentos en sala: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización	.- Hospitalización en UCI y UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Estudio Patológico .- Complicaciones .- Malla .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 16.557.003
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
541901.	CITORREDUCCION VIA ABIERTA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 160.783.867
Inclusiones	.- Honorarios médicos inherentes al procedimiento (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante, Oncología, Patología) .- Junta quirúrgica .- Valoración pre anestésica (1) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 21 días, en UCI 7 días, piso 14 días (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora GIA 60 mm (1), Recarga GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento 5 .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica 2 .- Estudio por congelación (2) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Terapia física hasta 42 terapias .- Terapia respiratoria hasta 42 terapias			

Exclusiones	.- Banco de sangre .- Solamente incluye Reserva de 2 unidades de plaquetas y plasma fresco .- Derecho de equipos (Extracción de gases ATMO SAFE) .- Exámenes diagnósticos pre quirúrgicos o postquirúrgicos realizados posterior a la estancia hospitalaria incluida en el paquete ._ Laboratorios prequirúrgicos:Electrocardiograma, esofagogastroduodenoscopia, Colonoscopia Total,colposcopia, Rx tórax, Bilirrubina directa e indirecta, creatinina, Fosfatasa alcalina, Glucosa en suero, nitrógeno ureico, ALT / AST, Hemoclasificacion ABO / RH, Hemograma tipo IV, Tiempo de protrombina, Tiempo tromboplatina, Antígeno de cáncer de ovario, Antígeno carcinoembrionario, Antígeno tubo digestivo CA19-9, Cloro (cloruro), Potasio, Sodio, Albumina, Colesterol total, Proteínas totales en suero .-Ayudas diagnósticas: Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis (medio de contraste IOVERSOL), Resonancia nuclear magnética de abdomen, Resonancia nuclear magnética de pelvis, (medio de contraste gadolinio) .- Medicina nuclear: PET SCAN .- Manejo nutricional enteral o parenteral durante la hospitalización .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete Se incluye para pacientes con compromiso tumoral peritoneal primario o secundario de las siguientes enfermedades: .- Pseudomixoma peritoneal .- Carcinoma de ovario .- Mesotelioma .- Carcinoma de colon .- Carcinoma de estomago .- Carcinoma de pancreas .- Carcinomas de serosas .- Sarcomas .- y Tumores que tengan diseminación peritoneal				
547404.	EVENTRORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de equipo Laparoscopio hasta por (2 h) .- Instrumentación .- Derecho de sala de recuperación .- Trocar Desechable .- Insumos y medicamentos básicos en sala: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Atención de urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Suturas mecánicas, Pinza Ligasure, Fibrinógeno, Malla, Fijador de Malla .- Ayudas Diagnósticas (Pre y Post) Quirúrgicas .- Banco de Sangre .- Estudios Patológicos .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 16.557.003
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
72002.	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 44.271.986

Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 mm (1), Recarga Endo GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Valoración preanestésica (1) .- Equipo de Laparoscopia			
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
72502.	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Hospitalización posquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Trocar Desechable .- Cubre los siguientes medicamentos en sala: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización	.- Hospitalización en UCI y UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Estudio Patológico .- Complicaciones .- Malla .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 16.557.003
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
992507-01.	ADMINISTRACION (INFUSION O PERFUSION) DE QUIMIOTERAPIA EN CAVIDADES(HIPERTERMICA)	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 227.777.146

Inclusiones	.- Honorarios médicos inherentes al procedimiento (Cirujano, anestesiólogo, ayudante, oncología, patología) .- Junta quirúrgica .- Valoración pre anestésica (1) .- Derechos de sala de CIRUGIA .- Derecho de equipos (Sistema de normotermia ALLON - Extracción de gases ATMO SAFE, Performer HT) .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 21 días: en UCI 7 días, piso 14 días (después de realizado el procedimiento) .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora GIA 60mm (1), Recarga GIA 60 (3), Pistola circular (1), Grapadora Articulable Contour (1) .- KIT HANG & GO P.HIPEC R9900067 .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Incluye medicamentos para quimioterapia: Oxaliplatino amp 100 mg (9 ampollas) y de 50 mg (1 ampolla), 5 Fluoracilo amp 500 mg (2 ampollas), Leucovorin amp 50 mg (1 ampolla), cisplatino amp 50 mg (4 ampollas), Mitomicina C amp 20 mg (3 ampollas), Doxirrubicina amp 10 mg (10 ampollas) .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudios de coloración básica en espécimen de reconocimiento (5) .- Estudio de coloración inmunohistoquimica (2) .- Estudio por congelación (2) .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Terapia física hasta 42 terapias .- Terapia respiratoria hasta 42 terapias
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Examenes Prequirurgicos .-Ayudas diagnósticas - Examenes de Medicina Nuclear, PET SCAN .- Exámenes diagnósticos postquirúrgicos realizados posterior a la estancia hospitalaria incluida en el paquete .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- complicaciones .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- Manejo nutricional enteral o parenteral durante la hospitalización
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
Observación: Este paquete Se incluye para pacientes con compromiso tumoral peritoneal primario o secundario de las siguientes enfermedades: .- Pseudomixoma peritoneal .- Carcinoma de ovario .- Mesotelioma .- Carcinoma de colon .- Carcinoma de estomago .- Carcinoma de pancreas .- Carcinomas de serosas .- Sarcomas .- y Tumores que tengan diseminación peritoneal	

Paquetes de Cirugía General

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor

389104-01.	IMPLANTACION DE CATETER PARA QUIMIO YOADMINISTR DE MCTO CON RESERVORIO	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de equipo (intensificador de imagen) .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Sistema implantable celsite o Puerto implantable Powerport 8FR .- Valoración prequirúrgica (1) y Valoración preanestésica (1) .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos pre y postquirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Cambio de infusor .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.614.984
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
471110.	APENDICECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala recuperación .- Instrumentación .- Derecho de Equipo de laparoscopio .- Estudio de coloración básica (1) .- Insumos y medicamentos básicos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Atención de urgencias .- Ayudas Diagnósticas (Pre y Post) Quirúrgicas .- Hospitalización .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.219.057
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
486202.	RESECCION ANTERIOR DE RECTO VIA LAPAROSCOPICA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 44.271.986
Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo, Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 5 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Reserva de 4 unidades de glóbulos rojos .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Suturas mecánicas: Grapadora Endo GIA 60 mm (1), Recarga Endo GIA 60 (3), Pistola circular (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización .- Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (4) .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica .- Manejo del dolor postoperatorio por 2 días .- Valoración preanestésica (1) .- Equipo de Laparoscopia			

Exclusiones	.- Banco de sangre .- Hospitalización en UCI y/o UCIN .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Interconsultas con otras especialidades .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
512104.	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de Sala .- Derechos de Recuperación .- Derechos de Equipo Laparoscopio .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Estudio de Coloración Basica 898201 o 898101 (1) .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Valoración prequirúrgica (1) y preanestésica (1) .- Clip (1) .- Hemostatico (1)	.- Trocar desechable y/o Kit Trocar .- Pinza desechable Ligasure .- Patologías adicionales a las descritas en las inclusiones .- Equipo adicionales a los descritos en las inclusiones .- Medio de Contraste .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y post quirúrgicos .- Interconsultas .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Colecistitis más Peritonitis, Colecistitis o colelitiasis asociada a tumores de vesícula o vía biliar, Hernia encarcelada o estrangulada .- Las Hernias no Incluyen la Malla (insumo) .- Complicaciones .- Tijera Focus .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.440.528
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
525204.	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, Ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Derechos de instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica hasta el día 3 en piso .- Pinza Ligasure (1) .- Suturas mecánicas hasta 2 recargas .- Insumos especiales .- Derecho de equipo de laparoscopio .- Biopsia simple (1) .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- No incluye plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- Consulta preanestésica y prequirúrgica .- Exámenes prequirúrgicos .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 24.331.593
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

530001.	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de Sala .- Derechos de Recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica (1) y preanestésica (1)	.- Derechos de Equipo .- Anatomía Patológica .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y post quirúrgicos .- Interconsultas .- Pacientes de atención de urgencia .- Colecistitis más Peritonitis, Colecistitis o colelitiasis asociada a tumores de vesícula o vía biliar, Hernia encarcelada o estrangulada .- Las Hernias no Incluyen la Malla (insumo) .- Complicaciones .- Tijera Focus .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.197.731
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
530002.	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, Ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Derechos de instrumentación .- Insumos especiales .- Fijador .- Derecho de equipo de laparoscopio .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Malla .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estancia hospitalaria .- Estudios histopatológicos .- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- Valoración preanestésica y prequirúrgica .- Exámenes diagnósticos .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.609.641
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se incluye para: Hernia transabdominal por laparoscopia TAPP ó Hernia Inguinal preperitoneal por laparoscopia TEPP unilateral.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
534001.	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de Sala .- Derechos de Recuperación .- Derechos de Equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Anatomía Patológica (1) .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Valoración prequirúrgica (1) y preanestésica (1)	.- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y post quirúrgicos .- Interconsultas .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Colecistitis más Peritonitis, Colecistitis o colelitiasis asociada a tumores de vesícula o vía biliar, Hernia encarcelada o estrangulada .- Las Hernias no Incluyen la Malla (insumo) .- Complicaciones .- Tijera Focus .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.676.878

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
537002.	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA TORACOSCOPICA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Derecho de equipo (toracoscopio operatorio 2 horas) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica en UCI 1 día (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 3 días en piso .- Terapia respiratoria (hasta 18 terapias durante la hospitalización incluida en el paquete) .- 4 Rx de tórax postquirúrgico .- Valoración preanestésica (1)	.- Hospitalización después del quinto día .- Exámenes prequirúrgicos .- Complicaciones .- Banco de sangre .- Malla .- Estudio patológico .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 23.305.782
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
542101-01.	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA POR CIRUGIA GENERAL	.- Honorarios médicos (cirujano, Ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Derecho de instrumentación .- Derecho de equipo de laparoscopio .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- No incluye plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- No incluye estancia Hospitalaria .- No incluye estudios anatomopatológicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.441.461
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
542403-01.	BIOPSIA RETROPERITONEAL POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, Ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Patología (1) .- Derecho de equipo de laparoscopio .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- No incluye plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- No incluye estancia Hospitalaria .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.263.410
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

549007.	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Catéter peritoneal (1) .- Derecho de equipo (laparoscopio) .- Valoración prequirúrgica (1) .- Valoración preanestésica (1) .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Atención inicial de urgencias .- Complicaciones .- Hospitalización en cualquier estancia .- Banco de sangre .- Exámenes prequirúrgicos .- Exámenes de apoyo diagnóstico .- Estudios de patología especializadas .- Demás servicios que no estén especificados en los incluye .- Ligasure .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.802.149
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Cirugía Maxilofacial				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
168301-01.	PROTESIS PALPEBRAL EN SILICONA NO INCLUYE PROTESIS OCULAR	.- Honorario médico (cirujano) .- Derechos clínicos	.- Hospitalización .- Valoración preanestésica .- Material de osteosíntesis .- Banco de sangre: Procesamiento y aplicación de 2 unidades de glóbulos rojos .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente. .- Estudio patológico, ni coloración inmunohistoquimica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 10.687.880
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
764101-01.	RECONSTRUCCION MAXILAR O MANDIBULAR	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de equipo .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Incluyen los medicamentos en sala relacionados con la anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán al consumo.	.- Valoración preanestésica .- Anclaje y/o Minianclaje .- Material de Osteosíntesis .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes prequirúrgicos .- Valoración prequirúrgica .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 18.909.323
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

766201-01.	CIRUGIA ORTOGNATICA BIMAXILAR	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.-Hospitalización .- Valoración preanestésica .- Material de osteosíntesis .- Banco de sangre: Procesamiento y aplicación de 2 unidades de Glóbulos rojos .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Estudio patológico, ni Coloración inmunohistoquimica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 21.411.803
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
766201-02.	CIRUGIA ORTOGNATICA MANDIBULAR BILATERAL	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Valoración preanestésica .- Material de osteosíntesis .- Kit de cerclaje .- Banco de sangre: Procesamiento y aplicación de 2 unidades de Glóbulos rojos .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Estudio patológico, ni Coloración inmunohistoquimica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 9.927.290
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
766301-01.	DISTRACCION OSTEOGENICA DE LOS MAXILARES	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Valoración preanestésica .- Material de osteosíntesis .- Banco de sangre: Procesamiento y aplicación de 2 unidades de Glóbulos rojos .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Material de osteosíntesis .- Estudio patológico, ni Coloración inmunohistoquimica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 10.900.554
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Para alteraciones oseas de los maxilares en niños.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

766403-01.	OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Valoración preanestésica .- Material de osteosíntesis .- Banco de sangre: Procesamiento y aplicación de 2 unidades de Glóbulos rojos .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Material de osteosíntesis adicional al mencionado en las inclusiones .- Estudio patológico, ni Coloración inmunohistoquimica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 7.688.783
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
766601-01.	CIRUGIA ORTOGNATICA MAXILAR	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Valoración preanestésica .- Material de osteosíntesis .- Banco de sangre: Procesamiento y aplicación de 2 unidades de Glóbulos rojos .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Estudio patológico, ni Coloración inmunohistoquimica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.236.387
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
766602-01.	CIRUGIA MAXILOFACIAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Incluyen los medicamentos en sala relacionados con la anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán al consumo.	.- Valoración preanestésica .- Valoración prequirúrgica .- Anclaje y/o Minianclaje .- Injerto .- Material de osteosíntesis .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes prequirurgicos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.812.027
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

767602-01.	CIRUGIA MAXILOFACIAL DE BAJA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Incluyen los medicamentos en sala relacionados con la anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán al consumo.	.- Valoración preanestésica .- Valoración prequirúrgica .- Anclaje y/o Minianclaje .- Injerto .- Material de Osteosíntesis .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes prequirúrgicos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 6.412.726
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
767908.	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de equipo .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Incluyen los medicamentos en sala relacionados con la anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán al consumo.	.- Valoración pre anestésica .- Anclaje y/o Minianclaje .- Material de Osteosíntesis .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes prequirurgicos .- Valoración prequirúrgica .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 18.909.323
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
768200-01.	PROTESIS FACIAL COMPLETA	.- Honorario médico (cirujano) .- Derechos clínicos	.- Hospitalización .- Valoración preanestésica .- Material de osteosíntesis .- Banco de sangre: Procesamiento y aplicación de 2 unidades de glóbulos rojos .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente. .- Estudio patológico, ni coloración inmunohistoquimica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 60.016.546
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
768200-02.	PROTESIS HEMIFACIAL NO INCLUYE PROTESISNASAL Y OCULAR	.- Honorario médico (cirujano) .- Derechos clínicos	.- Hospitalización .- Valoración preanestésica .- Material de osteosíntesis .- Banco de sangre: Procesamiento y aplicación de 2 unidades de glóbulos rojos .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente. .- Estudio patológico, ni coloración inmunohistoquimica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 30.748.203

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.

Paquetes de Cirugía Pediatrica				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
428701-01.	CIRUGIA GASTRO PEDIATRICA DE ALTA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) Valoración preanestésica .- (1) Valoración prequirúrgica .- (1) Patología en caso necesario .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes	.- Hospitalización .- Insumos especiales como: catéter Lumen, Trac abdominal, canister, ligasure .- Exámenes de apoyo diagnóstico .- Exámenes prequirúrgicos .- Estudios de patologías especializadas .- Uso de laparoscopio .- Demás servicios que no estén especificados en los incluye .- Derecho de Equipo Laparoscopio-Toracoscopio, (insumos, accesorios o implementos) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 9.109.746
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Nota: a partir del tercer procedimiento este se debe facturar por evento.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
456400-01.	CIRUGIA PEDIATRICA MEDIANA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) Valoración prequirúrgica .- (1) Valoración preanestésica .- (1) Patología .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes	.- Atención inicial de urgencias .- Complicaciones .- Hospitalización en cualquier estancia .- Insumos especiales como: Catéter Lumen, Trac Abdominal, Canister, Ligasure, Malla .- Banco de sangre .- Exámenes prequirúrgicos .- Exámenes de apoyo diagnóstico .- Estudios de patologías especializadas .- Uso de laparoscopio .- Demás servicios que no estén especificados en los incluye .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 6.073.166
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Nota: a partir del tercer procedimiento este se debe facturar por evento.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

468014-01.	CORRECCION DE MALROTACION INTESTINAL POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) Valoración prequirúrgica .- (1) Valoración preanestésica .- (1) Patología en caso de ser necesario .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes .- Uso del laparoscopio	.- Hospitalización en cualquier estancia .- Insumos especiales como: Catéter Lumen, Trac Abdominal, Canister, Ligasure .- Exámenes prequirúrgicos .- Exámenes de apoyo diagnóstico .- Estudios de patologías especializadas .- Demás servicios que no estén especificados en los incluye .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 9.898.208
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
535204-01.	CIRUGIA PEDIATRICA DE BAJA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (Cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de sala de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) Valoración prequirúrgica .- (1) Valoración preanestésica .- (1) Patología .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes	.- Atención inicial de urgencias .- Complicaciones .- Hospitalización en cualquier estancia .- Insumos especiales como: Catéter Lumen, Trac Abdominal, Canister, Ligasure, Malla .- Banco de sangre .- Exámenes prequirúrgicos .- Exámenes de apoyo diagnóstico .- Estudios de patologías especializadas .- Uso del laparoscopio .- Demás servicios que no estén especificados en los incluye .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.036.581
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Nota: a partir del tercer procedimiento este se debe facturar por evento.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
555102-02.	CIRUGIA UROLOGICA PEDIATRICA DE ALTA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) Valoración preanestésica .- (1) Valoración prequirúrgica .- (1) Patología en caso necesario .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes	.- Hospitalización .- Insumos especiales como: Catéter Lumen, Trac Abdominal, canister, ligasure .- Exámenes de apoyo diagnóstico .- Exámenes prequirúrgicos .- Estudios de patologías especializadas .- Uso de laparoscopio .- Demás servicios que no estén especificados en los incluye .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 9.109.746
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Nota: a partir del tercer procedimiento este se debe facturar por evento.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

Paquetes de Cirugía Plástica				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
275405.	REPARACION EN LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA)	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) Patología en caso necesario .- (1) Control postquirúrgico dentro del primer mes	.- Hospitalización .- Insumos especiales como: injerto óseo, membrana .- Exámenes de apoyo diagnóstico .- Exámenes prequirúrgicos .- Estudios de patologías especializadas .- Demás servicios que no estén especificados en los incluye .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.370.670
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Aplica para cirugía unilateral, en caso de bilateralidad se cobrará de acuerdo a la normatividad definida. Los procedimientos son realizados por la especialidad de Cirugía plástica y en algunos casos por cx maxilofacial.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
276205.	CORRECCION DE FISURA PALATINA, CON COLGAJO VOMERIANO	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) Patología en caso necesario .- (1) Control postquirúrgico dentro del primer mes	.- Hospitalización .- Insumos especiales como: injerto óseo, membrana .- Exámenes de apoyo diagnóstico .- Exámenes prequirúrgicos .- Estudios de patologías especializadas .- Demás servicios que no estén especificados en los incluye .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.893.705
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Aplica para cirugía unilateral. Los procedimientos son realizados por la especialidad de Cirugía plástica y en algunos casos por cx maxilofacial.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
853002.	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] BILATERAL	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de Cirugía .- Derecho de sala de recuperación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Estudio patológico .- Hospitalización .- Prótesis mamaria .- Valoración prequirúrgica .- Valoración preanestésica .- Complicaciones .- Banco de Sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación Neuromuscular. Ej Sugamadex	$ 10.687.880
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

853103.	MAMOPLASTIA DE REDUCCION UNILATERAL	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de Cirugía .- Derecho de sala de recuperación .- Estudio de coloración básica (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Prótesis mamaria .- Valoración prequirúrgica .- Valoración preanestesica .- Complicaciones .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación Neuromuscular. Ej Sugamadex	$ 6.412.726
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
853104.	MAMOPLASTIA DE REDUCCION BILATERAL	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de Cirugía .- Derecho de sala de recuperación .- Estudio de coloración básica (2) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Prótesis mamaria .- Valoración prequirúrgica .- Valoración preanestesica .- Complicaciones .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación Neuromuscular. Ej Sugamadex	$ 10.194.591
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
857101.	RECONSTRUCCION DE MAMA UNILATERAL CON DISPOSITIVO	.- Honorarios Médicos (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derechos de sala .- Instrumentación .- Derecho de sala de recuperación .- Derecho de equipo .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes	.- Anatomía patológica .- Malla ni prótesis .- Exámenes diagnósticos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.550.302
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
857102.	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON DISPOSITIVO	.- Honorarios Médicos (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Instrumentación .- Derecho de sala de recuperación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes	.- Estudio Patológico .- Malla ni prótesis .- Exámenes diagnósticos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- Hospitalización	$ 12.532.578
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

857201.	RECONSTRUCCION DE MAMA UNILATERAL CON COLGAJO	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Instrumentación .- Derecho de sala de recuperación .- Derecho de equipo .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes	.- Anatomía patológica .- Malla ni prótesis .- Exámenes diagnósticos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 10.276.806
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
867106-01.	COLGAJO LIBRE COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR POR MICROCIRUGIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derecho de sala de Cirugía .- Derecho de sala de Recuperación .- Derecho de equipo (Microscopio de Otorrino) EQ018 - uso total .- Insumos y medicamentos básicos en sala. "Cubre los siguientes medicamentos: Anestesia, analgesia y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad o consumo .- Valoración preanestésica	.- Atención de urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Insumos o Medicamentos especiales tales cómo Pegante biológico, entre otros .- Banco de Sangre .- Ayudas diagnósticas (Pre y Post) quirúrgicas .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 41.392.506
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se incluye para: - Lesiones en Extremidades y tronco. - Cirugía reconstructiva: oncológica, trauma, reconstrucción diferida de parálisis del nervio facial.				
868315.	PANICULECTOMIA DE ABDOMEN	.- Honorarios Médicos (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derechos de sala .- Derecho de sala de recuperación .- Dren (1) .- Hospitalización postquirúrgica 1 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes	.- Anatomía patológica .- Insumos especiales .- Malla .- Exámenes diagnósticos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Estancia adicional a la definida en el paquete .- Banco de sangre .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 14.034.773
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

868316.	PANICULECTOMIA DE MUSLOS, PELVIS, GLUTEOS O BRAZOS	.- Honorarios Médicos (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derechos de sala .- Derecho de sala de recuperación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes	.- Estudios patológicos .- Insumos especiales .- Malla .- Exámenes diagnósticos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Hospitalización .- Banco de sangre .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 11.471.901
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Cirugía de Raquimedular (Columna)				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
030208.	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOIA VIA ABIERTA	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de equipo .- Derecho de sala de recuperación .- Valoración prequirúrgica (1) .- Valoración preanestésica (1) .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en estancia hospitalaria .- Patología (1 estudio de coloración básica) .- Exámenes prequirúrgicos: hemograma, pruebas de coagulación y RH .- Hasta Dos Unidades de Hemostático	.- Banco de sangre .- Atención de urgencias (se cobra adicional al valor del paquete) .- Complicaciones .- Estancia adicional a los definidos en el paquete .- Injerto óseo .- Exámenes especiales .- Pegante Tisucol .- Equipo de monitoria intraoperatorio EQ060 .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 9.072.665
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

35110-01.	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL ALTA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala .- Derecho de recuperación .- Derechos de equipo intensificador .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica (1) .- valoración anestesiólogo (1) .- reserva de 3 unidades del banco de sangre .- Monitoria electromiografica transoperatoria .- (1) Tac de columna POP, (1) Rx POP (Columna dorsolumbar o columna lumbosacra) .- Monitoria Intraoperatoria .- Hasta dos unidades de Hemostático	.- Hospitalización en UCI, UCIN y Piso .- Equipo Leyend .- Insumos y exámenes durante la hospitalización .- Transfusión autologa o banco de sangre .- Pacientes con infecciones que requieran antibioticoterapia prolongada .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Material de osteosíntesis .- Injertos óseos .- Terapia de rehabilitación física .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 40.682.428
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Aplica para corrección de alteraciones en plano coronal (Escoliosis) o en plano sagital (Cifosis, Listesis).				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
776929-02.	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL ALTA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala .- Derecho de recuperación .- Derechos de equipo intensificador .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica (1) .- valoración anestesiólogo (1) .- reserva de 3 unidades del banco de sangre .- Monitoria electromiografica transoperatoria .- (1) Tac de columna POP, (1) Rx POP (Columna dorsolumbar o columna lumbosacra) .- Monitoria Intraoperatoria .- Hasta dos unidades de Hemostático	.- Hospitalización en UCI, UCIN y Piso .- Equipo Leyend .- Insumos y exámenes durante la hospitalización .- Transfusión autologa o banco de sangre .- Pacientes con infecciones que requieran antibioticoterapia prolongada .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Material de osteosíntesis .- Injertos óseos .- Terapia de rehabilitación física .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 40.682.428
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Se incluye para:Tumores complejos de columna				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

810209.	ARTRODESIS INTERSOMATICA CERVICAL DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de equipo .- Derecho de sala de recuperación .- Valoración prequirúrgica (1) .- Valoración preanestésica (1) .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en estancia hospitalaria .- Patología (1 estudio de coloración básica) .- Material de osteosíntesis (4 tornillo, 1 placa cervical) .- (2) reservas de glóbulos rojos (Incluye 1 anticuerpos irregulares, 2 pruebas de compatibilidad) .- Exámenes prequirúrgicos: Hemograma, PT y hemoclasificación .- Hasta Dos unidades de Hemostático	.- Aplicación y procesamiento de banco de sangre .- Atención de urgencias (se cobra adicional al valor del paquete) .- Complicaciones .- Estancia adicional a los definidos en el paquete .- Injerto óseo .- Exámenes especiales .- Equipo de monitoria intraoperatorio EQ060 .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 25.403.465
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
810910-01.	REFUSION DE COLUMNA CON INJERTO E INSTRUMENTACION ALTA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala .- Derecho de recuperación .- Derechos de equipo intensificador .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica (1) .- valoración anestesiólogo (1) .- reserva de 3 unidades del banco de sangre .- Monitoria electromiografica transoperatoria .- (1) Tac de columna POP, (1) Rx POP (Columna dorsolumbar o columna lumbosacra) .- Monitoria Intraoperatoria .- Hasta dos unidades de Hemostático	.- Hospitalización en UCI, UCIN y Piso .- Equipo Leyend .- Insumos y exámenes durante la hospitalización .- Transfusión autologa o banco de sangre .- Pacientes con infecciones que requieran antibioticoterapia prolongada .- Complicaciones .- Material de osteosíntesis .- Injertos óseos .- Terapia de rehabilitación física .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 40.682.428
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Se incluye para: Revisión Cirugías de Columna instrumentadas de 3 niveles o más, o doble abordaje, Infecciones en columna que requieran tratamiento con instrumentación				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

819002.	VERTEBROPLASTIA CON COLOCACION DE DISPOSITIVO INTRACORPORAL	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derecho de sala hasta 6 tiempos quirúrgicos .- Derecho de recuperación .- Derechos de equipo intensificador .- Instrumentación .-medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Monitoria electromiográfica transoperatoria .- Equipo Monitoria Intraoperatorio	.- Hospitalización en UCI, UCIN y Piso .- Insumos especiales .- Insumos y exámenes durante la hospitalización .- Valoración prequirúrgica .- Valoración anestesiólogo .- Vertebroplastic confidence ref 28391 .- Equipo Leyend .- Transfusión autologa o banco de sangre .- Pacientes con infecciones que requieran antibioticoterapia prologada .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Material de osteosíntesis .- Injertos óseos .- Terapia de rehabilitación física .- Banco de sangre .- Tac de columna, Rx DE Columna .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 27.354.159
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

Paquetes de Cirugía Urológica				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
039304.	IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION ESPINAL POR LAMINECTOMIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos en hospitalización .- Derechos de sala de cirugía .- Instrumentación .- Derechos de sala de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 7 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Controles postoperatorios hasta el tercer mes .- (4) Urodinamias postquirúrgicas hasta el tercer mes .- (2) Cistografías postquirúrgicas hasta el tercer mes .- Insumos especiales tales como: Neuroestimulador raíces sacras SARS Anterior	.- Complicaciones .- Exámenes prequirúrgicos, intraoperatorios ni durante la hospitalización .- Valoración preanestésica .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 167.619.387
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

039309.	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL VIA PERCUTANEA	.- Honorarios médicos Fase 1 y Fase 2 (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía Fase 1 y Fase 2 .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Insumos y medicamentos .- Derecho de equipo (Intensificador) .- Valoración preanestésica (1) .- Insumos Especiales: Fase 1: Kit Introductor de Electrodo (1), Electrodo de Cuatro Polos (1), Cable (2), Programador (1) Fase 2: Neuroestimulador Advance (1), Programador Paciente (1), Antena externa (1)	.- Complicaciones .- Exámenes pre y postquirúrgicos .- Banco de sangre .- Hospitalización .- Insumos y Medicamentos en hospitalización .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 170.048.652
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
En el caso de que el paciente no sea apto para la colocación del Neuromodulador definitivo, se factura solamente la primera fase por valor de $ 77.861.104				
405407.	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA LAPAROSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de Recuperación .- Derechos de equipo Laparoscopia .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos, se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia en Piso, UCIN o UCI .- Suturas mecánicas .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.433.160
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Cuando se realice en el mismo acto otro procedimiento, estos paquetes se liquidarán al 100% cada uno.				
550120-01.	CIRUGIA UROLOGICA DE BAJA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Derecho de equipo de laparoscopio .- Estudio patológico (1) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Hospitalización .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- Insumos especiales .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 6.882.921
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

554111.	HEMINEFRECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Derecho de equipo de laparoscopio .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Clip Endo Polímero No.12 .- Estudio patológico (1) .- Insumos y medicamentos durante la hospitalización	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia adicional a la defina en la inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 16.802.426
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
555102-01.	CIRUGIA UROLOGICA AVANZADA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Derecho de equipo de laparoscopio .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Clip Endo Polímero No.12 .- Estudio patológico (1) .- Insumos y medicamentos durante la hospitalización	**.- Parche pericar Bovi** .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia adicional a la defina en la inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 16.802.426
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
555721.	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo (laparoscopio) .- Instrumentación .- Patología .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Lligasure (1), trocar, Endoclinch, clip de polímero #12	.- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Hospitalización en UCI .- Pacientes de atención de urgencias .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Terapia respiratoria .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 12.614.276
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

563102-01.	URETERORENOSCOPIA FLEXIBLE DIAGNOSTICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Instrumentación .- Derecho de sala de recuperación .- Insumos y medicamentos durante el procedimiento y la estancia .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Derecho de equipo (ureterorenofibrovideoscopio flexible, intensificador de imagen, cistoscopio, ureteroscopio) .- Catéter doble J .- Valoración preanestésica (1)	.- Complicaciones .- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Exámenes prequirúrgicos, ni intraoperatorios .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 15.790.231
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
592002.	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA PERCUTANEA	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Valoración prequirúrgica (1) .- Valoración preanestésica (1) .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante)	.- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos ni durante la hospitalización en caso de ser necesario .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Catéter JJ .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 9.507.311
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
592007-01.	RESECCION DE TUMOR URETERAL O PIELICO CON URETERORENOSCOPIO FLEXIBLE Y LASER	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Instrumentación .- Derechos de sala de recuperación .- Insumos y medicamentos durante el procedimiento y la estancia .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Derecho de equipo (ureterorenofibrovideoscopio flexible, laser holmium, intensificador de imagen, cistoscopio, ureterocopio) .- Fibra laser .- Catéter doble J .- Valoración preanestésica (1)	.- Complicaciones .- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Exámenes prequirúrgicos ni intraoperatorios .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 17.207.305
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

592102-01.	CIRUGIA UROLOGICA POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Derecho de equipo de laparoscopio .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Clip endo polímero N.12 .- Estudio patológico (1) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos en hospitalización	**.- Cateter Doble J** .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 11.134.139
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
592401-01.	URETERORENOSCOPIA FLEXIBLE CON LITOFRAGMENTACION CON LASER HOLMIUM	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Instrumentación .- Derechos de sala de recuperación .- Insumos y medicamentos durante el procedimiento y la estancia .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Derecho de equipo (ureterorenofibrovideoscopio flexible, laser holmium, intensificador de imagen, cistoscopio, ureteroscopio) .- Fibra laser .- Catéter doble J .- Valoración preanestésica (1)	.- Complicaciones .- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Exámenes prequirúrgicos ni intraoperaotorios .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Canastilla extracción Cálculos .- Camisa Flexor .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 17.814.621
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
595101.	SUSPENSION URETRO VESICAL RETROPUBICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Patología quirúrgica .- Valoración prequirúrgica (1) y preanestésica (1)	.- Hospitalización en caso necesario .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticas preoperatorios o durante hospitalización en caso necesario .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea .- Paciente de alto riesgo anestésico .- Analgesia postquirúrgica .- TVT-o cinta este prolene .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.723.062
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

605111.	PROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de equipo de Laparoscopio .- Derechos de Recuperación .- Estudio Patológico (1) .- Instrumentación .- Valoración preanestésica (1) y prequirúrgica (1) .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos, se cobrarán por actividad .- Insumos especiales tales como: Trocar, Endoclinch, 2 recargas GIA 80	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 14.270.801
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
631002.	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Derecho de equipo de laparoscopio .- Estudio patológico (1) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Hospitalización .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- Insumos especiales .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 6.882.921
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Cirugía Urológica con Laser

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
571104-01.	CISTOLITOTOMIA CON LASER	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía 2 horas .- Derechos de sala de recuperación 2 horas .- Instrumentación 2 horas .- Fibra Laser .- Derecho de Equipo: EQ134 Cistoscopio Uso total, EQ074 Laser Holmium Uso total .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos en hospitalización	.- Valoración preanestésica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.869.665
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

574201-01.	RTU DE TUMOR VESICAL CON LASER	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía 1 hora 30 min .- Derechos de sala de recuperación 1 hora 30min .- Instrumentación 2 horas .- Fibra Laser (Insumo no reutilizable) .- Derecho de Equipo: EQ134 Cistoscopio Uso total, EQ074 Laser Holmium Uso total .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos en hospitalización	.- Valoración preanestésica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.007.990
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
592103.	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPOEXTRAÑO EN URETER VIA ENDOSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía 1 hora .- Derechos de Sala de recuperación 2 horas .- Instrumentación 1 hora .- Fibra Laser (Insumo no reutilizable) .- Derecho de Equipo: EQ134 Cistoscopio Uso total, EQ053 Ureteroscopio Uso total, EQ074 Laser Holmium Uso total .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos en hospitalización	.- Camisa flexor .- Canastilla .- Guia Hidro .- Valoración preanestésica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 9.548.984
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
602005.	ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA	.- Honorarios médicos (cirujano y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía 2 1/2 horas .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Derecho de Equipo : EQ134 Cistoscopio Uso total, EQ061 Morcelador Uso total, EQ074 Laser Holmium Uso total .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos en hospitalización	.- Valoración preanestésica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea en caso de ser necesario .- Complicaciones .- Fibra moxy green ligth .- No incluye insumos VAC .- Fibra Laser .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 12.034.195
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Cirugía Vascular				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**

380801-01.	TROMBOEMBOLECTOMIA EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Instrumentación .- Recuperación .- Valoración preanestésica (1) .- Catéter fogarty Embolect (2)	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Prótesis PTFE .- Banco de sangre .- Pacientes en atención de urgencias .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.270.889
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
388903-01.	SAFENOVARICECTOMIA	.- Derechos de sala .- Materiales y medicamentos sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Instrumentación .- Recuperación .- Valoración preanestésica (1) .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante)	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Pacientes en atención de urgencias .- Exámenes diagnósticos pre y postquirúrgicos .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.279.118
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
391703-01.	CIRUGIA SHUNT DE REX	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de equipo Maisonix .- Derechos de recuperación .- Hospitalización postquirúrgica 7 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 5 días en piso .- Ecografía intraoperatoria .- Pinza desechable Ligasure (1) .- Estudio patológico (1) .- Albumina humana hasta 10 unidades .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos durante la hospitalización	.- Exámenes prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencias .- Coloración de inmunohistoquimica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 54.266.775
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se incluye para pacientes pediátricos con hipertensión portal con obstrucción de la porta, sin hígado cirrotico.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

392803.	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-POPLITEO	.- Derechos de sala .- materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Instrumentación .- Recuperación .- Valoración preanestésica .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante)	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Injerto anillado PTFE .- Banco de sangre .- Pacientes en atención de urgencias .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 7.044.041
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
517301.	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Instrumentación .- Banco de sangre hasta 2 unidades de glóbulos rojos .- Valoración preanestésica (1) .- Anatomía patológica (1)	.- Insumos especiales .- Hospitalización .- Exámenes pre y postquirúrgicos .- Banco de sangre después de 2 unidades .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 12.873.595
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Aplica también para la especialidad de transplante.				

Paquetes de Consulta Externa

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
187107-01.	ELABORACION Y ADAPTACION DE PROTESIS DE OREJA	.- Honorario Especialista .- Consulta de medición .- Insumos	.- Aditamentos para rehabilitación facial .- Gastos de laboratorio .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 32.394.136
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
218304-01.	ELABORACION Y ADAPTACION PROTESIS DE NARIZ	.- Honorario Especialista .- Consulta de medición .- Insumos	.- Prótesis ocular .- Aditamentos para rehabilitación facial .- Gastos de laboratorio .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 22.819.867
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

864301-01.	CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS POR CORTE SOD + AREA ESPECIAL POR CONGELACION MAS RECONSTRUCCION	.- Honorarios médicos (cirujano plástico, anestesiólogo y dermatopatologo) .- Derechos de sala .- Patologías: Estudio de coloración básica en espécimen (898241) y Estudio por congelación (898801) .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Infiltración para sedación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración preanestésica	.- Hospitalización .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Insumos especiales .- Estudios patológicos adicionales a los descritos en las inclusiones .- Valoración prequirúrgica .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 6.812.848
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Área especial comprende Cuero cabelludo, cuello, manos, pies, pliegues de flexión, genitales.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
864301-02.	CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS POR CORTE SOD + AREA GENERAL POR CONGELACION MAS RECONSTRUCCION	.- Honorarios médicos (Cirujano plástico y Anestesia) .- Derechos de sala .- Instrumentación .- Derecho de sala de recuperación .- Patologías: Estudio de coloración básica en espécimen (898241) y Estudio por congelación (898801) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Infiltración para sedación .- Valoración preanestésica	.- Hospitalización .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Insumos especiales .- Estudios patológicos adicionales a los descritos en las inclusiones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.503.749
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Comprende áreas diferentes a Cabeza y cuello.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
864301-03.	CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS POR CORTE SOD + AREA ESPECIAL POR CONGELACION SIN RECONSTRUCCION	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesia y Dermatopatologo) .- Derecho de sala .- Patologías: Estudio de coloración básica en espécimen (898241) y Estudio por congelación (898801) .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Infiltración para sedación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración preanestésica	.- Hospitalización .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Insumos especiales .- Estudios patológicos adicionales a los descritos en las inclusiones .- Reconstrucción .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.866.318
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Área especial comprende cabeza y cuello.				

864301-04.	CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS POR CORTE	.- Honorarios médicos (Cirujano y Dermatopatologo) .- Derechos de sala de pequeña cirugía .- Insumos .- Patologías: Estudio de coloración básica en espécimen (898241) y Estudio por congelación (898801) .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Infiltración para sedación	.- Hospitalización .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Estudios patológicos adicionales a los descritos en las inclusiones .- Valoración prequirúrgica o preanestésica .- Interconsulta por otro especialista .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Insumos especiales .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.219.057
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Área especial comprende Cabeza y cuello				
890215-03.	MANEJO MULTIDISCLIPINARIO DE LA MIELODISPLASIA	.- Valoración médica por Pediatría (1) .- Valoración médica por Ortopedia (1) .- Valoración médica por Fisiatría (1) .- Valoración médica por Urología (1) .- Valoración médica por Neurocirugía (1) .- Valoración médica por Neurología (1) .- Valoración médica por Nefrología (1) .- Valoración por Nutrición (1) .- Valoración por Psicología (1) .- Enfermera clínica .- Actividades de Educación	.- Valoraciones médicas por otros especialistas .- Terapias físicas .- Terapia ocupacional .- Terapia de fonoaudiología .- Hospitalización .- Banco de sangre .- Exámenes diagnósticos .- Insumos o Medicamentos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.167.917
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este programa Se incluye para pacientes con diagnóstico de Mielodisplasia o Espina Bifida. La atención por el equipo multidisciplinario proporcionará la evaluación y atención integral, así como el seguimiento oportuno de los pacientes, garantizando mantener un optimo estado de salud el grupo médico solicitará este paquete máximo 3 veces al año.				
890215-04.	MANEJO TRIMESTRAL MULTIDISCLIPINARIO DE LA FIBROSIS QUISTICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS	.- Valoración médica por Neumología Pediátrica 890272 (1) .- Valoración médica por Gastroenterología Pediátrica 890247 (1) .- Valoración por Nutricionista 890206 (1) .- SaO2 Pulsoximetría .- Cultivo de secreciones respiratorias 901217 (1) .- Terapia de Rehabilitación Pulmonar 933500 (1) .- Espirometría 893805 (1) .- Visita domiciliaria por trabajo social 890102-001 (1) .- Terapia Respiratoria 939403-001 (1) .- Baciloscopia coloración acido alcohol 901101 (1)	.- Atención de urgencias .- Valoraciones médicas por otras especialidades .- Terapia física .- Terapia ocupacional .- Terapia de fonoaudiología .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Insumos y Medicamentos	$ 1.362.569
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
890328-01.	CLINICA ANTICOAGULACION	.- Honorario médico (Falla Cardíaca) (1) .- Insumo para Coaguchek (2) .- Tiempo de protrombina [PT] (1)	.- Atención de urgencias .- Hospitalización .- Consultas con otras especialidades .- Medicamentos .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 108.115
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

890345-01.	CLINICA DE GENERO	.- Valoración por endocrinología pediátrica (2) .- Valoración individual por psiquiatría (3) .- Psicoterapia Individual Psicología (3) .- Psicoterapia Familiar Psicología (1) .-Valoración por Especialista en Medicina Familiar (**3**) .- Junta médica (4 Especialistas) .- Exámenes de laboratorio (**LH**, TSH, FSH, DHEAS, T4 Libre, Colesterol total, Triglicéridos, Glicemia pre, Hemoglobina glicosilada, creatinina, hemograma, Fosfatasa alcalina .- Carpograma (1)	.- Hospitalización .- Insumos especiales diferencies a los detallados en las inclusiones .- Banco de sangre .- Valoración preanestésica .- No incluye insumos VAC .- No incluye manejo antibiótico .- No incluye complicaciones .- No incluye atención de urgencias .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.887.383
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
a. Criterios de ingreso de pacientes Pacientes pediátricos y adolescentes menores de edad no conformes con su género. **b. Criterios de egreso de pacientes** Pacientes que se encuentren conformes con su identidad de género. Pacientes a partir de los 18 años. **c. Proceso para inicio del tratamiento** Remisión de su aseguradora. Consulta espontanea. Remisión especialidad médica que considere valoración por el grupo multidisciplinario de la clínica de disforia de género. **d. Proceso de terminación del tratamiento y/o seguimiento** Finalización del proceso con la Clínica de género en paciente pediátrico y adolescente, continua con programa de adultos (Medicina Interna, Endocrinología adultos, Psiquiatría adultos).				
893911.	MONITORIZACION CONTINUA DE GLUCOSA	.- Colocación del sensor por enfermera .- Interpretación del Monitoreo por Endocrinólogo .- Asesoría Telefónica durante el monitoreo .- Equipo Guardián Rela Time .- Sensor	.- Consulta con Endocrinólogo u otros especialistas, en el caso de requerirse facturar por evento	$ 1.621.246
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
953401.	ADAPTACION DE PROTESIS OCULAR	.- Honorario Especialista .- Consulta de medición .- Insumos	.- Prótesis ocular .- Aditamentos para rehabilitación facial .- Gastos de laboratorio .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.363.030
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
965201-01.	LIMPIEZA DE OIDO BAJO MICROSCOPIO	.- Honorario Especialista .- Derecho de equipo (Microscopio) .- Insumos	.- Consulta con especialista .- Complicaciones	$ 281.017
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

990113-01.	CUIDADO PALIATIVO	.- Manejo integral del equipo de cuidado paliativo .- Consulta médica familiar presencial .- Asesoría telefónica permanente .- Consulta de psicooncología presencial .- Soporte al paciente, la familia y grupal en reuniones semanales .- Reuniones mensuales psicoeducativas de apoyo a los pacientes y sus familias que Incluyen manejo del duelo, valoración y apoyo por enfermería .- Atencion por trabajo social, evaluación y seguimiento .- Junta de cuidado paliativo Ver detalle actividades del programa de acuerdo con el Anexo de cuidado paliativo	.- Hospitalización .- Medicamentos .- Insumos .- Interconsulta con otros especialistas	$ 331.152
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
998304.	FOTOQUIMIOTERAPIA	.- Honorario médico .- Metil aminolevulinato 160 mg/1g crema 2g .- Lámpara de luz roja .- Accesorios de protección (gafas, mascara y cobertor)	.- Hospitalización en cualquier estancia .- Exámenes diagnósticos .- Valoración por dermatología	$ 1.562.075
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Contacto Canguro

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
890215-01.	CONTACTO CANGURO ETAPA I	.- 8 consultas de pediatría hasta llegar a las 40 semanas de edad corregida o el peso indicado .- 1 Ecografía cerebral durante la etapa .- 1 Valoración por Oftalmología Pediátrica .- 2 Consultas por psicología .- 1 TSH .- 1 Hemograma .- medicamentos (1 Sulfato de Hierro y 1 Multivitamínicos) .- Vacunación PAI	.- Consultas Adicionales a las mencionadas en las inclusiones y otros exámenes no descritos .- Terapia física, ocupacional, fonoaudiología .- Alimentación .- Hospitalización .- Medicamentos adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Vacunas adicionales o diferentes a las mencionadas .- Transporte .- Tamizaje auditivo durante la etapa	$ 2.016.724
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
890215-02.	CONTACTO CANGURO ETAPA II	.- Máximo 6 consultas de pediatría hasta llegar a los 12 meses de edad corregida (Incluye prueba Infanib) .- 2 Valoraciones por psicología para aplicación de escala neuropsicológica .- Vacunación PAI .- Seguimiento por enfermería **.- 1 Tamizaje auditivo durante la etapa**	.- Consultas Adicionales a las mencionadas en las inclusiones y otros exámenes no descritos .- Terapia física, ocupacional, fonoaudiología .- Alimentación .- Hospitalización .- Medicamentos adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Vacunas adicionales o diferentes a las mencionadas .- Transporte	$ 1.426.731
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Electrofisiología

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
372301.	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	.- Honorarios Electrofisiólogo .- Derechos de Sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Catéter diagnostico (1), Introductor (2), Medio de contraste 50 ml (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes diagnósticos .- Complicaciones .- Banco de Sangre .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- Aguja de punción transeptal, introductor transeptal .- Catéter Ablación .- Atención inicial de urgencias	$ 6.617.194
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación**:** Cuando se realice en el mismo acto, estudio electrofisiologico cardiaco combinado derecho e izquierdo del corazon via percutanea (endovascular) 372301. con ablacion de lesion o tejido cardiaco focal percutanea (endovascular) 373406., estos paquetes se liquidaran al 100% cada uno.				
372802.	MAPEO ELECTROANATOMICO TRIDIMENSIONAL	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala de hemodinamia .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Insumos especiales: Parche de referencia (1), Pentaray (1), Smarttouch (1), Introductor (2), Cateter (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración preanestésica (1) .- Exámenes prequirúrgicos (Hemograma, Tiempo de Protombina PT, Tiempo de Tromboplastina, Creatinina en suero orina u otros	.- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- Hospitalización en piso, UCI o UCIN .- Medicamentos ambulatorios después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- Aguja de punción transeptal, introductor transeptal .- Ecocardiograma Transesofagico durante el procedimiento .- Catéter para Eco Intracardiaco .- Resonancia Nuclear magnética corazón morfología .- Ecocardiograma Transesofagico (Pre y Pos)	$ 41.494.110
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: El sistema Carto es un sistema de mapeo electro-anatómico que permite reconstruir de manera más confiable y menos de 1 mm de error: 1°. Mapas de voltaje, que permite encontrar áreas de infarto o de bajo voltaje que son los sitios por donde circulan las taquicardias ventriculares en corazones enfermos 2°. Mapas de progresión en donde el aparato muestra, después de hacer el mapeo, la evolución espacial de una arritmia, muestra el sitio dónde se puede originar o por dónde está circulando y 3°. Mapas anatómicos que permiten con fiabilidad saber en qué punto del corazón se está y dónde se puede realizar a ablación. Se incluye para ablaciones de arritmias más complejas como taquicardias ventriculares en corazones sanos o enfermos; en arritmias malignas; el sistema permite hacer ablaciones como la fibrilación auricular de manera segura evitando hacer daños en las venas pulmonares o en nervios especiales del corazón, también sirve para mapear arritmias difíciles como Flutter recidivante y taquicardias atriales.				
Observación: Cuando se realice en el mismo acto, insercion [implantacion] de cardioversor (desfibrilador) con resincronizador (cardioresincronizador) via percutanea (endovascular) 378606. con mapeo electroanatomico tridimensional 372802., estos paquetes se liquidaran al 100% cada uno.				

373406.	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	.- Honorarios Electrofisiólogo .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Catéter Ablación (1)	.- Hospitalización en UCI o UCIN .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Complicaciones .- Banco de Sangre .- Atención inicial de urgencias .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y/o pos quirurgicos .- Aguja de punción transeptal, introductor transeptal	$ 3.764.739
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación**:** Cuando se realice en el mismo acto, estudio electrofisiologico cardiaco combinado derecho e izquierdo del corazon via percutanea (endovascular) 372301. con ablacion de lesion o tejido cardiaco focal percutanea (endovascular) 373406., estos paquetes se liquidaran al 100% cada uno.				
373412.	AISLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala de hemodinamia .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Insumos especiales: Sonda para eco intracardiaco (1), Aguja de punción transeptal (1) .- Hospitalización en Unidad de cuidado intensivo posterior al procedimiento (1) .- Insumos en hospitalización	.- Retractor Esofágico .- Insumos especiales adicionales a los relacionados en las inclusiones .- Catéter Mobicath y/o Catéter Agilys .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- Hospitalización adicional a la descrita en las inclusiones. .- Medicamentos ambulatorios después del egreso del paciente .- Plasmaféresis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Introductor transeptal .- Ecocardiograma Transesofágico durante el procedimiento .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 16.475.603
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este procedimiento siempre se realiza en conjunto con el procedimiento MAPEO ELECTROANATOMICO TRIDIMENSIONAL y se deben facturar los dos paquetes al 100%.				
378401.	INSERCION [IMPLANTACION] DE RESINCRONIZADOR CARDIACO	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 47.573.137

Inclusiones	.- Honorarios Médicos (Cirujano y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de Hemodinamia .- Instrumentación .- Derecho de sala de recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en Hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos Especiales (Marcapaso Tricameral cant 1, Cable de Resincronización Cardiaca cant 1 o Electrodo Seno Coronario cant 1, Catéter Canulación seno Coronario cant 1, Guía Navegación cant 1, Electrodo Auricular cant 1, Electrodo Ventricular cant 1, Introductor cant 3) .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes .- Exámenes prequirúrgicos (Creatinina, PT, PTT) .- (1) Rx de tórax posterior al procedimiento (antes del egreso) .- Valoración preanestésica (1)			
Exclusiones	.- Pacientes de atención urgencia .- Banco de Sangre .- Complicaciones .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
378508.	REVISION DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala de hemodinamia .- Instrumentación .- Derecho de sala de recuperación .- Derechos de equipo (cineangio) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos especiales (1 Cable Resincronización cardiaca 4194-88, 1 Catéter canulación seno coronario 6227, 1 Guía navegación ref 4639, 1 Electro seno coronario, 1 Electrodo Auricular, 1 Catéter para venografia 6215, 1 Inductor p.electrod definitivo, 1 Guía finishing ref 6668) .- Incluye (1) control postquirúrgico dentro del primer mes .- Exámenes postquirúrgicos: 1 Rx de tórax y 1 EKG .- Valoración preanestésica (1)	.- Pacientes de atención de urgencia .- Banco de sangre .- Complicaciones .- ECO intracardiaco .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 30.365.831
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este procedimiento esta indicado en pacientes con desalojo o ruptura del electrodo de seno coronario Incluye el retiro del electrodo.				
378604.	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) BICAMERAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 67.817.023

Inclusiones	.- Honorarios Médicos (Cirujano y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de hemodinamia .- Instrumentación .- Derecho de sala de recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento), .- Insumos Especiales (Cardiodesfibrilador Bicameral d29drg cant 1, Introductor p. electrod definit 7fr 6207 cant 1, Introductor p. electr. marcapaso 9fr 6209 cant 1, Electrodo de Desfibrilación ref: 6947 cant 1, Electrodo Auricular Capsure sp bip r5554 cant 1) .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes .- Exámenes prequirúrgicos (Creatinina, PT, PTT) .- (1) Rx de tórax posterior al procedimiento (antes del egreso) .- Valoración preanestésica (1)		
Exclusiones	.- UCI ni UCIN .- Complicaciones .- Otros procedimientos quirúrgicos diferentes al planteado .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
378606.	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 97.170.658
Inclusiones	.- Honorarios Médicos (Cirujano y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de hemodinamia .- Instrumentación .- Derecho de sala de recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos Especiales (Resincr+cardiodesfib cant 1, Introductor p. electrod definit 7fr cant 1, Introductor p. electrod 9fr cant 1, Introductor p. electr. marcapaso 9fr cant 1, Guía de Navegación cant 1, Electrodo de Desfibrilación cant 1, Electrodo Auricular Capsure sp bip cant 1, Catéter Canulación seno Capsure Coronario cant 1, Cable de resincronización cardiaca cant 1 o Electrodo Seno Coronario cant 1, Cateter Guia cant 2) .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes .- Exámenes prequirúrgicos (Creatinina, PT, PTT) .- (1) Rx de tórax posterior al procedimiento (antes del egreso) .- Valoración preanestésica (1)		
Exclusiones	.- Pacientes en atención de urgencia .- Banco de Sangre .- Complicaciones .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
Observación: Cuando se realice en el mismo acto, insercion [implantacion] de cardioversor (desfibrilador) con resincronizador (cardioresincronizador) via percutanea (endovascular) 378606. con mapeo electroanatomico tridimensional 372802., estos paquetes se liquidaran al 100% cada uno.			
378607.	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR(DESFIBRILADOR) VIA SUBCUTANEA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 120.760.519

Inclusiones	.- Honorarios Médicos (Cirujano y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de hemodinamia .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Derecho de sala de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Exámenes prequirúrgicos (Creatinina, PT, PTT) .- Valoración preanestésica (1) .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- (1) control postquirúrgico dentro del primer mes .- (1) Rx de tórax posterior al procedimiento (antes del egreso) .- Insumos Especiales: (1) Cardiodesfibrilador subcutaneo s-icd emblem s-icd mri (Cardiodesfibrilador Subcutáneo), (1) 3401 - s-icd electrode 3401 sala (Electrodo Subcutáneo), (1) Tunelizador emblem s-icd electrode (Tunelizador SICD), (1) Introductor p.electr.marcapaso 9fr 6209.
Exclusiones	.- Pacientes en atención de urgencia .- Banco de Sangre .- Complicaciones .- Insumos especiales adicionales y/o diferentes a los mencionados en las inclusiones .- No incluye Cateterismo Cardiaco .- Banco de sangre .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	

Paquetes de Endoscopia

En caso de realizarse procedimiento diagnóstico y terapéutico e independientemente de la vía de acceso, los paquetes de la unidad de endoscopia serán facturados al 100%

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
306003.	ESTROBOSCOPIA LARINGEA	.- Honorario Especialista .- Equipo estroboscopio .- Insumos aproximados durante el procedimiento .- Derechos de recuperación	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Complicaciones .- Anatomía patológica (1) .- Anestesia durante el procedimiento .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 955.511
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación**:** ESTROBOSCOPIA LARINGEA no esta sujeto a desglose por considerarse una tarifa integral y no permite separarse por partes o prestaciones.				
322202.	REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR VIA ENDOSCOPICA	.- Honorario Neumólogo y Anestesiólogo .- Derecho de sala de endoscopia .- Derecho de equipo Endosonografo Bronquial .- Derecho de recuperación .- Materiales y medicamentos básicos utilizados durante el procedimiento .- Insumos especiales: Válvula Endobronquial Hasta 4 y Catéter Chartis hasta 1	.- Junta Médica .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Estancia hospitalaria .- Válvulas adicionales a la mencionadas en las inclusiones .- Banco de sangre .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 127.287.228

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Consiste en la implantación de válvulas unidireccionales en la vía aérea para el manejo de la hiperinflación en individuos con EPOC severo, fenotipo enfisema heterogéneo para producir una reducción de volumen pulmonar endoscópica.				
332101.	BRONCOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	.- Honorarios Neumólogo .- Derecho de sala de Endoscopia .- Derechos de recuperación .- Insumos Aproximados durante el procedimiento	.- Toma de la Biopsia Bronquial o transbronquial .- Estudio Anatomopatológico .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Complicaciones .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Equipo Criosonda .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.343.105
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
332201.	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONQUIAL	.- Honorarios Neumólogo .- Derecho de sala de Endoscopia .- Derechos de recuperación .- Insumos Aproximados durante el procedimiento	.- Toma de la Biopsia Bronquial o transbronquial .- Estudio Anatomopatológico .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Complicaciones .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Equipo Criosonda .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.343.105
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
332202-001	VALORACION INTEGRAL DE LA VIA AEREA	.- (1) Consulta con cirugía de cabeza y cuello .- Incluye la realización de cualquiera de los siguientes procedimientos: *Fibrobroncoscopia *Nasofibroscopia *Broncoscopia	.- Complicaciones .- Hospitalización .- Consulta de control .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.048.131
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se incluye para patologías que comprometan la vía aérea.				
332204.	BRONCOSCOPIA CON CEPILLADO	.- Honorarios Neumólogo .- Derecho de sala de Endoscopia .- Insumos Aproximados durante el procedimiento	.- Toma de la Biopsia Bronquial o transbronquial .- Estudio Anatomopatológico .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Complicaciones .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Equipo Criosonda .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.343.105
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

332206.	BRONCOSCOPIA CON PUNCION (ASPIRACION) TRANSTRAQUEAL	.- Honorario Neumólogo .- Derecho de sala de Endoscopia .- Derechos de recuperación .- Insumos Aproximados durante el procedimiento	.- Toma de la Biopsia Bronquial o transbronquial .- Estudio Anatomopatológico .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Complicaciones .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Equipo Criosonda .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.343.105
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
332210.	BRONCOSCOPIA CON TERMOPLASTIA BRONQUIAL	.- Honorario Neumólogo y anestesiólogo .- Derecho de sala de Endoscopia (2 Horas) .- Derecho de equipo Broncoscopio .- Derecho de recuperación .- Materiales y medicamentos básicos utilizados durante el procedimiento (Analgesia, Anestesia y antibiótico profiláctico durante el procedimiento) .- (1) Insumos especiales: Catéter Termoplástica Bronquial	.- Junta Médica .- Atención Inicial de Urgencias .- Complicaciones .- Hospitalización .- No incluye Cateterismo Cardiaco .- Banco de sangre .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 19.883.606
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: La Termoplastia Bronquial es una técnica de energía de radiofrecuencia térmica que se aplica en la pared de la vía aérea endobronquial por medio de un catéter expandible de 4 ramas que se introduce a través de un broncoscopio de diagnóstico convencional para reducir la contractibilidad y la cantidad del musculo liso que en los casos de asma severa tiene aumento y remodelación				
423306.	ABLACION DE LESION ESOFAGICA VIA ENDOSCOPICA	.- Honorario gastroenterólogo y anestesiólogo .- Derecho de sala endoscopia (2 Horas) .- Derecho de equipo .- Derecho de recuperación .- Materiales y medicamentos básicos utilizados durante el procedimiento .- Insumos especiales: Kit de ablación 90-Nacional	.- Junta Médica .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Estancia adicional a los definidos en el paquete .- Banco de sangre .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.800.616
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Esófago de Barrett´s es una enfermedad precursora del cancer de esófago. Tratamiento endoscópico para esófago de Barrett´s con displasia de alto y bajo grado confirmado, proctitis actiníca sangrante (refractaria al tratamiento con argón plasma), ectasia vascular antral (refractaria al argón), deben ser manejados con terapia endoscópica excepto aquellos que tengan una comorbilidad que limite su vida. Paciente con LGD confirmada sin comorbilidades que limiten su vida, la terapia endoscopia es considerada como la mejor modalidad de tratamiento en pacientes con factores de riesgo reconocidos para CA de esófago o protección de su Barrett´s				
423308.	RESECCION DE LESION MUCOSA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	.- Honorario gastroenterólogo y anestesiólogo .- Derecho de sala de endoscopia (2 Horas) .- Derecho de equipo .- Derecho de recuperación .- Materiales y medicamentos básicos utilizados durante el procedimiento .- Insumos especiales: Kit de ablación 360-Nacional	.- Junta Médica .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Hospitalización .- Banco de sangre .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 27.467.245
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Observación: Esófago de Barrett´s es una enfermedad precursora del cáncer de esófago. Tratamiento endoscópico para esófago de Barrett´s con displasia de alto y bajo grado confirmado, proctitis actínica sangrante (refractaria al tratamiento con argón plasma), ectasia vascular antral (refractaria al argón), deben ser manejados con terapia endoscópica excepto aquellos que tengan una comorbilidad que limite su vida. Paciente con LGD confirmada sin comorbilidades que limiten su vida, la terapia endoscopia es considerada como la mejor modalidad de tratamiento en pacientes con factores de riesgo reconocidos para CA de esófago o protección de su Barrett´s				
429209.	DILATACION ESOFAGICA CON DISPOSITIVO	.- Honorarios gastroenterólogo .- Derecho de Sala de Endoscopia .- Derechos de recuperación .- Insumos básicos de Endoscopia requeridos durante el procedimiento	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Balón de dilatación .- Valoración preanestésica .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.090.055
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

434201.	RESECCION DE LESION O TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO VIA ENDOSCOPICA	.- Honorarios médicos (Gastroenterólogo y Anestesiólogo) .- Derechos de Sala Endoscopia .- Derechos de recuperación .- Itknifez Ref KD-611L (1) .- Aguja de Escleroterapia (1) .- Insumos Aproximados durante el procedimiento	.- Valoración preanestésica .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Banco de Sangre .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.158.527
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
441302.	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	.- Honorarios médicos (Especialista en Endoscopista Adulto) .- Derecho de sala de Endoscopia .- Derecho de equipo (Endoscopio) uso total .- Derecho de sala de Recuperación - Insumos y medicamentos básicos en sala (Anestesia local o sedación, líquidos intravenosos) **.- Estudio de coloración básica 898101 (2)**	.- Atención de urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) y recargo de anestesia .- Insumos y Medicamentos especiales .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Ayudas diagnósticas .- Procedimientos terapéuticos	$ 389.717
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
441302-02.	GASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA NIÑOS	.- Honorarios médicos (Especialista en Endoscopia Pediátrico y Anestesiólogo) .- Derecho de sala de Endoscopia .- Derecho de equipo (Endoscopio) uso total .- Derecho de sala de Recuperación - Insumos y medicamentos básicos en sala (Anestesia local o sedación, líquidos intravenosos)	.- Atención de urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Recargo de Anestesia .- Insumos y Medicamentos especiales .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Ayudas diagnósticas .- Procedimientos terapéuticos	$ 434.020
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
441303.	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPIA	.- Honorarios médicos (Especialista en Endoscopista Adulto) .- Derecho de sala de Endoscopia .- Derecho de equipo (Endoscopio) uso total .- Derecho de sala de Recuperación - Insumos y medicamentos básicos en sala (Anestesia local o sedación, líquidos intravenosos) **.- Estudio de coloración básica 898101 (2)** .- Banda Estrecha de Alta Resolución	.- Atención de urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) y recargo de anestesia .- Insumos y Medicamentos especiales .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Ayudas diagnósticas .- Procedimientos terapéuticos	$ 581.758
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
442201.	DILATACION DE PILORO VIA ENDOSCOPICA	.- Honorarios gastroenterólogo .- Derecho de sala de endoscopia .- Derechos de recuperación .- Balón de dilatación (1) .- Insumos básicos de Endoscopia requeridos durante el procedimiento	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Stent .- Valoración preanestésica .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 6.131.560
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

444305-01.	CONTROL ENDOSCOPICO DE LESIONES VASCULARES CON ARGON PLASMA	.- Honorarios gastroenterólogo .- Derechos de sala de Endoscopia .- Derechos de recuperación .- Sonda axial de argón .- Una endoscopia o una colonoscopia .- Equipo de argón plasma .- Insumos aproximados durante el procedimiento.	.- Valoración preanestésica .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.699.511
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: CONTROL ENDOSCOPICO DE LESIONES VASCULARES CON ARGON PLASMA no esta sujeto a desglose por considerarse una tarifa integral y no permite separarse por partes o prestaciones.				
444305-02.	CONTROL DE SANGRADO DIGESTIVO ALTO O BAJO DE URGENCIA	.- Honorarios gastroenterólogo .- Derecho de sala de endoscopia .- Derechos de recuperación .- Aguja de Escleroterapia (1) .- Sonda térmica .- Insumos básicos de Endoscopia requeridos durante el procedimiento	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Valoración preanestésica .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Banco de Sangre .- Complicaciones .- Clips Metálicos .- Stent, ni extractor para Stent .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.401.501
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
449301.	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAGASTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA	.- Honorarios médicos (Endoscopista y Anestesiólogo) .- Derecho de sala de Endoscopia .- Derechos de recuperación .- Colocación de Balón Intragastrico y retiro .- (1) Consulta con Cirugía Bariatrica Preimplante .- (1) Consulta Gastroenterólogo .- (1) Consulta Fisiatría .- (2) Consulta de nutrición .- (1) Consulta de Psiquiatria .- (2) Consulta Preanestésica (colocación y retiro)	.- Hospitalización .- Banco de Sangre .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Estudio patológico .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.497.559
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
451302.	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Equipo de Enteroscopia .- Balón para Enteroscopio .- Insumos aproximados .- Derechos de sala endoscopia .- Derechos de recuperación	.- Valoración preanestésica .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.158.527
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

451302-01.	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO POR VIDEOCAPSULA	.- Honorarios gastroenterólogo .- Videocapsula .- Análisis de todas las imágenes tomadas por la videocapsula .- Redacción del informe e impresión a color de los resultados .- Derechos de recuperación .- Insumo Forro Protector para el cinturon de colon FGS-0448	.- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.420.864
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: ESTUDIO DE INTESTINO DELGADO CON VIDEOCAAPSULA ENDOSCOPICA no esta sujeto a desglose por considerarse una tarifa integral y no permite separarse por partes o prestaciones.				
451303-01.	INSERCION ENDOSCOPICA DE PROTESIS EN TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR	.- Honorarios gastroenterólogo .- Derecho de sala de Endoscopia .- Derechos de recuperación .- Stent (1) .- Insumos básicos de endoscopia requeridos durante el procedimiento	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Balón de dilatación .- Valoración preanestésica .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Banco de Sangre .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.175.418
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
En el caso de realizar en el mismo acto dilatación esofágica y dilatación pilórica se cobrará el valor de cada paquete al 100%. Este paquete Se incluye para estenosis duodenal y pilórica (lesiones en estómago e intestino grueso) códigos CUPS:				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
452301.	COLONOSCOPIA TOTAL	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Insumos del procedimiento .- Honorarios endoscopista .- 2 patologías	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de Anestesia .- Complicaciones .- Procedimientos Terapéuticos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 780.923
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
452303.	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPICA	.- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Insumos del procedimiento .- Honorarios endoscopista .- 2 patologías .- Banda Estrecha de Alta Resolución	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Recargo de Anestesia .- Complicaciones .- Procedimientos Terapéuticos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 993.447
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
454205-01.	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DE LESIONES DECOLON	.- Honorarios Endoscopista .- Derechos de sala de Endoscopia .- Derecho de sala de Recuperación .- Insumos básicos del procedimiento	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Asa de Polipectomia .- Aguja de Escleroterapia .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.048.636
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

454206-01.	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE TUMOR SUBMUCOSO COLON Y RECTO	.- Honorarios médicos (Gastroenterólogo y anestesiólogo) .- Derecho de sala de endoscopia .- Derechos de recuperación .- Itknifez Ref KD-611L (1) .- Aguja de escleroterapia (1) .- Insumos aproximados durante el procedimiento	.- Valoración preanestésica .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.158.527
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

454301.	INSERCION DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA	.- Honorarios gastroenterólogo .- Derecho de sala de endoscopia .- Derechos de recuperación .- Stent .- Balón .- Insumos básicos de endoscopia requeridos durante el procedimiento	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Valoración preanestésica .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Banco de Sangre .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 7.895.117
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
482701.	MANOMETRIA ANORECTAL	.- Honorario gastroenterólogo .- Derecho de sala (2 Horas) .- Derecho de equipo .- Derecho de recuperación .- Materiales y medicamentos básicos utilizados durante el procedimiento .- Insumos especiales: Balón Anorectal y Catéter Anorectal 2D	.- Complicaciones .- Estancia Hospitalaria .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.775.321
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: La manometría anorectal se trata de un procedimiento mediante el cual de evalúa de manera completa la mecánica defecatoria. Esta se realiza mediante el análisis de una imagen topografía única en donde se observa los esfínteres anales y el recto al igual que su comportamiento durante el proceso defecatorio. Tiene indicación en todo paciente con estreñimiento, incontinencia fecal, proctalgia, previo a cierre de colostomía, previo a cirugía rectales como fistulas o fisuras crónica entre otros				
494001.	LIGADURA DE HEMORROIDES	.- Derechos de sala .- Equipo .- Derechos de recuperación .- Materiales y medicamentos del procedimiento .- Honorarios gastroenterólogo	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Canastilla para extracción de cálculos .- Catéter nasobiliar .- Balones de dilatación .- Papilotomo y otros accesorios de un solo uso .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.215.869
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
511102-1.	COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPIA	.- Honorario gastroenterólogo .- Derecho de sala .- Derecho de equipo .- Derecho de recuperación .- Materiales y medicamentos básicos utilizados durante el procedimiento	.- Canastilla para extracción de cálculos .- Catéter nasobiliar, balones de dilatación, guía, papilotomo y otros accesorios de un solo uso .- Aguja de escleroterapia .- Stent .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.432.209
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
.- Balones de Dilatación y otros accesorios de un solo uso se cobran adicionalmente al valor del paquete por el 100% del precio de venta. .- Cuando en la CPER Terapéutica se realicen en el mismo procedimiento Endoprotesis + Papilotomia + Extracción de Cálculos, se cobrará únicamente un paquete.				

512302.	LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA	.- Honorario gastroenterólogo y anestesiólogo .- Derecho de sala de Endoscopia (2 horas) .- Derecho de equipo Duodenoscopio .- Derecho de recuperación .- Materiales y medicamentos básicos utilizados durante el procedimiento .- Insumos especiales: Catéter de acceso y de introducción SpyScopeTm (1) .- Pinza de biopsia Spybite (1) ó Fibra laser Lumenis (1) .- Canastilla para extracción de cálculos (1) .- Papilotomo (1) .- Balón de dilatación (1) .- Guía de alto rendimiento (1)	.- Aguja de escleroterapia .- Catéter nasobiliar .- Stent .- Estudio Patológico .- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Atención inicial de Urgencia .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 36.444.343
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: El coledoscopio es un instrumento endoscopico que permite acceder a la via biliar para evaluar estenosis indeterminadas y realizar biopsia y litotripcia e calulos dificiles de manejar por CPRE				
516402.	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER VIA ENDOSCOPICA	.- Honorarios médicos (gastroenterólogo y anestesiólogo) .- Derecho de sala de endoscopia .- Derechos de recuperación .- Stent biliar .- Papilotomo .- Insumos aproximados durante el procedimiento	.- Valoración preanestésica .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Banco de Sangre .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 11.484.513
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se incluye para pacientes con Cáncer temprano de papila o Ampuloma Obstructivo				
524101.	DRENAJE TRANSGASTRICO ENDOSCOPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO	.- Honorarios médicos (gastroenterólogo y anestesiólogo) .- Derecho de sala de endoscopia .- Derechos de recuperación .- Stent biliar .- Papilotomo .- Insumos aproximados durante el procedimiento	.- Valoración preanestésica .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Banco de Sangre .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 12.652.431
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
881312.	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE ESOFAGO	.- Honorario endoscopista .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Insumos básicos del procedimiento .- EQ020 Equipo Endosonografo .- 898011 estudio de coloración inmunohistoquímica en citopatología por aspiración de cualquier tejido u órgano (bacaf) citopatología de rose	.- Insumos especiales: Aguja y balón .- Hospitalización .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Valoración con otros especialistas .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Transporte .- Medicamentos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.862.962
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

881314.	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE ESTOMAGO O DUODENO	.- Honorario endoscopista .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Insumos básicos del procedimiento .- EQ020 Equipo Endosonografo .- 898011 estudio de coloración inmunohistoquímica en citopatología por aspiración de cualquier tejido u órgano (bacaf) citopatología de rose	.- Insumos especiales: Aguja y balón .- Hospitalización .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Valoración con otros especialistas .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Transporte .- Medicamentos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.862.962
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
881317.	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA BILIOPANCREATICA	.- Honorario endoscopista .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Insumos básicos del procedimiento .- EQ020 Equipo Endosonografo .- 898011 estudio de coloración inmunohistoquímica en citopatología por aspiración de cualquier tejido u órgano (bacaf) citopatología de rose	.- Insumos especiales: Aguja y balón .- Hospitalización .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Valoración con otros especialistas .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Transporte .- Medicamentos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.862.962
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
881319.	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE RECTO	.- Honorario endoscopista .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Insumos básicos del procedimiento .- EQ020 Equipo Endosonografo .- 898011 estudio de coloración inmunohistoquímica en citopatología por aspiración de cualquier tejido u órgano (bacaf) citopatología de rose	.- Insumos especiales: Aguja y balón .- Hospitalización .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Valoración con otros especialistas .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Transporte .- Medicamentos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.862.962
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
892001.	URODINAMIA ESTANDAR	.- Honorario médico .- Derechos de sala de endoscopia .- Derechos de recuperación .- Insumos básicos del procedimiento	.- Complicaciones .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Otros exámenes diagnósticos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 723.486
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
892001-01.	URODINAMIA PEDIATRICA	.- Honorario urólogo .- Derechos de sala de endoscopia .- Derechos de recuperación .- Insumos básicos del procedimiento	.- Complicaciones .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Otros Exámenes diagnósticos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 846.810
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

892001-02.	VIDEOURODINAMIA	.- Honorario médico .- Derechos de sala de endoscopia .- Derechos de recuperación .- Insumos básicos del procedimiento	.- Complicaciones .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Otros exámenes diagnósticos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.504.524
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
893201.	MANOMETRIA ESOFAGICA SIN IMPEDANCIOMETRIA	.- Honorario gastroenterólogo .- Derecho de sala de Endoscopia .- Derecho de equipo de Manometría .- Derecho de recuperación .- Materiales y medicamentos básicos utilizados durante el procedimiento .- Insumos especiales: Catéter Esofágico 2D	.- Complicaciones .- Estancia Hospitalaria .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.420.259
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: La manometría esofágica de alta resolución es un procedimiento de alta tecnología que permite evaluar de una forma dinámica la mecánica deglutoria. Tiene múltiples indicaciones entre las cuales esta: disfagia, ERGE refractaria o previo a cirugía, cirugía e obesidad, trasplante pulmonar, sospecha de trastornos motores esofágicos y enfermedades sistémicas como la esclerosis o el sjogren.				
893202.	MANOMETRIA ESOFAGICA CON IMPEDANCIOMETRIA	.- Honorario gastroenterólogo .- Derecho de sala de Endoscopia .- Derecho de equipo de Manometria .- Derecho de recuperación .- Materiales y medicamentos básicos utilizados durante el procedimiento .- Insumos especiales: Cateter Esofagico 2D	.- Complicaciones .- Estancia Hospitalaria .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.562.283
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: La manometría esofágica de alta resolución es un procedimiento de alta tecnología que permite evaluar de una forma dinámica la mecánica deglutoria. Tiene múltiples indicaciones entre las cuales esta: disfagia, ERGE refractaria o previo a cirugía, cirugía e obesidad, trasplante pulmonar, sospecha de trastornos motores esofágicos y enfermedades sistémicas como la esclerosis o el sjogren. Puede realizarse con impadanciometria permitiendo evaluación completa de la mecánica deglutoria del cuerpo esofágico con el aclaramiento del bolo.				
893905.	MONITOREO DE pH ESOFAGICO EN 24 HORAS [pHMETRIA] CON IMPEDANCIOMETRIA	.- Honorarios gastroenterólogo .- (1) Rx de Control .- Derechos Clínicos .- Derechos de recuperación	.- Catéter .- Valoraciones médicas .- Hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Insumos o Medicamentos .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 665.879
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se incluye para pacientes con diagnóstico de: .- Reflujo gastroesofagico refractivo .- Reflujo acido y no acido .- Esófago hipersensible .- Síndrome de eructo crónico .- Diagnóstico de reflujo previo a cirugía antirreflujo .- Síndrome de tos crónica por reflujo				

903043.	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY	.- Interpretación del examen .- Derecho de sala de Endoscopia .- Equipo (analizador Heliprobe) .- Insumo Heliprobe	.- Complicaciones .- Endoscopia .- Biopsia	$ 299.704
Observación: procedimiento de laboratorio que permite detectar la presencia de Helicobacter pylori, la bacteria causante de úlceras estomacales y algunos tipos de gastritis.				
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Ginecología y Ginecobstetricia				
En caso de presentarse parto y cesárea múltiples o gemelares las inclusiones que se detallan a continuación Se incluye para un solo bebe, por lo cual las prestaciones relacionadas a partir del segundo neonato se facturarán por evento o consumo.				
La clasificación del riesgo obstétrico dada por el medico tratante a las pacientes que ingresen a la fundación, se tendra en cuenta para la facturación de los siguientes paquetes:				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
652301.	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía hasta 4 horas .- Derechos de recuperación hasta 3 horas .- Instrumentación hasta 4 horas .- Estudio patológico: 1 Biopsia por congelación (COD 898801), 1 Est.coloración básica con resección de varios margenes (898241) 2 Estudio de coloración basica en especimen de reconocimiento (898201), 1 Estudio de coloracion inmunohistoquimica en especimen de reconocimiento (898203), 1 Estudio de coloracion basica en citologia de líquido corporal o secrecion (898002) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Pinza Enseal No. 1	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos diferentes a los relacionados en las inclusiones .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 12.862.686
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Pacientes con cáncer de Ovario				
652302.	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía hasta 4 horas .- Derechos de recuperación hasta 3 horas .- Instrumentación hasta 4 horas .- Estudio patológico: 1 Biopsia por congelación (COD 898801), 1 Estudio de coloración basica en especimen de reconocimiento (898201) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Equipo de Laparoscopia hasta 4 horas .- Ligasure (1)	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos diferentes a los relacionados en las inclusiones .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Hospitalización .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 12.862.709
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Pacientes con cáncer de Ovario				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

652304.	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía hasta 4 horas .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Estudio patológico: 1 Coloraciones basicas con reseccion de margenes (COD 898241), 6 Estudio de coloracion basica en especimen de reconocimiento (898201), 1 Estudio de coloracion inmunohistoquimica en especimen de reconocimiento (898203), 1 Estudio de coloracion basica en citologia de líquido corporal o secrecion (898002) .- Pinza Enseal No. 1 .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Transfusion sanguinea ni reserva de sangre .- Estudios histopatológicos diferentes a los relacionados en las inclusiones .- Manejo de complicaciones .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 19.385.072
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Reseccion Ultraradical de tumor de ovario				
662202.	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derechos de sala .- Derecho de recuperación .- Laparoscopia .- Insumo y materiales usados en cirugía .- Valoración por especialista en Ginecología (3) .- Valoración prequirúrgica preanestesica (1)	.- Valoraciones con otros especialistas .- Hospitalización, UCI, UCIN .- Exámenes .- Medicamentos .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.659.432
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: .- Consulta Inicial, 3 y 6 meses (Control anticonceptivo)				
674501.	TRAQUELECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía hasta 4 horas .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Estudio patológico: 2 biopsia por congelación (COD 898801), 2 Coloraciones básicas con resección de márgenes (COD 898241), 2 Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (898201), 1 Estudio de coloración inmunohistoquimica en espécimen de reconocimiento (898203) .- Pinza desechable ligasure No 1 .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Transfusión sanguínea ni reserva de sangre .- Estudios histopatológicos diferentes a los relacionados en las inclusiones .- Manejo de complicaciones .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 20.277.805
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Procedimiento consistente en la extirpación o resección del cuello del útero (proción del útero entre la parte más baja del istmo y la vagina que forma el canal cervical), por apertura quirúrgica de la pared abdominal.				

684003.	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Patología quirúrgica (1) .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Valoración prequirúrgica y preanestésica (1)	.- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones (UCI, UCIN, UACO) .- Exámenes diagnósticas preoperatorios o durante hospitalización en caso necesario .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea .- Paciente de alto riesgo anestésico .- Analgesia postquirúrgica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.541.233
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
684103-01.	CIRUGIA GINECO-ONCOLOGICA DE MEDIANA COMPLEJIDAD (ABIERTA)	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Estudio patológico (2) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos en la hospitalización	.- Derechos de equipo de Laparoscopio .- Pinza desechable Ligasure .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de sangre que sean necesarias para su realización .- Biopsia por congelación .- Estudios histopatológicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 7.085.361
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Patologías: Patología benigna, Carcinoma in situ.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
686001.	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía hasta 4 horas .- Derechos de recuperación hasta 3 horas .- Instrumentación hasta 4 horas .- Estudio patológico: 1 Coloracion basica con reseccion de margenes (COD 898241), 2 Biopsia por congelación (COD 898801), 2 Estudio de coloración basica en especimen de reconocimiento (898201) 1 Estudio de coloracion Inmunohistoquimica (898203) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Ligasure (1)	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- No incluye Verde de Indocianina .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos diferentes a los relacionados en las inclusiones .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Hospitalización .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 14.336.561
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Observación: Pacientes con cáncer de cervix, Ca Endometrio				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
686011.	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía hasta 4 horas .- Derechos de recuperación hasta 3 horas .- Instrumentación hasta 4 horas .- Estudio patológico: 1 Coloracion basica con reseccion de margenes (COD 898241), 2 Biopsia por congelación (COD 898801), 2 Estudio de coloración basica en especimen de reconocimiento (898201) 1 Estudio de coloracion Inmunohistoquimica (898203) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Equipo de Laparoscopia hasta 4 horas .- Ligasure (1)	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos diferentes a los relacionados en las inclusiones .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Hospitalización .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 14.336.561
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Pacientes con cáncer de cervix, Ca Endometrio.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
688301.	EXENTERACION POSTERIOR: UTERO Y RECTO	.- Honorarios médicos (cirujano Gineco-oncologo, Cirujano de colon y recto, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía hasta 6 horas .- Instrumentación hasta 6 horas .- Derechos de recuperación hasta 3 horas .- Estudio patológico: 3 Coloraciones basicas con reseccion de margenes (COD 898241) .- Suturas mecanicas (Pistola Echelon No 1, Recarga lineal No 2, Pistola circular No 1) .- Ligasure (1) .- Equipo de Laparoscopia hasta 6 horas .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentosempleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos diferentes a los relacionados en las inclusiones .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 38.186.169
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Procedimiento quirúrgico consistente en la extracción total del útero, la parte superior de la vagina, y los ligamentos y tejidos a su alrededor, y el recto				

694901.	HISTEROPLASTIA [OPERACION DE STRASMAN] POR LAPAROTOMIA	.- Honorarios médicos Cirujano Ginecológico, Ayudante y Anestesiólogo .- Derechos de Sala de cirugía hasta 4 horas .- Instrumentación .- Derecho de sala de Recuperación .- Reserva Banco de sangre hasta 3 unidades .- Valoración preanestésica .- Unidad de cuidado intensivo Alto Riesgo Obstétrico (1 día) .- Internación en unidad alta complejidad Riesgo Obstétrico (1 día) .- Estudio histológico del útero y la placenta: Estudio de coloración básica en espécimen con resección de márgenes Cod. 898241 (1), Estudio de coloración inmunohistoquímica en biopsia Cod. 898103 (1) .- Cita de control post operatorio	.- Complicaciones .- Atención inicial de urgencias .- Exámenes diagnósticos pre Quirúrgicos .- Pacientes que por el compromiso y avance de la enfermedad requieran manejo de abdomen abierto y cierre en un tiempo quirúrgico diferente .- Otras cirugías requeridas diferentes a las relacionadas en las inclusiones .- Exámenes de remisión nacional o internacional .- Exámenes genéticos .- Colocación de balón de Bakri, honorarios e insumos en general .- Cistoscopia y colocación de catéter ureteral, colocación de balón intra-aortico .- Transfusión sanguínea y/o Autotransfusión .- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Estudios diagnósticos de imagenología	$ 24.103.806
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: en caso de ser necesario se podrán realizar dentro del paquete los siguientes procedimientos: Cesarea, Histerectomia o reconstrucción uterina, ligadura de varices pelvicas, sutura compresiva uterina, ligadura de trompas.				
699103.	INSERCION DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN VAGINA	.- Honorarios Médicos .- Derecho de sala .- Pesario .- Insumos para el procedimiento	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos pre y post quirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 809.853
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se incluye para insercción de pesario.				
712002.	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Patología quirúrgica (1) .- Valoración prequirúrgica (1) y preanestésica (1)	.- Hospitalización en caso necesario .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticas preoperatorios o durante hospitalización en caso necesario .- Pacientes de atención de urgencia .- Transfusión sanguínea .- Paciente de alto riesgo anestésico .- Analgesia postquirúrgica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.140.937
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

715007.	VULVECTOMIA RADICAL	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía hasta 4 horas .- Derechos de recuperación hasta 3 horas .- Instrumentación hasta 4 horas .- Estudio patológico: 2 Estudios por congelación (COD 898801), 2 Estudio de coloracion básica en especimen de reconocimiento (Cod 898201), 1 Coloracion basica con reseccion de margenes (COD 898241), 1 Estudio De Coloracion Inmunohistoquimica En Especimen De Reconocimiento (898203) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios histopatológicos diferentes a los relacionados en las inclusiones .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Hospitalización .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 11.187.878
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
735301-01.	PARTO NORMAL	.- Honorarios médicos (Ginecoobstetra) .- Derecho de sala de partos .- Analgesia epidural para parto .- Insumos y medicamentos básicos para el procedimiento .- Monitoria fetal intraparto (1) .- Analgesia post parto .- Valoración del recién nacido por especialista en Neonatología o Pediatría (1) .- medicamentos para el neonato (Profilaxis ocular, Vitamina K) .- Vacunas para el neonato (Hepatitis B, BCG y Polio) y para la madre (MMR) .- Laboratorios para el neonato (TSH Neonatal y Hemoclasificación) (1) .- Laboratorios para la madre (Hemoclasificación y Hemograma) (1) .- Hospitalización para la madre Habitación Bipersonal (1)	.- Atención de urgencias .- Hospitalización para el recién nacido y prestaciones relacionadas en ésta .- Ayudas diagnósticas para la madre y el recién nacido diferentes a las mencionadas en las inclusiones .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Manejo del dolor .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos para tratamiento de patologías de base	$ 1.356.999
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

740001.	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala (Cirugía) .- Derechos de sala (Recuperación) .- Instrumentación .- Insumos básicos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos en sala: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración preanestésica (1) .- Valoración del recién nacido por especialista en Neonatología o Pediatría (1) .- medicamentos para el neonato (Profilaxis ocular, Vitamina K) .- Vacunas para el neonato (Hepatitis B, BCG y Polio) y para la madre (MMR) .- Laboratorios para el neonato (TSH Neonatal y Hemoclasificación) (1) .- Laboratorios para la madre (Hemoclasificación y Hemograma) (1) .- Hospitalización para la madre Habitación Bipersonal (1)	.- Atención de urgencias .- Hospitalización para el recién nacido y prestaciones relacionadas en ésta .- Ayudas diagnósticas para la madre y el recién nacido diferentes a las mencionadas en las inclusiones .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Manejo del dolor .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos para tratamiento de patologías de base .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.649.733
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
750303.	EVACUACION UTERINA PARA TERMINACION DELEMBARAZO POR OTROS METODOS	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 5.219.057
Inclusiones	.- Honorario médico (Ginecología) .- Derechos de sala de Procedimiento o Partos .- Derecho de sala de Recuperación .- Instrumentación .- Insumos y medicamentos básicos en sala de partos "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad **.- 2 días de Hospitalización en UACO de acuerdo a la situación clínica de la paciente (pre o post procedimiento obstétrico)** .- Medicamentos hospitalarios para proceso de Inducción (Misoprostol), analgésicos convencionales (Acetaminofen, Dipirona), soluciones de mantenimiento como Lactato Ringer .- Exámenes para la madre: Hemograma IV 902210 (1), Serología 906915 (1) y VIH 906249 (1) .- Consulta alta complejidad obstétrica 890250-12 antes del procedimiento .- Ultrasonografía pélvica ginecológica 881402-3 postquirúrgico (1) .- Colocación de implante subdermico o DIU (1) .- Legrado o Ameu			
Exclusiones	**.- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones** .- Atención de urgencias .- Ayudas diagnósticas diferentes a las mencionadas en las inclusiones .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Banco de sangre .- No incluye medicamentos para tratamiento de patologías de base y/o analgésicos de última generación o para manejo de complicaciones obstétricas .- Pacientes de alto riesgo anestésico .- Interconsultas por especialidades diferentes a Ginecología y Obstetricia .- Analgesia epidural para parto y/o postquirúrgica .- No incluye pomeroy, mirena o cualquier otro método diferente a los mencionados en las inclusiones .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

752101.	TRANSFUSION FETAL INTRAUTERINA	.- Honorarios médicos (Ginecólogo y Ayudante) .- Derechos de sala .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Cariotipo Fetal .- Patología .- Banco de sangre .- Paciente de atención en urgencias .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.542.351
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
753601.	CORDOCENTESIS VIA PERCUTANEA	.- Honorarios médicos (Ginecólogo y Ayudante) .- Derechos de Sala .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Cariotipo Fetal .- Patología .- Banco de Sangre .- Pacientes de atención de urgencias .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.088.718
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
753701.	FETOSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, segundo ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Instrumentación .- Derechos de recuperación .- Derecho de equipo Fetoscopio - Laser .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Equipo Laparoscopia	.- Hospitalización en UCI, UCIN, UACO .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Banco de sangre .- Valoración prequirúrgico o preanestésica .- Complicaciones .- La atención de urgencias se facturará adicional al paquete .- Estudios patológicos .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 29.556.077
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: El paquete de Cirugía Fetal Se incluye para: Pacientes con Embarazo gemelar y síndrome de transfusión feto fetal, Síndrome de gemelo acardico, Embarazo gemelar monocorial con restricción de crecimiento intrauterino selectivo. El objetivo del procedimiento es corregir los desbalances hemodinamicos a través de placentas con comunicaciones anormales y evitar la morbilidad fetal. El procedimiento se practica entre la semana 16 y 26 máximo				

Paquetes de Ginecología Laparoscopica				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**

542101.	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Equipo laparoscopia EQ012	.- Hospitalización en caso necesario .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Analgesia postquirúrgica .- Exámenes diagnósticos preoperatorios o durante hospitalización en caso necesario .- Transfusión sanguínea .- Paciente de alto riesgo anestésico .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.200.121
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
652102-01.	CIRUGIA GINECOLOGICA LAPAROSCOPICA TIPOII	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derecho equipo de laparoscopia .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración Prequirúrgica (1) y Preanestésica (1)	.- Hospitalización en caso necesario .- Material y Medicamentos en hospitalización .- Analgesia postquirúrgica .- Exámenes diagnósticos preoperatorios o durante Hospitalización en caso necesario .- Transfusión sanguínea .- Pacientes con alto riesgo anestésico .- Pacientes de atención de urgencias .- No incluye insumos VAC .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- Biopsia por congelación .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.583.707
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
652902-01.	LAPAROSCOPIA OPERATORIA TIPO I	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Equipo laparoscopia EQ012	.- Hospitalización en caso necesario .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Analgesia postquirúrgica .- Exámenes diagnósticos preoperatorios o durante hospitalización en caso necesario .- Transfusión sanguínea .- Paciente de alto riesgo anestésico .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.449.622
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

674511.	TRAQUELECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía hasta 4 horas .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Derecho de equipo de Laparoscopia (Hasta 4 horas) .- Estudio patológico: 2 biopsia por congelación (COD 898801), 2 Coloraciones básicas con resección de márgenes (COD 898241), 2 Estudio de coloración básica en espécimen de reconocimiento (898201), 1 Estudio de coloración inmunohistoquimica en espécimen de reconocimiento (898203) .- Pinza desechable ligasure (1) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Transfusión sanguínea ni reserva de sangre .- Estudios histopatológicos diferentes a los relacionados en las inclusiones .- Manejo de Complicaciones .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 22.318.339
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
681201.	HISTEROSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derechos de equipo: Histeroscopio y Receptoscopio .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Patología 1 Muestra .- Material y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Consulta preanestésica (1)	.- Hospitalización .- Material y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Pacientes de atención de urgencias .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.572.691
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
681201-02.	HISTEROSCOPIA TERAPEUTICA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante, Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derecho de equipo: Histeroscopio y Recectoscopio .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Anatomía Patológica 1 muestra .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Consulta Preanestésica (1)	.- Hospitalización .- Material y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Pacientes de atención de urgencias .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.096.916
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

684020-01.	LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA AVANZADA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de equipo de Laparoscopio .- Derecho de recuperación .- Anatomía patológica .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración Prequirúrgica (1) y Preanestésica (1) .- Incluye Vasopresina	.- Exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Pinza desechable ligasure .- No incluye insumos VAC .- Marcación de ganglio centinela (verde indocianina) .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.554.876
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

Paquetes de Ginecología de Alto Riesgo Obstetrico

En caso de presentarse parto y cesárea múltiples o gemelares las inclusiones que se detallan a continuación Se incluye para un solo bebe:

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
735301-02.	ASISTENCIA DEL PARTO VAGINAL DE ALTO RIESGO OBSTETRICO	.- Honorarios médicos (Ginecoobstetra) .- Derecho de sala de partos .- Analgesia epidural para parto .- Monitoria fetal intraparto (1) .- Insumos y medicamentos básicos para el procedimiento .- Valoración del recién nacido por especialista en Neonatología o Pediatría (1) .- medicamentos para el neonato (Profilaxis ocular, Vitamina K) .- Vacunas para el neonato (Hepatitis B, BCG y Polio) y para la madre (MMR) .- Laboratorios para el neonato (TSH Neonatal y Hemoclasificación) (1) .- Laboratorios para la madre (Hemoclasificación y Hemograma) (1) .- Analgesia post parto .- Hospitalización UACO para la madre (1)	.- Atención de urgencias .- Hospitalización para el recién nacido y prestaciones relacionadas en ésta .- Ayudas diagnósticas para la madre y el recién nacido diferentes a las mencionadas en las inclusiones .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Manejo del dolor .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos para tratamiento de patologías de base	$ 3.130.655
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

740001-02.	CESAREA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO	.- Honorarios médicos (Cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala (Cirugía) .- Derechos de sala (Recuperación) .- Instrumentación .- Insumos básicos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos en sala: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración preanestésica (1) .- Valoración del recién nacido por especialista en Neonatología o Pediatría (1) .- medicamentos para el neonato (Profilaxis ocular, Vitamina K) .- Vacunas para el neonato (Hepatitis B, BCG y Polio) y para la madre (MMR) .- Laboratorios para el neonato (TSH Neonatal y Hemoclasificación) (1) .- Laboratorios para la madre (Hemoclasificación y Hemograma) (1) .- Hospitalización UACO para la madre (1)	.- Atención de urgencias .- Hospitalización para el recién nacido y prestaciones relacionadas en ésta .- Ayudas diagnósticas para la madre y el recién nacido diferentes a las mencionadas en las inclusiones .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Manejo del dolor .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos para tratamiento de patologías de base .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.370.883
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Aplica a partir de la semana 20 de embarazo, Si solicita realizar Pomeroy el valor es adicional al valor de este paquete. Para los pacientes de alto riesgo obstétrico se factura el paquete con sus inclusiones y todo lo adicional, por evento sin dar merito al rompimiento del mismo.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

Paquetes de Imágenes Diagnósticas

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
061002-01.	BIOPSIA PERCUTANEA DE TIROIDES GUIADA POR ECOGRAFIA	.- Honorario cirujano .- Recuperación .- Guía Ecografía .- Derecho de Equipo .- Ecografía (1) .- Insumos y medicamentos del procedimiento	.- Citopatología de rose .- Laboratorio clínico .- Anatomía patológica .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes prequirúrgicos .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 724.327
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Indicado para lesiones sólidas. En los casos que por justificación clínica se requiere clip de titanio, se facturará por fuera del paquete con la autorización de la biopsia. Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				

332601-01.	BIOPSIA PERCUTANEA DE PULMON GUIADA POR ECOGRAFIA	.- Honorario especialista y ayudante .- Recuperación .- Guía Ecografía .- Derecho de equipo .- Insumos y medicamentos del procedimiento	.- Laboratorio clínico .- Anatomía patológica .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes Prequirúrgicos .- Complicaciones .- Ecografía .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 884.585
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				
332601-03.	BIOPSIA PERCUTANEA DE PULMON GUIADA PORTAC	.- Honorarios del radiólogo .- Guía Escanográfica .- Insumos y medicamentos del procedimiento .- Honorario Patólogo intraoperatorio	.- Laboratorio clínico .- Patologías .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes prequirúrgicos .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 678.965
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				
501002-02.	BIOPSIA PERCUTANEA DE HIGADO GUIADA PORTAC	.- Honorarios del radiólogo .- Guía Escanográfica .- Insumos y medicamentos del procedimiento .- Honorario Patólogo intraoperatorio	.- Laboratorio clínico .- Patologías .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes prequirúrgicos .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 678.965
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				

501002-03.	BIOPSIA PERCUTANEA DE HIGADO GUIADA POR ECOGRAFIA	.- Honorario especialista y ayudante .- Recuperación .- Guía Ecografía .- Derecho de equipo .- Insumos y medicamentos del procedimiento	.- Laboratorio clínico .- Anatomía patológica .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes Prequirúrgicos .- Complicaciones .- Ecografía .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 884.585
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				
521002-01.	BIOPSIA PERCUTANEA DE PANCREAS GUIADA POR ECOGRAFIA	.- Honorario especialista y ayudante .- Recuperación .- Guía Ecografía .- Derecho de equipo .- Insumos y medicamentos del procedimiento	.- Laboratorio clínico .- Anatomía patológica .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes Prequirúrgicos .- Complicaciones .- Ecografía .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 884.585
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				
521002-02.	BIOPSIA PERCUTANEA DE PANCREAS GUIADA POR TAC	.- Honorarios del radiólogo .- Guía Escanográfica .- Insumos y medicamentos del procedimiento .- Honorario Patólogo intraoperatorio	.- Laboratorio clínico .- Patologías .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes prequirúrgicos .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 678.965
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				

552603.	BIOPSIA RENAL PERCUTANEA GUIADO POR ECOGRAFIA	.- Honorarios nefrólogo y radiólogo .- Derecho de sala .- Recuperación .- Guía ecográfica .- Derechos de equipo .- Insumos y medicamentos del procedimiento .- Evaluación microscopia intraoperatoria	.- Laboratorio clínico .- Banco de sangre .- Anatomía Patológica .- Ecografía Renal .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes prequirúrgicos .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 952.628
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				
552603-02.	BIOPSIA PERCUTANEA DE RIÑON GUIADA POR TAC	.- Honorarios de nefrólogo y radiólogo .- Guía Escanográfica .- Insumos y medicamentos del procedimiento .- Honorario Patólogo intraoperatorio	.- Laboratorio clínico .- Patologías .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes prequirúrgicos .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 678.965
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				
601101-01.	BIOPSIA PERCUTANEA DE PROSTATA GUIADA POR ECOGRAFIA	.- Honorario especialista y ayudante .- Recuperación .- Guía Ecografía .- Derecho de equipo .- Insumos y medicamentos del procedimiento	.- Laboratorio clínico .- Anatomía patológica .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes Prequirúrgicos .- Complicaciones .- Ecografía .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 884.585
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006				

601101-02.	BIOPSIA PERCUTANEA DE PROSTATA GUIADA POR TAC	.- Honorarios de urólogo y radiólogo .- Guía Escanográfica .- Insumos y medicamentos del procedimiento .- Honorario Patólogo intraoperatorio	.- Laboratorio clínico .- Patologías .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes prequirúrgicos .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 678.965
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006				
601103.	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR SATURACION ABORDAJE TRANSRECTAL	.- Honorarios Urólogo y Radiólogo .- Derecho de sala de procedimiento .- Derecho de sala de Recuperación .- Guía ecográfica .- Fusión de imagen ecográfica con resonancia .- Insumos y medicamentos del procedimiento .- Guía endocavitaria de próstata .- Aguja para biopsia Transrectal .- Biopsia de Coloración básica código 898101 (14)	.- Laboratorio clínico .- Banco de sangre .- Inmunohistoquímica .- Ecografía Diagnostica .- Hospitalización .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes prequirúrgicos .- Manejo de Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.844.307
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
819101.	ASPIRACION ARTICULAR	.- Honorario médico del radiólogo .- Guía Ecográfica o Fluoroscópica .- Derecho de Sala .- Insumos y medicamentos básicos para el procedimiento - Cultivos: 903504 cantidad (1), 901107 cantidad (2), 901217 cantidad (1)	.- Anestesia general o sedación (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Otros estudios patológicos o de laboratorio .- Valoración preanestésica y prequirúrgica .- Hospitalización en piso, UCIN y UCI .- Material de Osteosíntesis (Aloinjertos, Tornillos, Placas, Prótesis articulares, etc) .- Insumos y Medicamentos en Hospitalización .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 691.430
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006				
851101-02.	BIOPSIA PERCUTANEA DE MAMA GUIADA POR ECOGRAFIA	.- Honorario cirujano .- Recuperación .- Guía Ecografía .- Derecho de Equipo .- Ecografía (1) .- Insumos y medicamentos del procedimiento	.- Laboratorio clínico .- Anatomía patológica .- Banco de sangre .- Pacientes de atención de urgencia .- Hospitalización .- Aguja .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Exámenes prequirúrgicos .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 724.327

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Nota: Se cobrará adcional el código 873501 fluoroscopia como guia para procedimientos.				
Observación: Indicado para lesiones sólidas En los casos que por justificación clínica se requiere clip de titanio, se facturará por fuera del paquete con la autorización de la biopsia. Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
851103.	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	.- Honorarios de Radiólogo .- Aguja para biopsia .- Anestesia local .- Guía esterotaxica. .- Derecho de equipo (Mamotest Eq137)	.- Patologías .- Hospitalización .- Urgencias .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Consulta preanestésica .- Exámenes de laboratorio .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.557.220
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: En los casos que por justificación clínica se requiere clip de titanio, se facturará por fuera del paquete con la autorización de la biopsia. Procedimiento Se incluye para: Lesiones que no son visibles por ecografía, Lesiones estrelladas, nódulos no palpables y no clasificables. Limitaciones: Seno muy pequeño que no descuelgue. Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				
851301.	LOCALIZACION DE LESION NO PALPABLE DE MAMA CON ARPON U OTRO DISPOSITIVO	.- Honorarios de radiólogo .- Aguja para localización ó Clip de Titanio .- Anestesia local .- Guía Esterotaxica o Guía Ecográfica .- Derecho de equipo (Mamotest Eq137)	.- Patologías .- Hospitalización .- Resonancia Magnética .- Urgencias .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Consulta preanestésica .- Exámenes de laboratorio .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.557.220
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Procedimiento Se incluye para: .- Lesiones estrelladas, nódulos no palpables. Distorsión de la arquitectura. .- Marcación de tumores previos a Quimioterapia. .- Microcalcificaciones de mama, sospechosas o con diagnóstico de neoplasia. .- Si el paciente necesita Resonancia Magnética se cobrará adicional al paquete. Limitaciones: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los Honorarios del Anestesiólogo $ 350.006 En caso de ser bilateral, diferente o igual vía se cobrará cada uno al 100%				
874910.	FARINGOGRAFIA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCION)	.- Honorario Especialista .- Estudio	.- Medio de contraste .- Medicamentos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 884.901
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

882272.	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	.- Alprostadil 20 MCG (1) .- Insumos básicos durante el procedimiento .- Ecografía .- Honorario del radiólogo .- Derecho de sala procedimiento especial	.- Atención de urgencias .- Hospitalización .- Complicaciones .- Medicamentos adicionales a los definidos en las inclusiones	$ 1.185.347
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Indicaciones: -Disfunción eréctil, Fuga Venosa				
991800.	INFUSION O ADMINISTRACION DE SOLUCIONES DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	.- Solución salina y medicamentos .- Equipo de Venopunción .- Hasta 6 Horas de observación antes del procedimiento .- Monitoreo e hidratación previas al examen .- Hasta 6 horas de observación después del procedimiento .- Monitoreo e hidratación posteriores a la realización del examen .- Bomba de infusión .- Vigilancia por parte de la enfermera del servicio de imágenes diagnósticas durante todo el procedimiento	.- Estabilización del paciente inestable .- Hospitalización .- Urgencias .- Exámenes de laboratorio .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 170.319
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: La NEFROPROTECCION esta indicada en Pacientes que requieran TAC con medio de contraste y que su TFG se encuentra entre 40 y 59 ml/min.				

Paquetes de Intervencionismo Vascular				
En la unidad de Intervencionismo Vascular se realizarán procedimientos de las siguientes especialidades: 1. Vascular Periférica 2. Clínica de Dolor 3. Neuro Intervencionismo 4. Hemodinamia 5. Neurocirugía 6. Endovascular 7. Electrofisiología				
Cuando se realice un procedimiento Diagnóstico y en el mismo evento se realice un procedimiento terapéutico ambos se cobrarán al 100%				
Todos los procedimientos realizados en intervencionismo requieren visión fluoroscopica o angiográfica para su realización, esto corresponde al uso del equipo cineangio.				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**

351103-01.	VALVULOPLASTIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de sala recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio) . - Hospitalización postquirúrgica: Estancia en UCI (1), Habitación Bipersonal (1), insumos y medicamentos básicos . - Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) . - Insumos y medicamentos especiales en sala: Catéter Guía (4), Guía (4), Kit insufladora (1), Iopramida 100 ml (2), Transductor de presión (1), Introductor (2), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1), Cierre Vascular Radial o Femoral (1), Kit insufladora (1) **.- El Cierre vascular Angioseal**	.- Atención en urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Balón de contrapulsación .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 12.538.541
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
352003.	REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	.- Honorarios médicos (Hemodinamista, Cx cardiovascular, Ecocardiografista, Anestesiólogo) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) uso total .- Derecho de sala de cirugía Stand-by hasta (4 h) .- Derecho de sala de Recuperación hasta (2 h) .- Derechos de Equipo (Cineangio) uso total .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestésicos, analgesia intraoperatoria y líquidos intravenosos) **.- Válvula Pulmonar y sistema de liberación (1)** .- Stent (2), Catéter para dilatación (3), Catéter Guía (3), Guía (4), Catéter Multipropósito (2), Kit insufladora (1), Iopramida 100 ml (4), Transductor de presión (1) Introductor (5), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1) .- Valoración preanestésica	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención de urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Balón de contrapulsación, Microcatéter, Balón Power Flex, Cierre vascular (Angioseal, Proglide, Pulsera radial o similares) .- Banco de Sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Ayudas Diagnósticas	$ 160.783.867
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Cuando se realice un procedimiento Diagnóstico y en el mismo evento se realice un procedimiento terapéutico ambos se cobrarán al 100%.				
Observación: El implante percutáneo es el procedimiento que restablece la función de la VALVULA PULMONAR, en pacientes que desarrollan disfunción del tracto de salida del ventrículo derecho (estenosis y/o insuficiencia) lo cual constituye una complicación frecuente en pacientes corregidos por patología cardiaca que comprometen el tracto de salida del ventrículo derecho.				
352103.	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 143.074.102

Inclusiones	.- Honorarios médicos (Hemodinamista, Cirujano cardiovascular, Ecocardiografista, Anestesiólogo) .- Derechos de sala de hemodinamia (U.I.V) .- Derecho de sala de recuperación .- Derechos de equipo (Cineangio) .- Materiales básicos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en sala, diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos especiales: Válvula aórtica Transcatéter THV (1), Catéter sistema de liberación (1), Sistema de compresión (1), Introductor Lotus o Hydro (1), Guía Safari (1), Introductor (4), Cierre vascular Radial o Femoral (3), Guía (4), Catéter Guía 6FR (2) Catéter Guía 5FR (2), Medio de contraste por 100 ml (4), Transductor de Presión (2), Guidewire (1), Aguja Angio (1), Kit de Angiografía (1) .- Hospitalización postquirúrgica: Habitación Bipersonal (1), Estancia en UCI (2), insumos y medicamentos básicos .- Exámenes prequirúrgicos: Hemograma (1), Creatinina (1), Electrolitos [Sodio, Potasio y Cloro] (1), Glicemia (1), Parcial de Orina (1), PT (1), PTT (1), TSH (1), Ecocardiograma transesofágico adulto (1), Angiotac de aorta torácico abdominal (1), Electrocardiograma (1), Radiografía de Tórax pa y lateral (1), Espirometria o curva flujo volumen simple (1) .- Valoración preanestésica .- Valoración prequirúrgica .- Participación en Junta Médica (Cirugía Cardiovascular, Hemodinamia, Anestesiología, Cuidado Intensivo, Cardiología No invasiva) .- Incluye en caso necesario la realización de Cardiorrafia código 374100 y/o Pericardiorrafía 374300 **.- Cierre vascular Angioseal**
Exclusiones	.- Atención de urgencias .- Catéter Balón, Kit insufladora .- Banco de Sangre .- No incluye medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.

352203.	REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	.- Honorarios médicos (Hemodinamista, Stand By Cirujano cardiovascular, Ecocardiografista, Anestesiólogo) .- Derechos de Sala de hemodinamia .- Derecho de sala de Recuperación .- Derechos de Equipo (Cineangio y Ecografo cardiovascular) .- Materiales y medicamentos en Sala y en Hospitalizacion .- Dispositivo Mitraclip (hasta dos clip) .- Insumos Especiales durante el procedimiento: Introductor Vascular No 1, Aguja de puncion transeptal No 1, Sisitema de cierre percutaneo Proglide No 1 .- Internacion en Unidad de Cuidado Intensivo (2 días) .- Internación en habitación bipersonal (3 días) .- Valoración preanestésica .- Valoración prequirúrgica .- Participación en Junta Médica (Cx Cardiovascular, Hemodinamia, Anestesia, Cardiología No invasiva, Falla cardiaca)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención inicial de urgencias .- Otros insumos especiales adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Exámenes diagnósticos pre o post quirúrgicos .- Banco de Sangre .- Complicaciones Adicionales	$ 172.170.046

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.

360101-01.	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) UN VASO	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de sala recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Hospitalización postquirúrgica: Estancia en UCI (1), Habitación Bipersonal (1), insumos y medicamentos básicos .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Balón (2), Catéter Guía (1), Guía (1), Kit insufladora (1), Medio de contraste por 100 ml (2), Transductor de presión (1), Kit Angiografía (1), Introductor (1), Aguja Angio (1), Cierre Vascular Radial o Femoral (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Balón de contrapulsación .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 6.292.073
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
360101-02.	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) HASTA DOS VASOS	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de sala recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Hospitalización postquirúrgica: Estancia en UCI (1), Habitación Bipersonal (1), insumos y medicamentos básicos .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Balón (3), Catéter Guía (2), Guía (2), Kit insufladora (1), Medio de contraste por 100 ml (3), Transductor de presión (1), Introductor (1), Cierre Vascular Radial o Femoral (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Balón de contrapulsación .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 6.292.073
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
360104.	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) DE TRONCO PRINCIPAL	.- Honorarios médicos (Hemodinamista y .Anestesiólogo) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) hasta (3 h) .- Derecho de Equipo (Cineangio) uso total .- Derechos de sala recuperación hasta (2 h) .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestésicos, analgesia intraoperatoria y líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Balón (2), Catéter Guía (1), Guía (2), Kit insufladora (1), Catéter para IVUS (1), Avanzador para IVUS (1) Stent (1), Medio de contraste 100 ml (2), Transductor de presión (1), Introductor (1), Cartucho I-STAT ACT (2), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1), Pulsera de Compresión Radial (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Balón de contrapulsación, Cierre vascular femoral Angioseal, Proglide o similar .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Ayudas diagnósticas	$ 22.214.971
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Procedimiento para tratar la enfermedad coronaria del origen de la arteria principal izquierda del corazón, ingresando por punción de la arteria.				

360105.	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) DE BIFURCACION	.- Honorarios médicos Hemodinamista .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) hasta (3 h) .- Derecho de Equipo (Cineangio) uso total .- Derechos de sala recuperación hasta (2 h) .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Balón (4), Catéter Guía (1), Guía (2), Kit insufladora (1), Stent (1), Medio de contraste 100 ml (2), Transductor de presión (1), Introductor (2), Cartucho I-STAT ACT (2), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1), Pulsera de Compresión Radial (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Balón de contrapulsación, Cierre vascular femoral Angioseal, Proglide o similar .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Ayudas diagnósticas	$ 16.480.346
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Procedimiento para tratar la enfermedad coronaria que compromete una arteria principal del corazón y el origen de sus ramas adyacentes.				
360106.	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) DE OCLUSION TOTAL CRONICA	.- Honorarios médicos (Hemodinamista y Anestesiólogo) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) hasta (3 h) .- Derecho de Equipo (Cineangio) uso total .- Derechos de sala recuperación hasta (2 h) .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestésicos, analgesia intraoperatoria y líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Balón (4), Catéter Guía (2), Guía (4), Kit insufladora (1), Microcatéter (1), Stent (1), Medio de contraste 100 ml (3), Transductor de presión (1), Introductor (2), Cartucho I-STAT ACT (3), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1), Pulsera de Compresión Radial (2)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Balón de contrapulsación, Cierre vascular femoral Angioseal, Proglide o similar .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Ayudas diagnósticas	$ 21.705.821
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Procedimiento para corregir la ausencia total de flujo sanguíneo en una arteria coronaria por un tiempo mayor de 3 meses.				
360201-02.	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA UN VASO	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de sala recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Hospitalización postquirúrgica: Estancia en UCI (2), Estancia en UCIN (1), Habitación Bipersonal (1), insumos y medicamentos básicos .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Balón (2), Catéter Guía (2), Guía (2), Kit insufladora (1), Medio de contraste por 100 ml (3), Transductor de presión (1), Introductor (1), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1), Cierre Vascular Radial o Femoral (1), Tirofiban Clorhidrato (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Balón de contrapulsación .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 22.470.715
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Este procedimiento Se incluye para pacientes con síndrome coronario agudo con lesión aterosclerotica y trombo intravascular.				

360501.	ANGIOPLASTIA CORONARIA POR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMIA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCION	.- Honorarios médicos (Hemodinamista y Anestesiólogo) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de Equipo (Cineangio) .- Derechos de sala recuperación .- Hospitalización postquirúrgica: Estancia en UCI (1), Habitación Bipersonal (1), insumos y medicamentos básicos .- Materiales básicos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en sala, diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Avanzador Rotablator (1), Oliva de Rotablator (1), Microguía de Rotablator (1), Catéter Guía (2), Balón (3), Guía (4), Medio de contraste por 100 ml (2), Introductor (2), Cierre Vascular Radial o Femoral (1), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1) **.- Cierre vascular Angioseal**	.- Atención en urgencias .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Balón de contrapulsación, Marcapasos transitorio, Microcatéter, Extensión de catéter guía Kit insufladora .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 29.683.381
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: "Este paquete incluye la realización de ARTERIOGRAFIA CORONARIA MAS ANGIOPLASTIA Ultrasonido intracoronario es un estudio que tiene por objetivo la adquisición de imágenes tomográficas, empleando ondas sonoras para producir una imagen de las arterias coronarias y ver en qué estado se encuentra. Este método permite identificar los componentes de las placas ateromatosas y de la pared vascular, además de medir con alta precisión las intensidades de la luz arterial. ANGIOPLASTIA CORONARIA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMÍA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCIÓN Descripción: Procedimiento invasivo no quirúrgico donde se introduce por arteria periférica un catéter con un balón hasta el interior de las arterias coronarias, y una vez dentro de una estenosis o estrechamiento, se infla el balón, con lo que se logra ampliar o dilatar y rompe la placa de ateroma o grasa, asociado a medicamentos antitrombóticos con el fin de mejorar el flujo sanguíneo al corazón.			
360501-01.	ANGIOPLASTIA CORONARIA UN VASO CON TROMBOASPIRACION	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de sala recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Hospitalización postquirúrgica: Estancia en UCI (2), Estancia en UCIN (1), Habitación Bipersonal (1), insumos y medicamentos básicos .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Balón (2), Catéter Guía (3), Catéter de tromboaspiración (1), Guía (2), Kit insufladora (1), Medio de contraste por 100 ml (3), Transductor de presión (1), Introductor (1), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1), Cierre Vascular Radial o Femoral (1), Tirofiban Clorhidrato (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Cateter de tromboaspiración Spiroflex .- Atención en urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Balón de contrapulsación .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 26.519.491
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Este procedimiento Se incluye para pacientes con síndrome coronario agudo con lesión aterosclerotica y trombo intravascular.				

372102.	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON CON PRUEBA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	. - Honorarios médicos (Hemodinamista) . - Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) . - Derecho de equipo (Cineangio) . - Derechos de sala recuperación . - Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) . - Insumos y medicamentos especiales en sala: Kit Angiografía (1), Medio de contraste por 100 ml (1), Introductor (1), Guías (1), Catéter guía (1), Catéter Swan Ganz (1), Aguja Angio (1), Epoprostenol sódico 1,5 mg vial (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Stent, Catéteres y guías de alto costo, Balón de contrapulsación .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Banco de sangre .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 4.346.736
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
372202-01.	CATETERISMO PEDIATRICO DIAGNOSTICO	.- Honorarios médicos (Hemodinamista Pediatra y Anestesiólogo) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Derechos de sala recuperación .- Hospitalización: Habitación Bipersonal (1), insumos y medicamentos .- Materiales básicos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en sala, diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos especiales: Introductor (2), Guía (2), Catéter guía (3), Transductor de presión (2), Kit Angiografía (1), Medio de contraste por 100 ml (1), Aguja Angio (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Kit insufladora, Balón de contrapulsación, Catéter Swan Ganz o similar .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 9.358.307
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Este paquete Se incluye para el cateterismo diagnóstico en pacientes pediátricos.				
Observación: Se incluye para la realización de los siguientes procedimientos:				
372402-01.	CATETERISMO PEDIATRICO TERAPEUTICO	.- Honorarios médicos (Hemodinamista Pediatra y Anestesiólogo) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Derechos de sala recuperación .- Materiales básicos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en sala, diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos especiales: Kit Angiografía (1), Medio de contraste por 100 ml (2), Introductor (2), Guías (3), Catéter guía (3), Transductor de presión (1), Aguja Angio (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Kit Insufladora .- Balón de contrapulsación .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 10.668.470
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Incluye el manejo endovascular de postoperatorio tardío de Cx Congénita. Ejemplo: dilatación de aorta (coartación de aorta), colocación de coil en arteria pulmonar, colocación de stent, etc. **Se excluyen** todo tipo de embolizaciones.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

379003.	CIERRE U OCLUSION DE AURICULILLA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	.- Honorarios Médicos (Electrofisiologo, Anestesiólogo) .- Derecho de Sala de Recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio y Consola de Radiofrecuencia) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 1 día en piso .- Dispositivo Watchman e implantación .- Punción transeptal o Cateterismo Transeptal.	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Pacientes de atención de urgencia .- Valoración Preanestésica .- Exámenes Prequirúrgicos .- Tomografía o Resonancia de Corazón .- Banco de Sangre .- Hospitalización Adicional a las mencionadas en las inclusiones .- Complicaciones	$ 51.582.981
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
389108.	INSERCION DE CATETER EN VENA CAVA VIA TRANSLUMBAR (TRANSCAVO)	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derecho de equipo .- Derecho de recuperación .- Guía ecográfica .- Materiales y medicamentos básicos utilizados durante el procedimiento .- Catéter transcavo	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Hospitalización .- Sistema introductor .- Complicaciones .- Insumos adicionales a los descritos	$ 12.496.595
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
395101.	DENERVACION DE ARTERIAS RENALES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	.- Honorarios médicos (Hemodinamista, Anestesiólogo) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) uso total .- Derecho de sala de Recuperación hasta (2 h) .- Derechos de Equipo (Cineangio) uso total .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestésicos, analgesia intraoperatoria y líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Catéter SPYRAL (1), Catéter guía renal (1), Guía Angio (1), Introductor Femoral (1), Kit Angiografía (1), Iopramida o similar por 100 ml cantidad (hasta 3)	.- Atención de urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Balón de contrapulsación, Microcatéter, Balón Power Flex, Cierre vascular (Angioseal, Proglide, Pulsera radial o similares) .- Banco de sangre .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas .- Ayudas diagnósticas	$ 33.094.679
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
395220.	REPARACION DE ANEURISMA DE AORTA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala de hemodinamia .- Derecho de equipo (Cineangio)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Materiales y Medicamentos en Sala .- Insumos Especiales .- Endoprotesis .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Hospitalización .- Exámenes Prequirúrgicos o Postquirúrgicos .- Complicaciones .- Banco de Sangre .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- Oxígeno, agentes y gases anestésicos	$ 45.420.860
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Observación: el paquete REPARACION DE ANEURISMA DE AORTA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) Se incluye para los siguientes diagnósticos: .- Aneurismas Yuxtarrenales mayores a 5.0 cm .- Aneurismas toracoabdominales mayores a 6.0 cm .- Disección de la aorta con complicaciones secundarias a la disección como lo son dilatación aneurismática, Isquemia de los vasos viscerales, hipertensión intratable .- Pseudocoartación de la aorta.				
501004.	BIOPSIA POR VIA ENDOVASCULAR (TRANSYUGULAR) DE HIGADO	.- Honorarios médicos Radiólogos .- Derechos de sala Hemodinamia .- Derechos de equipo (Angiografo) .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Set de Cook Liver acces and Biopsy sets (1) .- Guía Ecográfica .- Medio de Contraste (1) .- Materiales y medicamentos del procedimiento	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de anestesia .- Exámenes diagnósticos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica	$ 11.139.878
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006				
549002.	INSERCION DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIALISIS	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derecho de equipo de cineangio .- Guía ecográfica .- Derecho de recuperación .- Materiales y medicamentos básicos utilizados durante el procedimiento .- (1) Catéter traslumbar	**.- Cierre vascular (Angioseal** .- Hospitalización .- Complicaciones .- Insumos adicionales a los descritos	$ 7.892.587
876121-02.	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO Y/O IZQUIERDO CON O SIN AORTOGRAMA	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de sala recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Hospitalización postquirúrgica: Habitación Bipersonal (1), insumos y medicamentos .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Catéter Diagnóstico (2), Guía (2), Medio de contraste por 100 ml (2), Introductor (1), Cierre Vascular Radial (1), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Balón de contrapulsación .- Banco de sangre .- Catéter Swan Ganz .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 2.184.292
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

876123.	VALORACION ANATOMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de Equipo (Cineangio y Consola de Radiofrecuencia) .- Derechos de sala recuperación .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Guía Coronaria para medición de reserva de flujo fraccional (1), Catéter Diagnóstico (2), Adenosina hasta (4), Guía (2), Medio de contraste por 100 ml (1), Introductor (2), Cierre Vascular Radial (1), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1) **.- Cierre vascular Angioseal**	.- Atención en urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Balón de contrapulsación, Introductor Super Flex, Kit insufladora .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 9.537.985
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete incluye la realización de: ARTERIOGRAFIA CORONARIA La Medición de reserva Flujo Fraccional (FFR) mediante una guia de presion permite, en el laboratorio de hemodinamia una estimacion exacta de la funcionalidad de la lesion interrogada y la consecuente terapia, ya no basada en la anatomia si no en la funcionalidad. La intervencion sólo de las lesiones que resultan "funcionalmente activas" mejora los resultados, reduce el uso de stents innecesarios, y además excluye pacientes de cx cardiovascular. VALORACIÓN ANATÓMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS Procedimiento radiográfico en el que se evalúan las arterias a nivel del tórax, mediante la aplicación de un líquido que resalta en la imagen para ver mejor los detalles.				
876131.	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de sala recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Hospitalización postquirúrgica: Habitación Bipersonal (1), insumos y medicamentos básicos .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Catéter Diagnóstico (1), Guía (1), Medio de contraste por 100 ml (2), Introductor (1), Cierre Vascular Radial (1), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Catéter Swan Ganz o similar .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Balón de contrapulsación .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 1.995.158
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
876212.	ANGIOCARDIOGRAFIA DE CORAZON DERECHO	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derecho de Equipo (Cineangio) .- Derechos de sala recuperación .- Hospitalización: Habitación Bipersonal (1), insumos y medicamentos básicos .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Transductor de Presión (1), Introductor (1), Aguja Angio (1), Kit de Angiografía (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Banco de sangre .- Medio de contraste .- Catéter Swan Ganz o similar .- Stent, Catéteres y guías de alto costo .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 1.315.159
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

877112-01.	ARTERIOGRAFIA RENAL BILATERAL SELECTIVACON AORTOGRAMA ABDOMINAL	.- Honorario médico cirujano .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo (cineangio) .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Insumos especiales : Introductor (1), Guía (1), Catéter Diagnostico (1), Medio de contraste hasta 150 ml	.- Cierre vascular (Angioseal, Proglide) .- Extensión de Jeringa .- Complicaciones .- Exámenes diagnósticos pre y postquirúrgicos .- Pacientes en atención de urgencias (se cobra adicional al paquete) .- Honorario del anestesiólogo (en caso de necesitarla se cobrará adicional al paquete) .- Recargo de anestesia .- Anticoagulantes (Ej: Reopro, Agrastat, etc) .- Stent .- Balón de contrapulsación .- Balones y guías adicionales a los especificados en las inclusiones .- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Valoración pre anestésica	$ 2.070.540
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
877112-02.	ARTERIOGRAFIA ABDOMINAL SELECTIVA	.- Honorario médico cirujano .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo (cineangio) .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Insumos especiales : Introductor (1), Guía (1), Catéter Diagnostico (1), Medio de contraste hasta 150 ml	.- Cierre vascular (Angioseal, Proglide) .- Extensión de Jeringa .- Complicaciones .- Exámenes diagnósticos pre y postquirúrgicos .- Pacientes en atención de urgencias (se cobra adicional al paquete) .- Honorario del anestesiólogo (en caso de necesitarla se cobrará adicional al paquete) .- Recargo de anestesia .- Anticoagulantes (Ej: Reopro, Agrastat, etc) .- Stent .- Balón de contrapulsación .- Balones y guías adicionales a los especificados en las inclusiones .- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Valoración pre anestésica	$ 1.986.129
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
877603.	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	.- Derechos de Sala .- Recuperación .- Honorarios médicos (especialista y anestesiólogo) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Cita preanestésica (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Visitas hospitalarias .- Interconsultas .- Hospitalización en piso, UCIN, UCI .- Insumos y Medicamentos en piso, UCIN, UCI .- Exámenes y procedimientos pre y postquirúrgicos .- Consulta de urgencias .- Consulta prequirúrgica .- Complicaciones .- BALÓN POWERFLEX 8X4 .- Insuflador	$ 8.338.635
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

878111-01.	ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES O MIEMBROS INFERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORACICO	.- Honorario médico cirujano .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Derechos de equipo (cineangio) .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Insumos especiales : Introductor (1), Guía (1), Catéter Diagnostico (1), Medio de contraste hasta 150 ml	.- Cierre vascular (Angioseal, Proglide) .- Extensión de Jeringa .- Complicaciones .- Exámenes diagnósticos pre y postquirúrgicos .- Pacientes en atención de urgencias (se cobra adicional al paquete) .- Honorario del anestesiólogo (en caso de necesitarla se cobrará adicional al paquete) .- Recargo de anestesia .- Anticoagulantes (Ej: Reopro, Agrastat, etc) .- Stent .- Balón de contrapulsación .- Balones y guías adicionales a los especificados en las inclusiones .- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Valoración pre anestésica	$ 2.027.657
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
879904.	TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA ENDOVASCULAR (INTRAVASCULAR)	.- Honorarios médicos Hemodinamista .- Derechos de Sala de hemodinamia .- Derecho de sala de Recuperación .- Derechos de Equipo OCT y Cineangio .- Materiales y medicamentos básicos del procedimiento .- Introductor y Catéter Guía (hasta 2 unidades de cada uno) .- Catéter - DRAGON FLY	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Hospitalización .- Anestesia general o sedación (Honorarios, Medicamentos e insumos) .- Atención inicial de Urgencia .- Banco de Sangre .- Insufladora .- Insumos, Medicamentos o equipos adicionales a los descritos en las inclusiones .- Pacientes con acceso difícil que requieran la utilización de insumos adicionales a los mencionados en las inclusiones .- Complicaciones	$ 10.582.585
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observaciones: Este paquete incluye la realización de ARTERIOGRAFIA CORONARIA. La tomografia de coherencia óptica (OCT) es una modalidad de imagen óptica que utiliza luz infrarroja cercana para crear imágenes de alta resolución de la microestructura tisular con imágenes nitidas, detalladas y faciles de interpretar.				
887001.	CINERADIOGRAFIA	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de sala recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención en urgencias .- Insumos y Medicamentos .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Sedación o Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Balón de contrapulsación .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 789.259
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

895801.	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR DIAGNOSTICO	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de sala recuperación .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Catéter de IVUS (1), Avanzador de IVUS (1), Catéter Diagnóstico (2), Guía (2), Medio de contraste por 100 ml (1), Introductor (2), Cierre Vascular Radial (1), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1) **.- Cierre vascular Angioseal**	.- Atención en urgencias .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Stent, catéteres y guías de alto costo .- Balón de contrapulsación .- Banco de sangre .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 10.651.931
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete incluye la realización de ARTERIOGRAFIA CORONARIA Ultrasonido intracoronario es un estudio que tiene por objetivo la adquisición de imágenes topográficas, empleando ondas sonoras para producir una imagen de las arterias coronarias y ver en qué estado se encuentra. Este método permite identificar los componentes de las placas ateromatosas y de la pared vascular, además de medir con alta precisión las intensidades de la luz arterial.				
896300.	MONITORIZACION DE PRESION DE ARTERIA PULMONAR SOD	.- Honorarios médicos (Hemodinamista) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derecho de Equipo (Cineangio) .- Derechos de sala recuperación .- Hospitalización: Habitación Bipersonal (1), insumos y medicamentos básicos .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales en sala: Sensor inalámbrico implantable (1), Sistema electrónico para el paciente (1), Catéter Swan Ganz (1), Guía DGW (1), Introductor superflex o similar (1), Aguja Angio (1), Kit Angiografía (1), Medio de contraste por 100 ml (1)	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Atención de urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Banco de Sangre .- Balón de contrapulsación .- Stent, Catéteres y guías de alto costo, Marcapasos transitorio, Microcatéter, Extensión de catéter guía, Kit insufladora .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 104.957.029
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Permite el seguimiento hemodinámico en tiempo real en los pacientes con diagnóstico de falla cardiaca en clase funcional III - IV - IV, lo cual permite identificar tempranamente cambios fisiológicos que pueden ser revertidos con intervenciones farmacológicas sencillas. Resolución 5171: MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE ARTERIA PULMONAR SOD Descripción: Procedimiento diagnóstico que permite obtener unas medidas de los flujos de sangre en la arteria pulmonar. Se utiliza un catéter (tubo hueco muy delgado) que se ingresa por una vena de una extremidad hasta el corazón.				

992506-02.	ADMINISTRACION (INFUSION O PERFUSION) DE QUIMIOTERAPIA INTRARTERIAL (REGIONAL)-QUIMIOEMBOLIZACION DE TUMOR	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Honorarios Médicos (Oncólogo 992505 POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos especiales: Kit angiografía (1), Introductor (1), Catéter (1), Guía (1), Iopramida 100 ML (2) y médicamento antineoplásico (5) .- Derechos de sala intervencionismo vascular .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Derecho de sala de recuperación .- Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en estancia hospitalaria .- medicamentos para la quimioterapia (Doxorubicina o Cisplatino o Irinotecan) .- Laboratorios de rutina e imágenes diagnósticas convencionales durante la hospitalización	**.- Cierre vascular Angioseal** .- Banco de sangre .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Estancia adicional a los definidos en el paquete .- Coils, partículas, líquido antiembolico, microesferas recargables, microguía, microcateter	$ 17.004.866
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Medicina Nuclear

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
879601.	TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES [PET-TC]	.- Consulta inicial con orden procedimiento autorizado .- Equipo PET .- Tac localizador No 1 .- Honorario Especialista .- Materiales, medicamentos e insumos durante el procedimiento .- Medio de contraste (Ioversol No1)	.- Radiofármaco .- Exámenes pre estudio (prueba de embarazo, glicemia, etc) .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Recargo de Anestesia .- Atención inicial de urgencias .- Complicaciones .- Tirotropina .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.180.992
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

18F-Colina
-Estudios Cáncer de Próstata con PSA≥ 5ng/ml (RECIDIVA BIOQUIMICA)
-Hepatocarcinoma bien diferenciado
-Evaluación de gliomas diagnóstico diferencial con radionecrosis
-Diagnóstico de adenoma de paratiroides en presencia de otros estudios negativos 99mTc MIBI

18F-PSMA
-Estudios Cáncer de Próstata con PSA≤ 2ng/ml

18F-DOPA
-Neuroblastoma, Feocromocitoma y paraganglioma
-Carcinoma medular de tiroides, Hiperinsulinismo congénito
-Diagnóstico de insulinoma en el adulto
-Tumor de Meckel
-Enfermedad de Parkinson (reemplazaría al 99mTcTRODAT no disponible actualmente)

18F-FDG Todos los tumores que presente avidez por el metabolismo de la glucosa (Tumores de cabeza y cuello, Mama, Pulmón, Gastrointestinal, Ginecológico, Musculo Esquelético, Melanoma, entre otros) Tumores de diferenciados: Tumor Neuroendocrino, Ca de tiroides, Ca de próstata .				
920407.	PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO Y POST-EJERCICIO	.- Honorario Especialista .- Prueba de Esfuerzo	.- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.212.868
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
922801-01.	TERAPIA PARA TUMORES CARCINOIDES CON LUTECIO 177 DOTATATE	.- Hospitalización postquirúrgica 2 días en habitación de terapia metabólica (después de realizado el procedimiento) .- Honorario Especialista .- Insumos y medicamentos .- Valoración por medicina nuclear (1) .- Terapia para tumores carcinoides y dosimetría .- Consulta de control por medicina nuclear a los 8 días .- Gamagrafía 24 horas y a los 8 días	.- Costo del Material Radiactivo: Dotatate - Lutecio 177, ni Aminoácidos .- Estudios de Octreoscan previos a la terapia .- Exámenes de Laboratorio pre y Post-terapia (CH completo, plaquetas, pruebas de función Hepática y Renal pre y post - terapia y en seguimiento hasta 8 semanas .- Estudios Radiológicos pre y post-terapia (TAC o Resonancia) .- Hospitalización adicional .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.851.872
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
El equipo de ventilación perfusión utilizado en los estudios de ventilación perfusión se cobra a tarifa FVL adicional al valor del procedimiento.				
922801-02.	MANEJO DE DOLOR OSEO MEDICINA NUCLEAR	.- Consulta valoración medicina uclear (1) .- Honorario Especialista .- Gamagrafía ósea con Rhenium -HDP (24 horas post-terapia) .- Consulta control en 15 días	.- Valoración Grupo del dolor .- Gamagrafía ósea previa (99 m TC- MDP) .- Exámenes de laboratorio: hemograma completo, plaquetas, Creatinina Pre y en seguimiento hasta 3 meses .- Hospitalización .- Consultas por clínica del dolor: control 15 días, 1 mes, 3 meses .- No Incluye suministro de médicamento .- Complicaciones .- Material Radioactivo .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.862.124
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
922801-09.	TERAPIA CON RADIOISOTOPO RADIO 223	.- Honorario Especialista .- Consulta de control por Medicina Nuclear (1)	.- Valoración por otras especialidades .- Gamagrafía ósea previa (99 m TC- MDP) .- Exámenes de laboratorio: hemograma completo, plaquetas, Creatinina Pre y en seguimiento hasta 3 meses .- Hospitalización .- No Incluye suministro de médicamento .- Complicaciones .- Material Radioactivo .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.862.124
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Neumología				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**

320201.	RESECCION DE LESION EN BRONQUIO VIA ENDOSCOPICA	.- Honorarios Médicos (Neumólogo y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de endoscopia .- Equipo argón, electrocauterio, fluoroscopia .- Eco Radial .- Valoración preanestésica (1) .- Insumos Aproximados durante el procedimiento .- Equipo Criosonda	.- Stent .- Balón .- Biopsia .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Complicaciones .- Patología .- No incluye la valoración inicial previa al procedimiento por parte del Neumólogo .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 9.919.506
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
321401.	DILATACION DE BRONQUIO VIA ENDOSCOPICA	.- Honorarios Médicos (Neumólogo y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de endoscopia .- Equipo argón, electrocauterio, fluoroscopia .- Eco Radial .- Valoración preanestésica (1) .- Insumos Aproximados durante el procedimiento .- Equipo Criosonda	.- Stent .- Balón .- Biopsia .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Complicaciones .- Patología .- No incluye la valoración inicial previa al procedimiento por parte del Neumólogo .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 9.919.506
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
El paquete Se incluye para los procedimientos que se describen a continuación: Colocación de Stent en la vía aérea, Dilatación con Balón de la vía aérea o Traqueoplastia, Broncoscopia con utilización de argón o Electrocoagulación Endoscópica.				
881213.	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE MEDIASTINO TRAQUEA Y BRONQUIOS	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 14.209.652
Inclusiones	.- Honorarios médicos (Neumólogo y Anestesiólogo) .- Derecho de sala de endoscopia .- Equipo endosonografo .- Aguja de Aspiración .- Insumos Aproximados durante el procedimiento .- Estudios Anatomopatológicos según el diagnóstico así: **1. SOSPECHA DE CARCINOMA O METASTASIS:** **.-** Estudio por congelación .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica en Biopsia .- Estudio de coloración básica en citología de líquido corporal o secreción .- Estudio de coloración básica en biopsia .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica en espécimen de reconocimiento			
Inclusiones	**2. SOSPECHA DE LINFOMA/PROCESOS INTERSTICIALES LINFOCITARIOS:** .- Estudio por congelación .- Estudio de citometria de flujo en Espécimen con múltiple muestreo .- Estudio de coloración básica en Biopsia .- Estudio de coloración Inmunohistoquimica en Espécimen de Reconocimiento **3. INFECCIOSAS:** .- Estudio por congelación .- Estudio de coloración básica en Biopsia .- Mycobacterium Identificación por PCR .- Baciloscopia coloración para acido alcohol resistente y lectura .- Mycobacterium Tuberculosis cultivo			

Exclusiones	.- Valoración preanestésica .- Otros exámenes diagnósticos .- Hospitalización .- Complicaciones .- No incluye valoración inicial previa al procedimiento por parte del neumólogo .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Es un estudio de broncoscopia con ultrasonido lineal en tiempo real que es capaz de identificar las lesiones aledañas a la pared y permite tomarles una biopsia o citología aspirativa con una aguja fina.				
893819.	MEDICION DE LA FRACCION EXHALADA DE OXIDO NITRICO	.- Uso del Equipo Monitor de Óxido Nítrico .- Boquilla desechable	.- Consulta con especialista	$ 253.381
Observación: Procedimiento por medio del cual se evalúa el grado de inflamación de la vía aérea. El procedimiento es realizado por las especialidades de **Neumología y Alergología.**				

Paquetes de Neurocirugía

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
011307.	BIOPSIA DE CEREBRO PROFUNDA POR ESTEREOTAXIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN (después de realizado el procedimiento) .- Derecho de Equipo: Equipo de Estereotaxia (uso Total) .- Patología y coloraciones .- Exámenes prequirúgicos: Cuadro Hemático, Tiempo de Protombina (PT), Tiempo de Tromboplastina, Creatinina en suero orina u otros, Rx de Tórax, EKG .- Valoración preanestésica (1)	.- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Kit de Craneotomo .- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- Banco de sangre .- Aplicación y procesamiento de banco de sangre .- Inmunohistoquimica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.105.741
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
012210.	REVISION DE NEUROESTIMULADOR	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración preanestésica (1) .- Exámenes prequirúrgicos: Cuadro Hemático, Tiempo de Protombina (PT), Tiempo de Tromboplastina, Creatinina en suero orina u otros, Rx de Tórax, EKG	.- Hospitalización .- Estimulador .- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- Banco de sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 19.658.613
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

013201.	SECCION DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES) CON ABLACION POR ESTEREOTAXIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN (después de realizado el procedimiento) .- Derecho de Equipo: EQ083 Equipo de estereotaxia (Uso total durante el procedimiento), EQ063 Generador de radiofrecuencia (Uso Total durante la cirugía) .- Monitoria Intrahospitalaria por Neurólogo Clínico y control postquirúrgico hasta el día 30 .- Resonancia magnética cerebral (1) .- Valoración preanestésica (1) .- Exámenes prequirúrgicos: Cuadro Hemático, Tiempo de Protombina (PT), Tiempo de Tromboplastina, Creatinina en suero orina u otros, Rx de Tórax, EKG	.- Hospitalización en UCI, estancia y/o exámenes adicionales a los definidos en las inclusiones .- Aplicación y procesamiento de banco de sangre .- Estimulador cerebral ni Electrodos .- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 23.590.335
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
013202-01.	CIRUGIA DE EPILEPSIA SECCION DE (FOCO CONVULSIVO)TEJIDO CEREBRAL POR CRANEOTOMIA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 26.771.122
Inclusiones	Segundo tiempo quirúrgico: Retiro de electrodos más resección del foco convulsivo (013202) .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Insumos y medicamentos en sala (Cubre los siguientes grupos de medicamentos: Anestesia, analgesia intraoperatoria y antibioticos profilácticos excepto Ertapenem) .- Todos los medicamentos diferentes a estos grupos se facturarán por consumo o actividad .- Implante para craneotomía cantidad (2) .- TAC de craneo simple postquirúrgico cantidad (1) .- Hospitalización postquirúrgica en la unidad de cuidado intensivo (UCI) cantidad (2) .- Hospitalización postquirúrgica PISO cantidad (2) .- Insumos y medicamentos básicos en hospitalización			
Exclusiones	.- Exámenes prequirúrgicos .- Prueba neuropsicológica .- PET o SPECT cerebral en caso de requerirse .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Hospitalización adicional a la definida en las inclusiones .- Valoración preanestésica .- Banco de sangre o patología .- Neuronavegador			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
En caso de realizarse el paquete de Implantación de electrodo (028307-01.) y el paquete Sección de foco convulsivo (013202-01.), ambos se facturarán al 100%				

021214-1P	CORRECCION ENCEFALOCELE CRANEOFACIAL COMPLEJO	.- Honorarios médicos (Neurocirujano, Cirujano Plástico, Cirujano Maxilofacial, Otorrinolaringólogo, Oftalmología-Oculoplastia, Anestesiólogo) .- Derecho de sala .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 3 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 3 días en piso .- Seguimiento por junta de especialistas durante un año .- Valoración prequirúgica(1) y preanestésica (1)	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis ni sus insumos, Materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudio patológico, ni Coloración Inmunohistoquimica .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Materiales de osteosíntesis .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 79.662.152
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
022105.	TERCER VENTRICULOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de equipo .- Derecho de sala de recuperación .- Valoración prequirúrgica (1) .- Valoración preanestésica (1) .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN .- Insumos y medicamentos en estancia hospitalaria	.- Aplicación y procesamiento de banco de sangre .- Atención de urgencias (se cobra adicional al valor del paquete) .- Complicaciones .- Estancia adicional a los definidos en el paquete .- Exámenes diagnósticos pre y post .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 12.013.594
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
028307-01.	CIRUGIA DE EPILEPSIA IMPLANTACION DE ELECTRODO PARA ESTIMULACION CEREBRAL POR CRANEOTOMIA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 64.326.674
Inclusiones	Primer tiempo quirurgico: Implantación de electrodo para estimulación cerebral por craneotomía (028307) .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación . - Electrodo cortical hasta 32 canales cantidad (1) .- Derecho de equipo Leyend .- Telemetría intraoperatoria .- Insumos y medicamentos en sala (Cubre los siguientes grupos de medicamentos: Anestesia, analgesia intraoperatoria y antibioticos profilácticos excepto Ertapenem) .- Todos los medicamentos diferentes a estos grupos se facturarán por consumo o actividad .- TAC de craneo simple postquirúrgico cantidad (1) .- Ubicación del foco convulsivo: * Telemetría hasta 4 días (Honorarios y Equipo) * Hospitalización postquirurgíca 4 días en la unidad de cuidado intermedio (UCIN) .- Insumos y medicamentos básicos en hospitalización			

Exclusiones	.- Exámenes prequirúrgicos .- Prueba neuropsicológica .- PET o SPECT cerebral en caso de requerirse .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Hospitalización adicional a la definida en las inclusiones .- Valoración preanestésica .- Banco de sangre o patología .- En caso del que el paciente requiera electrodos mayores a 32 canales, se facturarán por fuera del paquete **.- Navegación electromagnética**		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
En caso de realizarse el paquete de Implantación de electrodo (028307-01.) y el paquete Sección de foco convulsivo (013202-01.), ambos se facturarán al 100%			
028308.	IMPLANTACION DE ELECTRODO PARA ESTIMULACION CEREBRAL PROFUNDA POR ESTEREOTAXIA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 45.870.097
Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN (después de realizado el procedimiento) .- Derecho de Equipo: EQ083 Equipo de estereotaxia (Uso total Durante la Cirugía), **EQ125 Equipo Leyend** (Uso Total durante la Cirugía), EQ009 Intensificador de Imagen (Uso total durante la cirugía) **.- Programación o Reprogramación de estimulador cerebral (Consulta por Neurólogo clínico hasta 3)** **.- Resonancia magnética cerebral Simple prequirúrgica bajo sedación (Honorario y recargo de anestesia) (1)** **.- Tac de Craneo con contraste postquirúrgica (1)** **.- Exámenes prequirúrgicos: Cuadro Hemático, Tiempo de Protombina (PT), Tiempo de Tromboplastina, Creatinina en suero orina u otros, Rx de Tórax, EKG** .- Valoración preanestésica (1)		
Exclusiones	**.- Microregistro** .- Hospitalización en UCI .- Estancia y/o exámenes adicionales a los definidos en las inclusiones .- Aplicación y procesamiento de banco de sangre .- Estimulador cerebral ni electrodos .- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			

15206-01.	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE SENOS PARANASALES Y BASE DEL CRANEO VIA COMBINADA	.- Honorarios médicos (Neurocirujano, Otorrinolaringólogo y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en UCI (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 2 días en UCIN, hospitalización postquirúrgica 2 días en piso .- Estudio patológico (1) y Estudio de Coloración Inmunohistoquimica (1) .- Banco de sangre: procesamiento y Aplicación de Glóbulos Rojos hasta 3 unidades	.- Valoraciones prequirúrgicas y preanestésicas .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- No incluye plasmaferesis así como los insumos, materiales y pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Todos los demás Medicamentos empleados en el quirófano diferentes a los grupos mencionados en las inclusiones .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 48.663.192
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Se incluye para pacientes con patología tumoral de base de cráneo, cuyo abordaje requiera la combinación de especialidades y la utilización de alta tecnología.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
42103.	RIZOTOMIA DE NERVIO CRANEAL	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Derecho de Equipo: EQ013 Equipo de radiofrecuencia (Uso Total), EQ009 Intensificador de Imagen (Uso Total) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos Especiales: Electrodo Trigeminal y Guía trigeminal .- Valoración preanestésica (1) .- Exámenes prequirúrgicos: Cuadro Hemático, Tiempo de Protombina (PT), Tiempo de Tromboplastina , Creatinina en suero orina u otros, Rx de Tórax, EKG	.- Hospitalización .- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- Banco de Sangre .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 7.645.015
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
922801-08.	TERAPIA INTRACAVITARIA INTRACRANEAL CON RADIOISOTOPOS	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 22.838.141
Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano, Anestesiólogo y Ayudante) .- Derecho de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Derecho de Equipo: Equipo de Esterotaxia (Uso total durante el procedimiento), Intensificador de imagen (Uso total durante la cirugía) .- (3) controles POP (1 cada mes) .- Honorarios medicina nuclear Terapia Intracavitaria con Isotopos radiactivos (3 valoraciones prequirúrgicas, aplicación del médicamento, (1) postquirúrgico) .- Resonancia magnética cerebral (1) prequirúrgica .- Exámenes prequirúrgicos (Cuadro Hemático 1, Tiempo de Protombina 1, Tiempo de Tromboplastina 1, Creatinina en suero orina u otros 1) .- Valoración preanestésica (1) .- Reservorio de Omaya			

Exclusiones	.- Hospitalización en UCI y UCIN, Estancia y/o exámenes adicionales a los definidos en las inclusiones .- Aplicación y procesamiento de banco de sangre .- Fármaco ni material radioactivo como Rheniun, Fosforo, Itrium .- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	

Paquetes de Neurología

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
891703.	POLISOMNOGRAMA EN TITULACION DE DISPOSITIVO MEDICO	.- Hospitalización en piso 1 día .- Insumos, medicamentos del procedimiento .- Honorario Especialista .- Equipo CPAP	.- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones. .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.580.019
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
891704.	ESTUDIO FISIOLOGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFIA]	.- Hospitalización en piso 1 día .- Insumos, medicamentos del procedimiento .- Honorario Especialista	.- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Equipo CPAP .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.145.512
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
891901-01.	TELEMETRIA 6 HORAS	.- Honorario del estudio de telemetría 6 horas .- Equipo de Telemetría .- 1 día de habitación para telemetría .- 1 manejo diario (Visita hospitalaria)	.- Exámenes diagnósticos .- Estancia diferente a la habitación para telemetría .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Insumos y Medicamentos .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.023.768
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
891901-02.	TELEMETRIA 12 HORAS	.- Honorario del estudio de telemetría 12 horas .- Equipo de Telemetría .- 1 día de habitación para telemetría .- 1 manejo diario (Visita hospitalaria)	.- Exámenes diagnósticos .- Estancia diferente a la habitación para telemetría .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Insumos y Medicamentos .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.279.916
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

891901-03.	TELEMETRIA 24 HORAS	.- Honorario del estudio de telemetría 24 horas .- Equipo de Telemetría .- 1 día de habitación para telemetría .- 1 manejo diario (Visita hospitalaria)	.- Exámenes diagnósticos .- Estancia diferente a la habitación para telemetría .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Insumos y Medicamentos .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.792.222
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Oculoplastia				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
098106-01.	DACRIOCISTORRINOSTOMIA DCR ENDOSCOPICA	.- Honorarios médicos (cirujano oculoplastia, cirujano otorrino y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de equipo: Microscopio de oftalmología .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Valoración preanestésica .- Injerto corneal y/o injerto de esclera .- Conformador, implante ocular .- Membrana Amniótica .- Set de Craforwrd .- Material de Osteosíntesis .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes prequirúrgicos .- Valoración prequirúrgica .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 10.668.470
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
82407-01.	DESCOMPRESION Y RECONSTRUCCION DE ORBITA O PARPADO	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de equipo Microscopio de Oftalmología .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Valoración preanestésica .- Injerto Corneal y/o Injerto de Esclera .- Conformador .- Implante ocular .- Set de Craforwrd .- Membrana amniótica .- Material de Osteosíntesis .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes prequirúrgicos .- Valoración prequirúrgica .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.422.476
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

82407-02.	RESECCION TOTAL DE ORBITA Y/O PARPADO MAS RECONSTRUCCION TOTAL CON INJERTO	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de equipo Microscopio de Oftalmología .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Valoración Preanestésica .- Injerto Corneal y/o Injerto de Esclera .- Conformador .- Implante ocular .- Membrana Amniótica .- Set de Craforwrd .- Material de Osteosíntesis .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes prequirúrgicos .- Valoración prequirúrgica .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 11.604.300
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

Paquetes de Oftalmología

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
118204	IMPLANTE DE DISPOSITIVO EN CORNEA ASISTIDO	.- Honorarios médicos (cirujano) .- Derechos de sala .- Derecho de equipo (Microscopio Oftalmología) .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Anillos Intraestromales .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Hospitalización .- Material y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y postquirúrgicos .- Valoración prequirúrgica y postquirúrgica .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.938.925
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
116101-01.	QUERATOPLASTIA PEDIATRICA	.- Derechos de sala .- Derecho de equipo 1 tiempo (Microscopio de oftalmología y Faco) .- Instrumentación .- Valoración preanestésica (1) .- Recuperación .- Honorarios médicos .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- 1/2 ampolla de acido hialuronico o 1 ampolla de metilcelulosa en caso de una mayor cantidad o necesitarse otro viscoelastico especial se cobrarará adicional .- Incluye Mitomicina o 5 Flurouracilo	.- Viscoelastico especial .- Colorantes Azul Tripan .- Lente intraocular .- Consulta prequirúgicas .- Set de intubación lacrimal de silastic .- Hospitalización pre y postquirúrgica .- Prótesis oculares .- Injerto de esclera (1/4) .- Injerto corneal .- Trepano .- Comformador .- El implante ocular .- Válvula Amhed .- Krupin, Baerveldt .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y postquirúrgicos .- Equipo Vitrectomo .- Camisa micro, punta 45, punta de polímero .- Duovisc, Provisc .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 6.771.297

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
116202-01.	QUERATOPLASTIA PENETRANTE	.- Derechos de sala .- Derecho de equipo 1 tiempo (Microscopio de oftalmología y Faco) .- Instrumentación .- Valoración preanestésica (1) .- Recuperación .- Honorarios médicos .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- 1/2 ampolla de acido hialuronico o 1 ampolla de metilcelulosa en caso de una mayor cantidad o necesitarse otro viscoelastico especial se cobrará adicional .- Incluye Mitomicina o 5 Flurouracilo	.- Viscoelastico especial .- Colorantes Azul Tripan .- Lente intraocular .- Consulta prequirúgicas .- Set de intubación lacrimal de silastic .- Hospitalización pre y postquirúrgica .- Prótesis oculares .- Injerto de esclera (1/4) .- Injerto corneal .- Trepano .- Comformador .- El implante ocular .- Válvula Amhed .- Krupin, Baerveldt .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y postquirúrgicos .- Equipo Vitrectomo .- Camisa micro, punta 45, punta de polímero .- Duovisc, Provisc .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.805.482
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
116401.	ESCLEROQUERATOPLASTIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Segundo Cirujano y Anestesiólogo) .- Derecho de sala .- Derecho de recuperación .- Derechos de equipo: Microscopio y Vitrectomo .- Insumos básicos del procedimiento .- Insumos especiales: Prótesis, tejido corneal, Trepano Barron y Punch d.barron.	.- Hospitalización .- Banco de Sangre .- Complicaciones .- Insumos especiales diferentes a los nombrados en las inclusiones .- Exámenes de diagnóstico .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 44.851.974
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
117302-02.	IMPLANTE DE PROTESIS CORNEANA KPRO	.- Honorarios Medicos Cirujano y Anestesiólogo .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de equipo Microscopio Oftalmologia y Vitrectomo .- Derecho de recuperación .- Insumos y medicamentos en sala (Cubre los siguientes grupos de medicamentos: Anestesia, analgesia intraoperatoria y antibioticos profilácticos excepto Ertapenem) .- Todos los medicamentos diferentes a estos grupos se facturarán por consumo o actividad .- Insumos especiales: 1 Keratoprotesis corneal, 1 Tejido corneal, 1 Trepano Barron 7.5mm y Punch d.barron 8,0	.- Examenes Diagnosticos .- Atención de urgencias .- Hospitalización .- Complicaciones .- Insumos especiales diferentes a los nombrados en las inclusiones	$ 33.655.131
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

118303.	ENTRECRUZAMIENTO DE COLAGENO CORNEAL	.- Honorarios médicos (cirujano) .- Derechos de sala .- Derechos de equipo + Riboflavina .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.286.036
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
130003-01.	CORRECCION CATARATA INFANTIL CONGENITA	.- Derechos de sala .- Derecho de equipo 1 tiempo (Microscopio de oftalmología y Faco) .- Instrumentación .- Valoración preanestésica (1) .- Recuperación .- Honorarios médicos .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- 1/2 ampolla de acido hialuronico o 1 ampolla de metilcelulosa en caso de una mayor cantidad o necesitarse otro viscoelastico especial se cobrarará adicional .- Incluye Mitomicina o 5 Flurouracilo	.- Viscoelastico especial .- Colorantes Azul Tripan .- Lente intraocular .- Consulta prequirúgicas .- Set de intubación lacrimal de silastic .- Hospitalización pre y postquirúrgica .- Prótesis oculares .- Injerto de esclera (1/4) .- Injerto corneal .- Trepano .- Comformador .- El implante ocular .- Válvula Amhed .- Krupin, Baerveldt .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y postquirúrgicos .- Equipo Vitrectomo .- Camisa micro, punta 45, punta de polímero .- Duovisc, Provisc .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.100.856
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
130003-02.	FACO EMULSIFICANTE DE CATARATA LIO	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 4.369.796
Inclusiones	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derecho de equipo (Microscopio de oftalmología y Faco) .- Instrumentación .- Valoración preanestésica (1) .- Recuperación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos Especiales: Cessette Centurion (1), Cuchillet Faco (2), Duovisc o Provisc (1), Punta 45 o 30 (1), Camisa Micro (1), Punta de Polímero (1)			

Exclusiones	.- Insumos como Pack combinado, Pieza Vitrectomia 4000, illum Laser, Pak Vfc, Canula Charles, Sonda Endodiatermia, Vicryl, Sutura Mersilene, Banda Silicona, acido hialuronico, Metilcelulosa, Mitomicina, Flurouracilo, Retractor de Iris. .- Equipos adicionales a los descritos en las inclusiones .- Viscoelastico especial .- Colorantes Azul Tripan .- Lente intraocular .- Consulta prequirúgicas .- Set de intubación lacrimal de silastic .- Hospitalización pre y postquirúrgica .- Prótesis oculares .- Injerto de esclera (1/4) .- Injerto corneal .- Trepano .- Comformador .- El implante ocular .- Válvula Amhed .- Krupin, Baerveldt .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y postquirúrgicos .- Equipo Vitrectomo .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
154001-01.	CORRECCION ESTRABISMO BAJA COMPLEJIDAD	.- Derechos de sala .- Derecho de equipo 1 tiempo (Microscopio de oftalmología y Faco) .- Instrumentación .- Valoración preanestésica (1) .- Recuperación .- Honorarios médicos .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- 1/2 ampolla de acido hialuronico o 1 ampolla de metilcelulosa en caso de una mayor cantidad o necesitarse otro viscoelastico especial se cobrará adicional .- Incluye Mitomicina o 5 Flurouracilo	.- Viscoelastico especial .- Colorantes Azul Tripan .- Lente intraocular .- Consulta prequirúgicas .- Set de intubación lacrimal de silastic .- Hospitalización pre y postquirúrgica .- Prótesis oculares .- Injerto de esclera (1/4) .- Injerto corneal .- Trepano .- Comformador .- El implante ocular .- Válvula Amhed .- Krupin, Baerveldt .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y postquirúrgicos .- Equipo Vitrectomo .- Camisa micro, punta 45, punta de polímero .- Duovisc, Provisc .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.535.221
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

154004-01.	CORRECCION ESTRABISMO MEDIANA COMPLEJIDAD	.- Derechos de sala .- Derecho de equipo 1 tiempo (Microscopio de oftalmología y Faco) .- Instrumentación .- Valoración preanestésica (1) .- Recuperación .- Honorarios médicos .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- 1/2 ampolla de acido hialuronico o 1 ampolla de metilcelulosa en caso de una mayor cantidad o necesitarse otro viscoelastico especial se cobrarará adicional .- Incluye Mitomicina o 5 Flurouracilo	.- Viscoelastico especial .- Colorantes Azul Tripan .- Lente intraocular .- Consulta prequirúgicas .- Set de intubación lacrimal de silastic .- Hospitalización pre y postquirúrgica .- Prótesis oculares .- Injerto de esclera (1/4) .- Injerto corneal .- Trepano .- Comformador .- El implante ocular .- Válvula Amhed .- Krupin, Baerveldt .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y postquirúrgicos .- Equipo Vitrectomo .- Camisa micro, punta 45, punta de polímero .- Duovisc, Provisc .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.590.582
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
169006.	INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	.- Honorarios médicos (cirujano) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de sala de recuperación .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (3) controles postquirúrgicos	.- Complicaciones .- Hospitalización .- Exámenes prequirúrgicos ni intraoperatorios .- Medicamentos Intravitreos tales como el Lucentis, el Avastin, entre otros .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.142.863
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
169006-01.	INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA TERAPIA ANTIANGIOGENICA	.- Honorarios médicos (Cirujano) .- Derecho de sala de cirugía .- Derecho de sala de recuperación .- (3) controles postquirúrgicos .- medicamentos Intravitreos tales como el Lucentis, el Avastin, Aflibercept	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Complicaciones .- Hospitalización .- Exámenes prequirúrgicos ni intraoperatorios .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 7.738.600
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

890276-01.	EXAMEN BAJO ANESTESIA GENERAL OFTALMOLOGIA UNILATERAL	.- Derechos de sala .- Derecho de equipo 1 tiempo (Microscopio de oftalmología y Faco) .- Instrumentación .- Valoración preanestésica (1) .- Recuperación .- Honorarios médicos .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- 1/2 ampolla de acido hialuronico o 1 ampolla de metilcelulosa en caso de una mayor cantidad o necesitarse otro viscoelastico especial se cobrará adicional .- Incluye Mitomicina o 5 Flurouracilo	.- Viscoelastico especial .- Colorantes Azul Tripan .- Lente intraocular .- Consulta prequirúgicas .- Set de intubación lacrimal de silastic .- Hospitalización pre y postquirúrgica .- Prótesis oculares .- Injerto de esclera (1/4) .- Injerto corneal .- Trepano .- Comformador .- El implante ocular .- Válvula Amhed .- Krupin, Baerveldt .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos y postquirúrgicos .- Equipo Vitrectomo .- Camisa micro, punta 45, punta de polímero .- Duovisc, Provisc .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.644.674
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
992506-01.	ADMINISTRACION (INFUSION O PERFUSION) DE QUIMIOTERAPIA INTRARTERIAL OFTALMICA	.- Honorarios médicos (Cirujano: Neurointervencionista, Hemato-Oncologo, Oftalmólogo y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de hemodinamia .- Sala de recuperación .- Instrumentación .- Derecho de equipo cineangio .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Exámenes prequirúrgicos: (Hemograma, creatinina, PT, PTT) .- Valoración preanestésica (1) .- insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Insumos y medicamentos hospitalarios .- Incluye la realización de un examen oftálmico bajo anestesia general .- médicamento Melfalan y Topotecan	.- Exámenes diagnósticos y procedimientos prequirúrgicos y postquirúrgicos .- Banco de sangre .- Internación adicional a la definida en las inclusiones .- Laboratorio clínico e imágenes diagnósticas no convencionales .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 26.114.615
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete incluye la Embolización del tumor, la Angiografia cerebral 4 vasos, aplicación de la quimioterapia en la arteria y un Examen oftalmológico bajo anestesia.				

Paquetes de Ortopedia

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor

054204.	RECONSTRUCCION DE PLEJO	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de Sala de cirugía .- Derecho de Equipo Microscópico .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Suturas de Microcirugía .- Colagenasa Guardis .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis, insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Estudios anatomopatologicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia Hospitalaria .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 17.922.749
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Se incluye para pacientes con lesión de plejo braquial traumática reciente, de no mas de 3 meses de evolución y parcial				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
44301.	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO VIA ENDOSCOPICA	.- Derechos de sala y equipos .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica y preanestésica (1) .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Kit de liberación endoscópica	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Pacientes de atención en urgencias .- Clavos de Steimnann .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.686.676
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
775107-01.	HALLUX VALGUS UNILATERAL	.- Derechos de sala .- Derecho de equipos .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica (1) y preanestésica (1) .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante)	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en Hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Pacientes de atención en urgencias .- Clavos de Steimnann .- Materiales de Osteosíntesis (interferencia o Grapas) .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.184.389
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

775107-02.	HALLUX VALGUS BILATERAL	.- Derechos de sala .- Derecho de equipo (Motor Stryker) .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica (1) y preanestésica (1) .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante)	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Pacientes de atención en urgencias .- Clavos de Steimnann .- Materiales de osteosíntesis (interferencia o Grapas) .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- Equipos no especificados en las inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.643.466
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
775107-03.	CORRECCION DE HALLUX VALGUS UNILATERAL CON CORRECCION DE DEDOS MENORES	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derecho de equipo: Motor Intem .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Equipos no especificados en las inclusiones .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Material de osteosíntesis .- Complicaciones .- Banco de sangre .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.773.267
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Incluye: Corrección de dedo en garra, dedo en martillo, Corrección de Juanete, Juanetillo.				
775107-04.	CORRECCION DE HALLUX VALGUS BILATERAL CON CORRECCION DE DEDOS MENORES	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derecho de equipo: Motor Intem .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Material de osteosíntesis .- Complicaciones .- Banco de sangre .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.866.318
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Incluye: Corrección de dedo en garra, dedo en martillo, Corrección de Juanete, Juanetillo.				

778501-01.	FIJACION EXTERNA BASICA Y/O ERRADICACION DE INFECCIONES UNILATERAL	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de Sala de cirugía .- Derecho de Equipos Intensificador y Leyend .- Cemento Óseo hasta 2 unidades .- (1) Rx Post Quirúrgico .- Planeamiento Sistematizado .- (1) Estudio de Coloración Básica + Cultivo para Bacterias, microbacterias y Hongos .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- Hospitalización .- Otros Insumos Especiales .- Material de Osteosíntesis .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Complicaciones .- Banco de Sangre .- Segundo tiempo quirúrgico (lavados, Colgajos, entre otros) .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 14.397.392
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Se incluye para manejo de Fracturas expuesta asociada a defectos óseos agudos y defecto de Cobertura (IIIB) o mal estado de partes Blandas Tscherne II-III Estrategia de Erradicación de Infecciones				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
835500-01.	CIRUGIA ARTICULAR COMPLEJA POR ARTROSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala .- Derecho de equipo (Artroscopio, Sheaver y Ecografo) .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica (1) .- Valoración preanestésica (1) .- Manguera de irrigación (2) o Juego de tuberías (1)	**.- Insumo Guardix Jering Pre-llena** .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Ningún tipo de material de osteosíntesis (tornillos, Anclajes, Aloinjertos, Placas, etc) .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Manejo del dolor postoperatorio .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- Pieza de mano y/o Punta de Radiofrecuencia, Electrodo, Cuchillas del Sheaver, Canulas de artrocopia, Fresa Acromionizer .- Equipos diferentes a los descritos en las inclusiones se facturaran por fuera del paquete .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 7.287.799
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
El paquete de Cirugía Articular Compleja por Artroscopia, Se incluye para la realización de cirugías múltiples con las siguientes especificaciones: Pacientes que hayan sido operados previamente por la misma patología, complicaciones de cirugías realizadas en otras instituciones Artroscopica o abierta, pacientes con inestabilidades multiligamentarias, pacientes a quienes se les debe realizara artroscopia mayor más osteotomia, pacientes con secuelas de fractura articulares.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

842401-01.	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de Sala de cirugía .- Derecho de Equipo Intensificador de Imagen y Microscópico .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Plasmaferesis, insumos, materiales, pruebas de banco de sangre que sean necesarias para su realización .- Trombosis de los vasos comprometidos, que puede terminar en revisión o amputación .- Material de osteosíntesis, Injerto óseo .- Estancia Hospitalaria .- Estudios anatomopatologicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 32.228.061
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este valor Se incluye para cada Segmento				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
849501-03.	CORRECCION DE DEFORMIDADES DE HUESOS LARGOS EN MULTIPLES PLANOS Y/O ALARGAMIENTOS VARIOS FOCOS DE CORTICOTOMIA	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de Sala de cirugía .- Derecho de Equipos Intensificador y Leyend .- Cemento Óseo hasta 2 unidades .- Planeamiento Sistematizado .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	**.- Insumo Stimulan Rapid Cure** .- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio .- Hospitalización .- Otros Insumos Especiales .- Material de Osteosíntesis .- Valoración prequirúrgica y preanestésica .- Complicaciones .- Banco de Sangre .- Segundo tiempo quirúrgico (lavados, Colgajos, entre otros) .- No incluye Insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 20.876.220
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Fijación externa para manejo de defectos óseos masivos >4 cm con varios focos de corticotomia: Tendem, Convergente, divergente Corrección de deformidades en múltiples planos: mano, pie, articulaciones				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
849501-13.	CIRUGIA ORTOPEDICA ONCOLOGICA CON RECONSTRUCCION OSTEOARTICULAR COMPLEJA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala - 6 Horas .- Derecho de recuperación .- Derecho de equipo Intensificado de Imagen .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Anatomía Patológica (1)	**.- Linfogamagrafia** .- Insumos en hospitalización .- Pinza desechable Ligasure .- Material de osteosíntesis (Aloinjertos, Tornillos, Placas, Prótesis articulares etc) .- Hospitalización .- Valoración prequirúrgica .- Valoración Preanestésica .- Complicaciones .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 23.715.620
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Observación: Comprende cirugías por resección de tumores óseos o de tejidos blandos o sus secuelas en pelvis, incluyendo amputaciones (hemipelvectomías parciales o totales). Además, se Se incluye para cirugías por tumores en miembros superiores o inferiores que causen defectos masivos que requieran reconstrucciones complejas con prótesis articulares, aloinjertos óseos estructurales u osteocondrales y/ artrodesis en articulaciones mayores.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
881630-01.	INFILTRACION DE CADERA BAJO ECOGRAFIA	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derecho de ecografo .- Derecho de recuperación .- (1) Aguja Sonoplex .- Incluye insumos y los siguientes grupos de medicamentos en sala relacionados con la anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad	.- Valoración preanestésica .- Complicaciones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.058.830
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

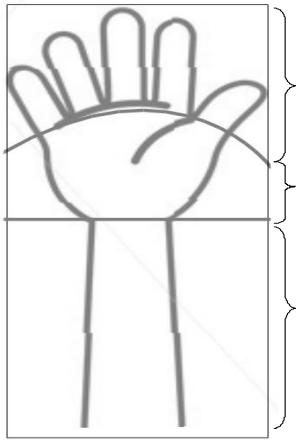
Paquetes de Cirugía Ortopedica Compleja				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
849501-01.	CIRUGIA ORTOPEDICA COMPLEJIDAD MEDIA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Material y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Material y medicamentos en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 3 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Laboratorio de rutina .- Rx (1) POP .- Consulta preanestésica (1)	.- Material de osteosíntesis .- Prótesis articulares, etc .- UCI .- Complicaciones .- Banco de sangre .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 9.829.305
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

849501-02.	CIRUGIA ORTOPEDICA COMPLEJIDAD ALTA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Material y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Material y médicamento en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 4 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Laboratorio de rutina .- Reserva banco de sangre (1 rastreo de anticuerpos cod 911004 - 2 pruebas cruzadas cod. 911021) .- Rx (1) POP .- Consulta preanestésica (1)	.- Material de osteosíntesis .- Prótesis articulares, Etc .- UCI .- Complicaciones .- Banco de sangre .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 14.197.889
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
Paquetes de Cirugía Ortopedica Compleja - Artroscopia				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
814104.	OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA POR ARTROSCOPIA	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derecho de equipo (Sheaver, Artroscopio e Intensificador) .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en Sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- (1) día en Internación en habitación compartida	.- Hospitalización adicional a la mencionada en las inclusiones .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- Ningún tipo de material de osteosíntesis .- Anclajes .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Manejo del dolor post operatorio .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.908.388
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
836405-01.	ARTROSCOPIA	.- Derechos de sala .- Derecho de equipo (Artroscopio, Sheaver y Ecografo) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica (1) y preanestésica (1) .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Manguera de irrigación (2) o Juego de tubería (1)	.- Pacientes de atención en urgencias .- Clavos de Steimnann .- Materiales de osteosíntesis .- Kit de artroscopia de Eurociencia .- Exámenes prequirúrgicos .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- Pieza de mano y/o Punta de Radiofrecuencia, Electrodo, Cuchillas del Sheaver, Canulas de artrocopia, Fresa Acromionizer .- Aguja Biopsia .- Equipos diferentes a los descritos en las inclusiones se facturaran por fuera del paquete .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.724.217

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
El paquete de **ARTROSCOPIA** comprende la atención integral de uno o más de los siguientes procedimientos cualquiera sea la vía de acceso utilizada.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
Paquetes de Cirugía Ortopedica Compleja - Cirugía de Mano				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
791901-01.	CIRUGIA DE MANO MENOR COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala y equipos .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica (1) .- Valoración preanestésica (1)	.- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- La atención de urgencias se cobrará adicional al paquete .- Materiales de osteosíntesis .- Banco de sangre .- Manejo postquirúrgico con antibióticos .- Reintervenciones por infección .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.040.938
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
El paquete de CX DE MANO MENOR COMPLEJIDAD Se incluye para: el compromiso de uno o mas sistemas en un segmento. Ejemplo: Piel, tendones, Hueso o un dedo.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
823200-01.	CIRUGIA DE MANO MEDIANA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala y equipos .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica (1) .- Valoración preanestésica (1)	**.- Insumo Guardix Jering Pre-llena** .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- La atención de urgencias se cobrará adicional al paquete .- Materiales de osteosíntesis .- Banco de sangre .- Manejo postquirúrgico con antibióticos .- Reintervenciones por infección .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.657.313
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
El paquete de CX DE MANO MEDIANA COMPLEJIDAD Se incluye para: pacientes con compromiso de dos o mas dedos y/o el compromiso de dos segmentos. Incluye la rafia de nevios de un solo dedo (incluido abordaje por microcirugia) cuando este comprometido en el segmento distal, medial o proximal				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

824201-01.	CIRUGIA DE MANO MAYOR COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala y equipos .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Valoración prequirúrgica (1) .- Valoración preanestésica (1)	**.- Insumo Guardix Jering Pre-llena** .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes diagnósticos .- La atención de urgencias se cobrará adicional al paquete .- Materiales de osteosíntesis .- Banco de sangre .- Manejo postquirúrgico con antibióticos .- Reintervenciones por infección .- No incluye abordaje por microcirugía .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.955.592
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
El paquete de CX DE MANO MAYOR COMPLEJIDAD Se incluye para: pacientes que requieran el empleo de técnicas como Microcirugía, cirugía reconstructiva que involucre más de dos sistemas a distancia Ej. Transferencias nerviosas, colgajos vascularizados, entre otros). Incluye rafia de dos o más dedos (incluido abordaje por microcirugía) cuando estén comprometidos en el segmento distal, medio y proximal				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

Observación:



Segmento distal:
Incluye solo los dedos hasta las articulaciones metacarpo-falángicas, con posible compromiso Dorsal y palmar

Segmento Medio:
Incluye la Palma de la mano, hasta la muñeca

Segmento Proximal:
Incluye brazo y antebrazo

El paquete de CX DE MANO DE MENOR COMPLEJIDAD Se incluye para: el compromiso de uno o mas sistemas en un segmento.

Ejemplo: Piel, tendones, Hueso o un dedo.

El paquete de CX DE MANO DE MEDIANA COMPLEJIDAD Se incluye para: pacientes con compromiso de dos o mas dedos y/o el compromiso de dos segmentos.

Incluye la rafia de nevios de un solo dedo (incluido abordaje por microcirugia) cuando este comprometido en el segmento distal, medial o proximal.

El paquete de CX DE MANO DE COMPLEJIDAD MAYOR Se incluye para: pacientes que requieran el empleo de tecnicas como Microcirugia, cirugia reconstructiva que involucre mas de dos sistemas a distancia Ej: Transferencias nerviosas, colgajos vascularizados, entre otros).

Incluye rafia de dos o mas dedos (incluido abordaje por microcirugia) cuando esten comprometidos en el segmento distal, medio y proximal.

Paquetes de Reemplazos Articulares

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
815103-01.	REEMPLAZO PRIMARIO TOTAL CADERA NO CEMENTADA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 20.991.827

Inclusiones	.- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Derechos de preinducción .- (1) Valoración preanestésica .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Interconsulta de medicina física .- Terapias físicas hospitalarias por 2 días .- Exámenes prequirúrgicos (Hematocrito, Hemoglobina, Hemoclasificación, BUN, creatinina, Uroanalisis, glucosa, PT, PTT, Rx de Tórax, EKG) incluye un examen de cada uno de los anteriormente mencionados .- incluye 1 control postquirúrgico durante el primer mes posterior a la cirugía .- Insumos y medicamentos durante la hospitalización .- (2) consultas prequirúrgicas con medicina interna .- Bloqueo analgésico prequirúrgico
Exclusiones	.- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio como por ejemplo infarto agudo al miocardio, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia renal aguda, accidente cerebro vascular, lesión nerviosa y/o vascular, aflojamiento de la prótesis, infección de la prótesis, luxación de la prótesis, infección de la herida, entre otras .- Utilización de la UCI .- Exámenes prequirúrgicos diferentes a los descritos en las inclusiones .- Banco de sangre .- Reserva de glóbulos rojos empaquetados .- Pacientes de falla renal que requieran diálisis .- Pacientes con infecciones que requieran el uso de antibióticos o medicamentos de otras patologías .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Plaquetaferesis .- Terapia hematológica. Ej: Factor VII, Factor VIII, etc .- La atención de urgencias se facturará adicional al paquete .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:	

815103-02.	REEMPLAZO PRIMARIO TOTAL CADERA HIBRIDA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 18.945.254

Inclusiones	.- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Derechos de preinducción .- (1) Valoración preanestésica .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Interconsulta de medicina física .- Terapias físicas hospitalarias por 2 días .- Exámenes prequirúrgicos (Hematocrito, Hemoglobina, Hemoclasificación, BUN, creatinina, Uroanalisis, glucosa, PT, PTT, Rx de Tórax, EKG) incluye un examen de cada uno de los anteriormente mencionados .- Incluye 1 control postquirúrgico durante el primer mes posterior a la cirugía .- Insumos y medicamentos durante la hospitalización .- (2) consultas prequirúrgicas con medicina interna .- Bloqueo analgésico prequirúrgico

Exclusiones	.- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio como por ejemplo infarto agudo al miocardio, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia renal aguda, accidente cerebro vascular, lesión nerviosa y/o vascular, aflojamiento de la prótesis, infección de la prótesis, luxación de la prótesis, infección de la herida, entre otras .- Utilización de la UCI .- Exámenes prequirúrgicos diferentes a los descritos en las inclusiones .- Banco de sangre .- Reserva de glóbulos rojos empaquetados .- Pacientes de falla renal que requieran diálisis .- Pacientes con infecciones que requieran el uso de antibióticos o medicamentos de otras patologías .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Plaquetaferesis .- Terapia hematológica. Ej: Factor VII, Factor VIII, etc .- La atención de urgencias se facturará adicional al paquete .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:			
815103-03.	REEMPLAZO PRIMARIO TOTAL CADERA CEMENTADA CON PROTESIS	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 15.094.244
Inclusiones	.- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Derechos de preinducción .- (1) Valoración preanestésica .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Interconsulta de medicina física .- Terapias físicas hospitalarias por 2 días .- Exámenes prequirúrgicos (Hematocrito, Hemoglobina, Hemoclasificación, BUN, creatinina, Uroanalisis, glucosa, PT, PTT, Rx de Tórax, EKG) incluye un examen de cada uno de los anteriormente mencionados .- Incluye 1 control postquirúrgico durante el primer mes posterior a la cirugía .- Insumos y medicamentos durante la hospitalización .- (2) consultas prequirúrgicas con medicina interna .- Bloqueo analgésico prequirúrgico		
Exclusiones	.- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio como por ejemplo infarto agudo al miocardio, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia renal aguda, accidente cerebro vascular, lesión nerviosa y/o vascular, aflojamiento de la prótesis, infección de la prótesis, luxación de la prótesis, infección de la herida, entre otras .- Utilización de la UCI .- Exámenes prequirúrgicos diferentes a los descritos en las inclusiones .- Banco de sangre .- Reserva de glóbulos rojos empaquetados .- Pacientes de falla renal que requieran diálisis .- Pacientes con infecciones que requieran el uso de antibióticos o medicamentos de otras patologías .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Plaquetaferesis .- Terapia hematológica. Ej: Factor VII, Factor VIII, etc .- La atención de urgencias se facturará adicional al paquete .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			

Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:			
815302-01.	REVISION REEMPLAZOS ARTICULARES HOMBRO CODO CADERA Y RODILLA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 12.396.040
Inclusiones	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derecho de sala .- Derecho de equipo .- Derecho de recuperación .- Instrumentación .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Materiales y medicamentos en estancia hospitalaria .- Manejo del dolor de 2 a 3 días .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 2 días en piso .- Exámenes postquirúrgicos durante la hospitalización: (1 laboratorio de hemoglobina en la hospitalización, 1 laboratorio de hematocrito en la hospitalización, 1 radiografía de control en la hospitalización) .- Controles postoperatorios durante el primer mes .- (1) Valoración preanestésica .- Exámenes prequirúrgicos (Hematocrito 1, Hemoglobina 1, Hemoclasificación grupo abo y factor rh 1, Nitrógeno Ureico (BUN) 1, Creatinina en suero, orina u otros 1, Uroanalisis con sedimento y densidad urinaria 1, Radiografía 1, Electrocardiograma de ritmo o de superficie sod 1, Glucosa en suero, lcr u otro fluid diferente a orina 1) .- (2) consultas prequirúrgicas con medicina interna .- Bloqueo analgésico prequirúrgico		
Exclusiones	.- Estancia adicional a los definidos en el paquete .- Banco de sangre .- Prótesis .- Material de osteosíntesis .- Complicaciones .- Atención de urgencias (se cobra adicional al valor del paquete) .- Exámenes diagnósticos diferentes a los autorizados en el paquete .- No incluye equipo Leyend .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:			
815403-01.	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA CON PROTESIS	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 18.400.803
Inclusiones	.- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Derechos de preinducción .- (1) Valoración preanestésica .- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Interconsulta de medicina física .- Terapias físicas hospitalarias por 2 días .- Exámenes prequirúrgicos (Hematocrito, Hemoglobina, Hemoclasificación, BUN, creatinina, Uroanalisis, glucosa, PT, PTT, Rx de Tórax, EKG) incluye un examen de cada uno de los anteriormente mencionados .- incluye 1 control postquirúrgico durante el primer mes posterior a la cirugía .- Insumos y medicamentos durante la hospitalización .- (2) consultas prequirúrgicas con medicina interna .- Bloqueo analgésico prequirúrgico		

Exclusiones	.- Complicaciones médicas y/o quirúrgicas que se puedan presentar en el periodo postoperatorio como por ejemplo infarto agudo al miocardio, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia renal aguda, accidente cerebro vascular, lesión nerviosa y/o vascular, aflojamiento de la prótesis, infección de la prótesis, luxación de la prótesis, infección de la herida, entre otras .- Utilización de la UCI .- Exámenes prequirúrgicos diferentes a los descritos en las inclusiones .- Banco de sangre .- Reserva de glóbulos rojos empaquetados .- Pacientes de falla renal que requieran diálisis .- Pacientes con infecciones que requieran el uso de antibióticos o medicamentos de otras patologías .- Reintervenciones por sangrado o infecciones .- Complicaciones neurológicas .- Plaquetaferesis .- Terapia hematológica. Ej: Factor VII, Factor VIII, etc .- La atención de urgencias se facturará adicional al paquete .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
Siempre se tratará de utilizar prótesis Johnson & Johnson en los casos en que no sea posible se pactará como adicional la diferencia entre el costo de la prótesis utilizada y la incluida en el paquete.			
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:			
818010-01.	REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 24.201.339
Inclusiones	.- Prótesis de hombro .- Honorarios médicos (cirujano, ayudante, anestesiólogo) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de equipo .- Derecho de sala de recuperación .- Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en estancia hospitalaria .- Exámenes postquirúrgicos durante la hospitalización: laboratorio de hemoglobina en la hospitalización Cod. 902213 laboratorio de hematocrito en la hospitalización Cod. 902211 radiografía de hombro de control en la hospitalización Cod. 873204 .- Controles postoperatorios durante el primer mes .- (1) Valoración preanestésica .- Exámenes prequirúrgicos: Hematocrito, Hemoglobina, Hemoclasificación grupo abo y factor Rh, Nitrógeno ureico [bun], Creatinina en suero orina u otros, Uroanalisis con sedimento y densidad urinaria, Radiografía de hombro, Electrocardiograma de ritmo o de superficie sod, Glucosa en suero, lcr u otro fluido diferente a orina .- (2) consultas prequirúrgicas con medicina interna .- Bloqueo analgésico prequirúrgico		
Exclusiones	.- Banco de sangre .- Atención de urgencias (se cobra adicional al valor del paquete) .- Complicaciones .- Estancia adicional a los definidos en el paquete .- Exámenes diagnósticos diferentes a los autorizados en el paquete .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			

Observación: La prótesis utilizada Se incluye para reemplazo parcial o total de hombro. Se podrán utilizar las siguientes prótesis de acuerdo al diagnostico: 1. Artrosis total o parcial - Global advantage, Global advantage + cabeza CTA o Global CAP 2. Fracturas - Global fx			
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:			
818400.	REEMPLAZO TOTAL PROTESICO DE CODO	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 9.109.746
Inclusiones	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Derechos de sala de cirugía .- Derecho de equipo .- Derecho de sala de recuperación .- Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en estancia hospitalaria .- Controles postoperatorios durante el primer mes .- (1) Valoración preanetésica .- Exámenes prequirúrgicos: Hematocrito 1, Hemoglobina 1, Hemoclasificación grupo abo y factor rh 1, Nitrógeno Ureico (BUN) 1, Creatinina en suero 1, Uroanalisis con sedimento y densidad urinaria 1, PT 1, PTT 1, Rx de Tórax 1, Electrocardiograma de ritmo o de superficie 1, Glucosa en suero lcr u otro fluido diferente a orina 1 .- (2) consultas prequirúrgicas con medicina interna .- Bloqueo analgésico prequirúrgico		
Exclusiones	.- Prótesis .- Material de osteosíntesis .- Banco de sangre .- Atención de urgencias (se cobra adicional al valor del paquete) .- Complicaciones .- Estancia adicional a los definidos en el paquete .- Exámenes diagnósticos diferentes a los autorizados en el paquete .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			

Paquetes de Otorrinolaringología

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
207301-01.	CIRUGIA OTOLOGICA DE MEDIANA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación **.- Derecho de Equipo Microscopio Otorrino** .- Monitor de nervio facial .- Medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Biopsia simple hasta 3 **(898101)**	**.- Prótesis de Oído** .- Hospitalización .- Insumos y Medicamentos durante la hospitalización .- Banco de sangre .- No incluye coloración ni inmunohistoquímica .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Pegante biológico .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 11.134.139
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
209604.	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA	.- Derechos de sala .- Recuperación .- Instrumentación .- Insumos de cirugía .- Honorarios médicos (Especialista, Anestesiólogo y Ayudante) .- Consulta preanestésica (1) .- Valoración postquirúrgica por Otología (3) .- Evaluación y adaptación de prótesis y ayudas auditivas. .- Pruebas Audiológicas: Audiometría (1), Impedanciometria (1), Logoaudiometria (1), Campo Dinámico con y sin amplificación .- Encendido del sistema de Amplificación .- 3 controles por audiología posteriores al encendido (primero a los 8 días, segundo al mes y el tercero a los dos meses después del encendido)	.- Complicaciones .- Laboratorios prequirúrgicos .- Soft Band, Anclaje para prótesis auricular y sistema Vistafix .- Hospitalización .- Audífono e Implante oseointegrado .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Junta médica en caso de requerirla .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 5.471.803
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
209606.	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR CON PRESERVACION DE RESTOS AUDITIVOS	Etapa de programación operatoria y postquirúrgica: .- Vacuna contra Neumococo .- Hemograma (1), PT (1), PTT (1) .- Derechos de sala .- Recuperación .- Instrumentación .- Insumos de cirugía .- Honorarios médicos (Especialista, anestesiólogo, ayudante) .- Telemetría auditiva intraquirúrgica .- Equipo de monitoria de nervio facial (1) .- Evaluación Psicológica (2) .- **64** Terapias Fonoaudiológicas post implante coclear para pacientes pre y post linguales .- Programación de implante coclear ambulatorio (encendido y 2 controles) .- Valoración postquirúrgica por otología (3)	.- Sistema de implante coclear .- Sistema de procesador de sonido .- Potenciales evocados de estado estable y osteoemisiones acústicas .- Hospitalización en caso de ser necesario (es inusual) .- Insumos/Medicamentos en hospitalización .- Cocleografía por resonancia en caso de ser necesaria .- Complicaciones .- Pruebas audiológicas especiales .- Consulta preanestésica .- Laboratorios prequirúrgicos: Etapa inicial - Evaluación pre implante coclear .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 12.597.720
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

209607.	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR SIN PRESERVACION DE RESTOS AUDITIVOS	Etapa de programación operatoria y postquirúrgica: .- Vacuna contra Neumococo .- Hemograma (1), PT (1), PTT (1) .- Derechos de sala .- Recuperación .- Instrumentación .- Insumos de cirugía .- Honorarios médicos (Especialista, anestesiólogo, ayudante) .- Telemetría auditiva intraquirúrgica .- Equipo de monitoria de nervio facial (1) .- Evaluación Psicológica (2) .- 64 Terapias Fonoaudiológicas post implante coclear para pacientes pre y post linguales .- Programación de implante coclear ambulatorio (encendido y 2 controles) .- Valoración postquirúrgica por otología (3)	.- Sistema de implante coclear .- Sistema de procesador de sonido .- Potenciales evocados de estado estable y osteoemisiones acústicas .- Hospitalización en caso de ser necesario (es inusual) .- Insumos/Medicamentos en hospitalización .- Cocleografía por resonancia en caso de ser necesaria .- Complicaciones .- Pruebas audiológicas especiales .- Consulta preanestésica .- Laboratorios prequirúrgicos: Etapa inicial - Evaluación pre implante coclear .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 12.597.720
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
218405.	SEPTORRINOPLASTIA SECUNDARIA VIA TRANSNASAL	.- Honorarios médicos (Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo) .- Derechos de sala de cirugía (4 Horas) .- Derechos de recuperación .- Insumos del procedimiento	.- Hospitalización .- Patologías .- Exámenes de laboratorio .- Urgencias .- Valoración Preanestésica. - No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 7.717.394
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
226001-01.	RESECCION ENDOSCOPICA Y/O ABIERTA DE TUMOR BASE DE CRANEO SENOS PARANASALES Y NARIZ	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala de cirugía .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Materiales y medicamentos en sala .- Materiales y medicamentos en hospitalización .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 1 día en piso .- Banco de sangre: procesamiento y aplicación de 2 unidades de glóbulos rojos .- Valoración prequirúrgica (1) y preanestésica (1)	.- Embolización del tumor .- Medicamentos de uso ambulatorio después del egreso del paciente .- Banco de sangre adicional al mencionado en las inclusiones .- Material de osteosíntesis .- Estudio patológico, ni coloración inmunohistoquimica .- Exámenes diagnósticos prequirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Estancia adicional a la definida en las inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 24.090.227
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

890210-01.	EVALUACION PRE IMPLANTE COCLEAR	Etapa inicial -Evaluaciones Previas: .- Evaluación médica especializada por otología (2) .- Evaluación Audiológica (Impedanciometría, Audiometría y Logoaudiometría con la mejor amplificación) .- Evaluación psicológica (2) .- Evaluación Fonoaudiológica Preimplante Coclear (2 sesiones) .- Tac Multicorte de Oído Simple .- Prueba de Percepción del habla .- Junta médica de Implante Coclear (6) - Otorrino (2), Fonoaudiología (1), Audiología (2), Psicología (1)	.- Potenciales evocados de estado estable .- Otoemisiones Acústicas .- Hospitalización en caso de ser necesaria .- Insumos/ Medicamentos en hospitalización y procedimiento en caso de ser necesario .- Cocleografia por resonancia en caso de ser necesaria .- Pruebas Audiológicas Especiales .- Audiometría Comportamental .- Etapa de programación operatoria y postquirúrgica .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.849.202
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Una vez realizadas las evaluaciones previas el grupo interdisciplinario de Audiología, Fonoaudiología, Rehabilitación, Psicología y Otología de la FVL determinará si el paciente es candidato para cirugía.				
766602-01.	CIRUGIA MAXILOFACIAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD	.- Honorarios médicos (cirujano, ayudante y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de sala de recuperación .- Instrumentación .- Incluyen los medicamentos en sala relacionados con la anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán al consumo.	.- Valoración preanestésica .- Valoración prequirúrgica .- Anclaje y/o Minianclaje .- Injerto .- Material de osteosíntesis .- Hospitalización .- Materiales y Medicamentos en hospitalización .- Exámenes prequirurgicos .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.812.027
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

Paquetes de Psiquiatría

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
126A01-1.	TRATAMIENTO SEMANAL DE SALUD MENTAL PERINATAL	.- Internación en habitación individual en Unidad Psicosomática durante 7 días .- Una valoración diaria por psiquiatría .- Interconsulta por psicología .- Terapia individual por psicología .- Terapia familiar por psicología .- Terapia ocupacional .- Terapia física integral	.- Medicamentos .- Valoración por gineco-obstetricia .- Exámenes .- Atención del parto .- Monitoria fetal .- Supervisión permanente por enfermería .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 6.550.815
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Observación: Criterios de hospitalización en Unidad Psicosomática: 1. Enfermedad mental grave. Con criterio de hospitalización dado por entre otros a) Psicosis b) Riesgo de auto o heteroagresión c) Alteración grave del sueño d) intento fallido de manejo ambulatorio e) Imposibilidad justificada para manejo ambulatorio f) Enfermedad mental que al no estar controlada deteriora la condición ginecológica/pronostico perinatal 2. Paciente cuya situación de riesgo obstétrico ha sido controlada y ahora prima el riesgo derivado de la enfermedad mental 3. Pacientes en puerperio, con enfermedad mental que requiere hospitalización y tiene su bebe hospitalizado en UCI neonatal. Se pretende mantener el contacto y favorecer la lactancia, cuando sea posible 4. Paciente en puerperio, con enfermedad mental que requiere hospitalización, se permitirá la compañía del recién nacido sano para favorecer la lactancia, el vinculo, disminuir la ansiedad y culpa derivada de la separación del bebe, quien deberá estar con un cuidador primario, lo cual permitirá la observación directa del funcionamiento de la madre y la red de apoyo Criterios de exclusión 1. Trastornos de conducta alimentaria 2. Trastornos por adicción y relacionados con sustancias				
Si la estancia en la unidad psicosomática es menor o igual a 72 horas se facturará el 55% del valor del paquete Si la estancia en la unidad psicosomática es superior a 72 horas se cobrará el 100% del paquete				
Ver anexo. Flujograma Salud Mental Perinatal Espacios de Intervención.				
126A01-21.	HOSPITALIZACION PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE LA ALIMENTACION PRIMERA SEMANA	.- Habitación Individual 7 días .- Consulta de primera vez por médico clínico (Medicina Interna o Pediatría) .- Interconsulta diaria con Psiquiatría (Med. Tratante) .- Asistencia intrahospitalaria por nutrición y dietética .- Psicoterapia familiar por Psicología .- Psicoterapia individual por Psicología .- Asistencia intrahospitalaria por Terapia Ocupacional .- Auxiliar de Enfermería .- Exámenes de Laboratorio: TGO, TGP, GGT, BUN, Creatinina, Glicemia, Albumina, Proteínas totales, Cuadro Hemático, TSH, Ekg, Sodio, Potasio, Cloro, Fosforo, Magnesio, Calcio (cubre un examen de los aquí relacionados) .- medicamentos	.- Densitometria ósea .- Niveles de Estradiol .- Niveles de Testosterona (en Hombres) .- Niveles de Amilasa Sérica .- Niveles de Hormona Luteinizante y Foliculoestimulante (LH y FSH) .- Colocación de Sonda nasoyeyunal .- Nutrición parenteral .- Interconsultas con otros especialistas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 12.720.276
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
126A01-22.	HOSPITALIZACION PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE LA ALIMENTACION SEGUNDA SEMANA	.- Habitación Individual 7 días .- Control por médico clínico (Medicina Interna o Pediatría) .- Interconsulta diaria con Psiquiatría (Med. Tratante) .- Asistencia intrahospitalaria por nutrición y dietética .- Psicoterapia Familiar por Psicología .- Psicoterapia individual por Psicología .- Asistencia intrahospitalaria por Terapia Ocupacional .- Auxiliar de Enfermería .- Exámenes de Laboratorio, Sodio, Potasio, Cloro, Fosforo, Magnesio, Calcio, Ekg (cubre un examen de los aquí relacionados) .- medicamentos	.- Densitometria ósea .- Niveles de Estradiol .- Niveles de Testosterona (en Hombres) .- Niveles de Amilasa Sérica .- Niveles de Hormona Luteinizante y Foliculoestimulante (LH y FSH) .- Colocación de Sonda nasoyeyunal .- Nutrición parenteral .- Interconsultas con otros especialistas .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 11.642.451
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

943102-01.	ETAPA 1 - PROGRAMA AMBULATORIO DE TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	.-Valoración del especialista de Medicina interna o Pediatría una (1) vez al mes .- Control por Psiquiatría cuatro (4) al mes .- Psicoterapia individual por Psicología hasta seis (6) al mes (según necesidad del paciente) .- Psicoterapia de familia hasta cuatro (4) al mes (según necesidad del paciente) .- Valoración por Nutrición 4 al mes .- Hemograma (1) y Glicemia (1) .- Junta Médica (4) (Psiquiatría, Psicología Familia, Psicología Individual, Nutrición)	.- Hospitalización .- Valoración con otros especialistas .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Medicamentos .- Exámenes de laboratorio adicionales a los descritos en las inclusiones	$ 5.129.072
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
943102-03.	ETAPA 3 - PROGRAMA AMBULATORIO DE TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	.- Control por Psiquiatría una (1) al mes - Psicoterapia individual por Psicología hasta cuatro (4) al mes (según necesidad del paciente) - Psicoterapia de familia hasta dos (2) al mes (según necesidad del paciente) - Valoración por Nutrición 1 al mes - Junta Médica (4) (Psiquiatría, Psicología Familia, Psicología Individual, Nutrición)	.- Hospitalización .- Valoración con otros especialistas .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Medicamentos .- Exámenes de laboratorio	$ 3.023.453
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se dará de alta al paciente (sale del programa) cuando se tenga un control satisfactorio de los síntomas. Recuperación del peso mínimo saludable, recuperación de una ingesta activa aceptable, remisión de síntomas de inanición, remisión o reducción significativa de síntomas compensatorios (Abuso de ejercicio, vómito autoprovocado y/o abuso de laxantes); disminución significativa de la excesiva preocupación por el peso y la figura y mejoría significativa del funcionamiento global.				
943102-04.	ETAPA 2 - PROGRAMA AMBULATORIO DE TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	.- Valoración del especialista de Medicina interna o Pediatría una (1) vez al mes .- Control por Psiquiatría dos veces (2) al mes .- Psicoterapia individual por psicología hasta hasta seis (6) al mes (según necesidad del paciente) .- Psicoterapia de familia hasta cuatro (4) al mes (según necesidad del paciente) .- Valoración por Nutrición 2 al mes .- Junta Médica (4) (Psiquiatría, Psicología Familia, Psicología Individual, Nutrición)	.- Hospitalización .- Valoración con otros especialistas .- Atención de urgencias .- Complicaciones .- Medicamentos .- Exámenes de laboratorio	$ 4.175.244
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquete de Rehabilitación Pulmonar				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
894101.	PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR INTEGRADA (ERGOESPIROMETRIA)	.- Prueba de ejercicio cardiopulmonar integrada .- Gases arteriales pre y post.	.- Medicamentos .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.068.751
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Terapia Endovascular				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
380210.	TROMBOLISIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLOVIA ENDOVASCULAR	.- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Insumos y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Derechos de equipo (cinenagio) .- Insumos especiales : Introductor (3), Guía (1), Cateter Diagnostico (2), Medio de contraste hasta 150 ml	.- Hospitalización .- Insumos y Medicamentos en hospitalización .- Valoración preanestésica .- Laboratorios y/o imágenes diagnósticas .- Banco de sangre .- Atención de urgencias (se cobra adicional al valor del paquete) .- Complicaciones .- Estancia adicional a la definida en el paquete .- Coils, liquido embolico, microparticulas, Microguia, Microcateter, Cateter Neuron, Canister, Kit aspiración, Stent .- Exámenes prequirúrgicos .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 13.564.444
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
380308-01.	TERAPIA PERIFERICA ENDOVASCULAR CON ARTERIOGRAFIA	.- Honorario especialista .- Derechos de sala hemodinamia .- Derecho de equipo .- Derecho de sala de recuperación .- Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 1 día en piso (después de realizado el procedimiento), hospitalización postquirúrgica 1 día en UCIN .- Insumos y medicamentos en estancia hospitalaria .- Laboratorios de rutina e imágenes diagnósticas convencionales durante los días establecidos en el paquete	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Banco de sangre .- Atención de urgencias (se cobra adicional al valor del paquete) .- Complicaciones .- Estancia adicional a los definidos en el paquete .- Coils, Partículas, liquido antiembolico, Microguia, Microcateter .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- No incluye insumos especiales como: Catéteres de alto costo como MULTI-SNARE, Dispositivos vasculares, Dispositivos de ductus, etc.	$ 13.761.028
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
399701.	PERFUSION LOCAL (REGIONAL) DIRIGIDA CON CATETER	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 24.002.350
Inclusiones	.- Honorarios médicos (Cirujano) .- Derechos de sala de Hemodinamia .- Derechos de sala de recuperación .- Derechos de equipo EQ075 (Cineangio) .- Hospitalización postquirúrgica 2 días en UCI .- Insumos y medicamentos en estancia hospitalaria .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, liquidos intravenosos) .- Laboratorios de rutina (Electrolítos, tiempos de coagulación, PCR, creatinina, hemograma y glucosa) e imágenes diagnósticas convencionales (Rx) durante los días de hospitalización establecidos en el paquete .- Insumos y medicamentos especiales: - (2) Introductor, (3) Balon, (2) Guia, (1) Cateter Guia, (1) Catéter Fountain - (2) médicamento trombolítico - (1) Iopramida 100 ml			

Exclusiones	.- Exámenes prequirúrgicos .- Anestesia (Honorario anestesiólogo, medicamentos o insumos) .- Banco de sangre o patologías .- Atención de urgencias (se cobra adicional al valor del paquete) .- Catéteres diferentes a los mencionados en las inclusiones .- Complicaciones .- Hospitalización adicional a la definida en las inclusiones .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
Se incluye para: Trombolisis venosa y arterial en cualquier parte del organismo y rescate de fistula arteriovenosa	
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:	

Paquete de Reparo de aneurisma Endovascular

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
395220-01.	REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA CON COLOCACION DE PROTESIS STENT	.- Derechos de Sala .- Derechos sala de recuperación .- Derechos de equipo (cineangio) .- Honorarios médicos (cirujano y anestesiólogo)	.- Exámenes pre y post quirúrgicos .- Hospitalización en UCI, UCIN y/o piso .- Materiales y Medicamentos en sala y hospitalización .- Atención de urgencias .- No incluye Endoprotesis .- No incluye insumos VAC .- Banco de sangre .- Complicaciones .- Coils, partículas, líquido antiembolico .- Microguía .- Microcateter .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 16.804.633
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquete de Biopsia Endomiocardica

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
372702.	BIOPSIA DE CORAZON VIA PERCUTANEA	.- Honorarios médicos (Falla cardíaca) .- Derechos de sala (Hemodinamia-UIV) .- Derechos de sala recuperación .- Estudio de coloración básico en biopsia 898101 (1) .- Insumos básicos y medicamentos en sala (Anestesia local, líquidos intravenosos) .- Insumos y medicamentos especiales: Pinza de Biopsia (1), Catéter guía, Introductor (1), Guía (1), Kit Angiografía (1), Aguja Angio (1)	.- Atención en urgencias .- Anestesia (Honorario médico, insumos y Medicamentos) .- Medio de contraste .- Hospitalización y prestaciones relacionadas en ésta .- Stent, Catéteres y guías de alto costo, Balón de contrapulsación .- No incluye Medicamentos anticoagulantes o para tratamiento de patologías de base .- Banco de sangre .- Complicaciones clínicas o quirúrgicas	$ 3.713.290
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

UNIDAD DE TRASPLANTES

PROCESO VUELO CHARTER:

El Vuelo Chárter es utilizado para trasplantes de Páncreas, hígado, corazón, **riñon** y Tx Combinado. Este vuelo se requiere cuando no hay disponibilidad de vuelo comercial que haga el transporte de inmediato, dado que el tiempo de preservación de estos órganos es mínimo. Normalmente ocurre en la noche pero puede ser en el día según el caso. Los costos pueden variar dependiendo de la hora, lugar y movimiento que tenga que hacer el avión. Los costos pueden ser desde $6.000.000 hasta $25.000.000

- En caso de requerir un segundo trasplante por falla del injerto, se cobrara el valor del primer trasplante al 100% y el segundo al 75% del valor del paquete, teniendo en cuentas las inclusiones y exclusiones del mismo.
- En caso de muerte intraoperatoria del receptor y hasta en las primeras 24 horas se cobrara el 50% del valor del paquete. Posterior a las 24 horas se hará el cobro del 100% del valor del paquete.
- Cuando en un mismo evento se realicen 3 trasplantes de diferentes órganos, se cobrará el paquete de Trasplante Combinado al 100% y el segundo al 55%.

Para los siguientes Trasplantes: **Riñón y combinados Riñon-Pancreas, Riñón-Hígado**, una vez finalizada la evaluación o el trasplante se realizaran los siguientes exámenes, los cuales no están incluidos en el paquete y deben ser procesados en la FVL, debido a que son pruebas del estado y de riesgo inmunológico del paciente para así proceder a la realización del trasplante:

.- HLA CITOTOXICOS ANTICUERPOS CONTRA ANTIGENO UNICO CLASE I POR LUMINOMETRIA (LSA).
.- HLA CITOTOXICOS ANTICUERPOS CONTRA ANTIGENO UNICO CLASE II POR LUMINOMETRIA (LSA)
.- P.R.A Clase I - No se cubre
.- P.R.A clase II - No se cubre
.- C4D, inmunohistoquimica, polioma virus, carga viral de cualquier patología.

Paquetes de Trasplante Cardiaco

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
890315-30.	EVALUACION RECEPTOR TRASPLANTE CARDIACO	Ver Inclusiones y exclusiones abajo		$ 10.534.564
Inclusiones	.- Hospitalización hasta 4 días en piso .- Hemograma, Hemoclasificación, PT, PTT, INR, Creatinina, BUN, Na, Cl, Ca, P, Mg, Potasio (K), ALT, AST, Fosfatasa Alcalina, Glicemia, Ácido Úrico, proteínas totales, Colesterol LDL, Albúmina, TSH, Triglicéridos, Colesterol total, Colesterol HDL. Coprológico, Hemoglobina glicosilada, IgG CMV, IgG Herpes 1 y 2, Elisa HIV, IgG varicela Zoster, IgG Toxoplasma, IgG rubéola, IgG sarampión, IgG paperas, Elisa Hepatitis C, anticuerpos Totales Hepatitis A, Core total Hepatitis B, HbsAg ,HBsAc, IgG Chagas , HTLV-1, VDRL, IgG Epstein Barr virus, BK esputo, BK orina, parcial de Orina, Depuración de creatinina en orina 24 horas, PSA (Hombres), Citología Vaginal (Mujeres). .- Tipificación de antigeno leucocitario humano locus A 906525, Tipificación de antigeno leucocitario humano locus DR alta resolución 906526. .- Radiografía de Tórax, ecografía Abdominal Total, Radiografía de columna dorsolumbar (código 871030) .- Ecocardiograma Transtoracico, Dúplex de carótidas, dúplex de Miembros Inferiores, Electrocardiograma. .- Cateterismo cardiaco derecho e izquierdo. .- Endoscopia de vías digestivas altas con Estudio de coloración básica en biopsia (código 898101), Colonoscopia total. .- Densitometria ósea. .- Espirometria. .- Honorarios Cardiología. .- Interconsultas con: infectología, psiquiatría, Trabajo social, Rehabilitación oral u Odontopedoatria, Urología/ginecología, Neumología, nutrición, psicología, Junta de Trasplantes. .- NOTA: Cubre 1 examen, procedimiento o valoración de cada uno de los aquí relacionados.		
Exclusiones	.- Hospitalización en UCI o UCIN. .- No incluye complicaciones por procedimientos realizados. .- No incluye medicamentos y procedimientos especiales en Piso, UCI, UCIN. .- medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración pretrasplante. .- medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad y diagnóstico. .- No incluye gamagrafía ósea. .- No incluye ligadura de varices esofágicas. .- No incluye realización de CPER. .- LSA. .- No se incluyen biopsias, ni patologías de alta complejidad tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- No incluye Prueba de Ejercicio Cardiopulmonar Integrada. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No Incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.

375101.	TRASPLANTE DE CORAZON VIA ABIERTA	Ver Inclusiones y exclusiones abajo	$ 162.457.552
Inclusiones	.- Rescate del órgano: insumo, materiales, derechos de sala, honorarios, soluciones de preservación. .- Intervención en el receptor: .- Derechos de sala de cirugía y equipos quirúrgicos. .- Insumos en sala .- Hospitalización postrasplante (después de realizado el procedimiento) hasta 15 días (Incluye UCI, cuidado intermedio y piso). .- Insumos y medicamentos en UCI y piso (Milrinone hasta 25 ampollas). .- Terapia respiratoria, Rehabilitación cardiaca. .- Nutrición y dietética, Psicología y/o psiquiatría de enlace. .- Marcapaso transitorio intraoperatorio epicardico. .- Patología, Banco de sangre: 6 de plasma , 6 de glóbulos rojos, 2 plaquetaferesis. .- Imágenes Diagnósticas. .- 4 Ecocardiogramas en el primer mes post trasplante.		
Inclusiones	.- 4 Biopsia endomiocardica en el primer mes postransplante (Incluye honorarios, derechos de sala e insumos), Balón de contrapulsación intraaórtico, Aparatos de asistencia ventricular intraoperatorio, 1 cateterismo derecho (Incluye honorarios, derechos de sala, insumos y medicamentos utilizados para su realización), Reoperaciones por sangrado o infección de la herida en los primeros 15 días postransplante. .- Hasta 3 diálisis por falla renal aguda reversible mientras el paciente se encuentra hospitalizado en los días del paquete postrasplante. .- Tratamiento médico de patología de base del paciente. .- Honorarios quirúrgicos, Honorarios de anestesiólogo, Honorarios de Intensivista, Honorarios de cardiólogo de trasplante, Honorarios de perfusionista. Durante este periodo se asumen las posibles complicaciones derivadas del trasplante (excepto lo expresamente listado en los NO INCLUYE). .- medicamentos hasta el día 30 post trasplante diferentes a los detallados en los NO INCLUYE, ni homólogos a los mismos) .- Se incluye medicamentos antimicóticos como Diflucan o Anfotericina. Se incluyen médicaciones para el manejo del dolor postoperatorio (no se incluyen intervenciones, ni dispositivos para manejo de dolor). Se incluyen inmunosupresores como el tacrolimus o ciclosporina y micofenolato (cellcept o myfortic), esteroides , inhibidor m-tor. Se incluyen inductores como el simulect (en la primera dosis). .- El control mensual postrasplante cardiaco hasta el decimosegundo mes incluye: Hemograma, Glicemia, Parcial de orina, creatinina, niveles de ciclosporina o tacrolimus, Albumina, bilirrubina, Fosfatasa alcalina, Nitrógeno ureico, PT, PTT, Calcio, Fosforo, Magnesio, cloro, sodio, potasio, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, acido úrico. CPK, Los siguientes exámenes se harán únicamente una sola vez al año: ALT, AST, Colesterol total, amaglutil transferasa, Consulta Médico Especialista Cardiólogo, cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario.		
Exclusiones	.- No incluye hospitalización a partir del día 16 postransplante motivo por el cual se facturará por evento todo lo que se requiera adicional. .- No se incluyen en el paquete medicamentos de uso ambulatorio después del día 30. .- En caso de requerir un segundo trasplante por falla del injerto en los primeros 7 días, se cobrara el valor del primer trasplante al 100% y el segundo al 75% del valor del paquete, teniendo en cuentas las inclusiones y exclusiones del mismo aún estando dentro de la misma hospitalización. .- Solo en caso de muerte intraoperatoria del receptor y hasta en las primeras 24 horas se cobrara el 50% del valor del paquete. .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No se incluye la segunda dosis de inductores como Simulect. .- No se incluyen antivirales como cymevene o ganciclovir y valixa o valganciclovir. .- No se incluyen anticuerpos monoclonales como OKT3 o inmonuglobulina antitimocitica como timoglobulina. .- No incluye inmunoglobulina antilinfocitica. .- No incluye antimicóticos como la caspungina, anidulafungina o cualquier médicamento homologo. .- No incluye Factores de coagulación en cualquier de sus presentaciones.		
Exclusiones	.- No incluye medicamentos tales como polimixinab, alprostadil, filgrastim, inmunoglobulina humana, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones. .- No incluye plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre procesado para su realización. .- No incluye Vuelo chárter en caso de ser necesario trasladarse a otra ciudad a realizar el rescate o que el componente anatómico sea enviado desde otra ciudad. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o cualquier recombinante que exista en el mercado. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- El control mensual postrasplante cardiaco hasta el decimosegundo mes no incluye: Biopsia Endomiocardica, Ecocardiograma, Patología C4D, Coloración Inmunohistoquimica, polioma virus, Antígeno CMV, No incluye valoración por otros especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones, No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- En el seguimiento postrasplante no se incluyen exámenes diferentes a los relacionados en las inclusiones. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
890292-22.	CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE A PARTIRDEL DECIMO TERCER MES TRASPLANTE CARDICACO	.- Hemograma, Glicemia, Parcial de orina, creatinina, niveles de ciclosporina o tacrolimus, Albumina, Bilirrubina, Fosfatasa alcalina, Nitrógeno ureico, PT, PTT, Calcio, Fosforo, Magnesio, cloro, sodio, potasio, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, acido úrico. CPK. Los siguientes exámenes se harán únicamente una vez al año ALT, AST, Colesterol total, Gamaglutil transferasa. .- Consulta médico especialista Cardiólogo, cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario.	.- Biopsia Endomiocardica. .- Ecocardiograma. .- Patología C4D, Coloración Inmunohistoquimica, polioma virus. .- Antígeno CMV. .- No incluye valoración por otros especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones. .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- En el seguimiento postrasplante no se incluyen exámenes diferentes a los relacionados en las inclusiones. .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 632.991
Observación: .- Se debe garantizar que los exámenes adicionales que se ordenen en el primer año postrasplante deben ser autorizados de forma oportuna de acuerdo a los requerimientos médicos para ser realizados en Fundación Valle del Lili. .- Teniendo en cuenta lo consagrado en la Resolución 5395 del 24 de Diciembre de 2013 en su artículo 8 "Reuniones y Actas", donde se se establece que las aseguradoras responsables de la cobertura de atención del paciente de trasplantes deberá garantizar la respuesta a las solicitudes de tecnología en salud NO POS (medicamentos y procedimientos) dentro de los 2 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la radicación, las EPS deben cumplir a cabalidad este parámetro de tiempo definido por la norma y especialmente en los pacientes trasplantados de medula ósea. .- Cada que se hospitalice un paciente para la realización de trasplante, la EPS deberá garantizar código de autorización para las prestaciones evento que se generen durante su hospitalización.			

Paquetes de Trasplante Hepático con Donante Vivo				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
890315-20.	EVALUACION DEL RECEPTOR PROTOCOLO HEPATICO	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 9.859.456
Inclusiones	**.-** Hospitalización en piso de 4 ó 5 días. .-Hemograma, Hemoclasificación, PT, PTT, INR, Glicemia, Bun, creatinina, sodio, potasio, ALT, AST, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, gamma glutamil, transpeptidasa, albumina, globulina, colesterol total, colesterol diferencial, triglicéridos, acido úrico, TSH, ferritina, alfafetoproteina, ceruplasmina, alfa I, Antitripsina, rastreo de anticuerpos, antígeno carciembrionario, antígeno de cáncer CA19-9, VDRL, Elisa HIV, HTLV 1-2, HCV, HBsAg, HBsAC, Anti core Hepatitis B, IgG Hepatitis A, IgG CMV, IgG toxoplasma, IgG varicela zoster, IgG herpes 1 y 2, IgG Epstein Barr virus, ANA, SMA, AMA, parcial de orina, Gases arteriales, PSA (hombres), Citología vaginal (mujeres). **.-** Radiografía de tórax PA y Lateral, Resonancia magnética hepática y esplenoportal con contraste, mamografía (mujer). .- Electrocardiograma, Ecocardiograma de cortocircuito, Ecocardiograma de stress. .- Espirometria. **.- Angioardiografia de corazón Derecho (1)** **.- Catéter Swan Ganz (1)** .- Osteodensitometria. .- Colonoscopia total, Endoscopia digestiva alta con Estudio de Coloración básica en biopsia (código 898101) y biopsia. .- Consulta Hepatólogo, Psicología y/o Psiquiatría, Valoración por Rehabilitación oral u odontopediatría, Cirugía de Trasplantes. .- Una Interconsulta con las especialidades que se considere necesario teniendo en cuenta que los exámenes y/o procedimientos que soliciten se facturarán por actividad. **.- NOTA:** Cubre 1 examen, procedimiento o valoración de cada uno de los aquí relacionados			

Exclusiones	.- Hospitalización en UCI o UCIN. .- No incluye complicaciones por procedimientos realizados. .- Medicamentos y procedimientos especiales en Piso, UCI, UCIN. .- Medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración pretrasplante. .- Medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad y diagnóstico. .- No incluye cateterismo cardiaco. .- No incluye gamagrafía ósea. .- No incluye ligadura de varices esofágicas. .- No incluye realización de CPER. .- P.R.A, LSA. .- No se incluyen biopsias, ni patologías de alta complejidad tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o Cualquier recombinante que exista en el mercado. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
890315-21.	EVALUACION DONANTE VIVO TRASPLANTE HEPATICO	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 10.407.199
Inclusiones	.- Hospitalización en piso 4 o 5 días. .- Hemograma, Hemoclasificación, PT, PTT, INR, Glicemia, BUN, Creatinina, Sodio, Potasio, ALT, AST, Bilirrubinas, Fosfatasa Alcalina, Gamma Glutamil Transpeptidasa, Albúmina, Globulina, Colesterol total, Colesterol Diferencial, Triglicéridos, VDRL, Elisa HIV, HTLV I y II; HCV, HBsAg, HBsAc, Anti Core Hepatitis B, IgG Hepatitis A, IgG CMV, IgG Toxoplasma, IgG Varicela Zoster, IgG Herpes 1 y 2, IgG Epstein Barr Virus, Parcial de Orina, PSA (hombres), Citología Vaginal (mujeres). .- Radiografía de tórax PA y Lateral, Angiotac de hígado de tres fases + reconstrucción volumétrica. .- Una interconsulta con las especialidades que se considere necesario teniendo en cuenta que los exámenes y/o procedimientos que soliciten se facturarán por actividad. .- Interconsulta con hepatólogo y/o gastroenterólogo del grupo de trasplantes, cirujano de trasplantes, psicología y/o psiquiatría, nutrición, trabajo social, Rehabilitación oral u odontopediatría .- **NOTA:** Cubre 1 examen, procedimiento o valoración de cada uno de los aquí relacionados		
Exclusiones	.- Hospitalización en UCI o UCIN. .- No incluye complicaciones por procedimientos realizados. .- medicamentos y procedimientos especiales en Piso, UCI, UCIN. .- medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración pretrasplante. .- medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad y diagnóstico. .- No incluye cateterismo cardiaco. .- No incluye gamagrafía ósea. .- No incluye ligadura de varices esofágicas. .- No incluye realización de CPER. .- P.R.A, LSA. .- No se incluyen biopsias, ni patologías de alta complejidad tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .-No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
504001.	HEPATECTOMIA TOTAL (OBTENCION DE ORGANO) SIN CIRUGIA DE BANCO VIA ABIERTA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 10.407.199
505403-04.	INTERVENCION EN EL RECEPTOR Y CONTROL POSTX HASTA MES 12 HEPATICO VIVO	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 176.922.420

Inclusiones	.- **Inclusiones para el** Rescate del órgano: insumo, materiales, derechos de sala, honorarios, soluciones de preservación. Hospitalización del donante 1 día en UCI y 4 días en piso (No incluye hospitalización ni complicaciones derivadas del procedimiento realizado al donante). .- **Inclusiones para la** Intervención: .- Exámenes de laboratorio. .- Interconsultas con diferentes especialidades en caso de ser necesario. .- Derechos de sala .- Hospitalización postrasplante (después de realizado el procedimiento) 10 días en UCI y 20 días en piso. Durante este periodo se asumen las posibles complicaciones derivadas del trasplante (excepto lo expresamente listado en los NO INCLUYE). .- Componentes sanguíneos. Banco de sangre: 6 de Plasma, 6 de Glóbulos rojos, 6 de Crioprecipitados, 6 de Plaquetas en caso que el receptor lo requiera en el momento de la cirugía, posterior a este queda por fuera del paquete. .- Honorarios médicos. .- Insumos. .- Reintervenciones inherentes al trasplante. .- Exámenes de diagnóstico tales como ecocardiograma, ecografía, rx. .- Biopsia hepática. .- Hemodiálisis hasta 3 diálisis.
Inclusiones	.- medicamentos hasta el día 30 post trasplante (diferentes a los detallados en los NO INCLUYE, ni homólogos a los mismos). .- Se incluye medicamentos antimicóticos como Diflucan o Anfotericina. Se incluyen médicaciones para el manejo del dolor postoperatorio (no se incluyen intervenciones, ni dispositivos para manejo de dolor). Se incluyen inmunosupresores como el tacrolimus o ciclosporina y micofenolato (cellcept o myfortic), esteroides, inhibidor m-tor. Se incluyen inductores como el simulect (en la primera dosis) . .- El control mensual postrasplante hepático hasta el decimosegundo mes incluye: Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, Glicemia, Parcial de orina, Creatinina, Niveles de ciclosporina, Niveles de tacrolimus, bilirrubina, Sodio, Cloro, Potasio, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicéridos, Acido úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil transferasa, Fosfatasa, Alcalina, Albumina, ALT, AST, Calcio, Fosforo, Magnesio, Urocultivo, Consulta médico especialista hepatólogo, cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario, Si el control se hace constantemente durante todo el año en FVL, se hacen 1 vez al año los siguientes: Biopsia hepática, Radiografía de tórax, Ecografía hepática. .- Albumina Humana hasta 30 Unidades. .- Caspofungina hasta 5 Unidades
Exclusiones	.- **Exclusiones para el** Rescate del órgano: No incluye utilización de vuelo chárter en caso de ser necesaria su utilización .- **Exclusiones para la** Intervención: .- No se incluyen en el paquete medicamentos de uso ambulatorio después del día 30. .- A partir del día 31 del postrasplante se cobraran todos los servicios bajo la modalidad de actividad. .- En caso de requerir un segundo trasplante por falla del injerto en los primeros 7 días, se cobrara el valor del primer trasplante al 100% y el segundo al 75% del valor del paquete, teniendo en cuenta las inclusiones y exclusiones del mismo aún estando dentro de la misma hospitalización. A partir de un tercer trasplante se cobrará al 100% .- Solo en caso de muerte intraoperatoria del receptor y hasta en las primeras 24 horas se cobrara el 50% del valor del paquete. .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No incluye banco de sangre de acuerdo a lo expresamente anotado en el ítem de incluyes. .- No se incluye la segunda dosis de inductores como Simulect. .- No se incluyen antivirales como cymevene o ganciclovir y valixa o valganciclovir. .- No se incluyen anticuerpos monoclonales como OKT3 o inmonuglobulina antitimocitica como timoglobulina. .- No incluye inmunoglobulina antilinfocitica. .- No incluye antimicóticos como la caspungina después de las 5 unidades, anidulafungina o cualquier médicamento homologo. .- No incluye plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre y todos los laboratorios y demás procesados para su realización. .- No incluye Factores de coagulación en cualquiera de sus presentaciones.

Exclusiones	.- No incluye Polimixinab, alprostadil, filgrastim, inmunoglobulina humana, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones. .- No incluye Vuelo chárter en caso de ser necesario trasladarse a otra ciudad a realizar el rescate o que el componente anatómico sea enviado desde otra ciudad. .- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o cualquier recombinante que exista en el mercado. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye carga viral de cualquier examen que sea necesaria su realización. .- El control mensual postrasplante hepático hasta el decimosegundo mes no incluye: Biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, Polioma virus, inmunohistoquimica o carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria, Antígeno CMV, No cubre medicamentos, No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones, No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- En el seguimiento postrasplante no se incluyen exámenes diferentes a los relacionados en las inclusiones. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Total Trasplante Hepatico Donante Vivo	$ 187.329.619
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
Observación: .- Se debe garantizar que los exámenes adicionales que se ordenen en el primer año postrasplante deben ser autorizados de forma oportuna de acuerdo a los requerimientos médicos para ser realizados en Fundación Valle del Lili. .- Teniendo en cuenta lo consagrado en la Resolución 5395 del 24 de Diciembre de 2013 en su artículo 8 "Reuniones y Actas", donde se se establece que las aseguradoras responsables de la cobertura de atención del paciente de trasplantes deberá garantizar la respuesta a las solicitudes de tecnología en salud NO POS (medicamentos y procedimientos) dentro de los 2 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la radicación, las EPS deben cumplir a cabalidad este parámetro de tiempo definido por la norma y especialmente en los pacientes trasplantados de medula ósea. .- Cada que se hospitalice un paciente para la realización de trasplante, la EPS deberá garantizar código de autorización para las prestaciones evento que se generen durante su hospitalización.	

Paquetes de Trasplante Hepático con Donante Cadavérico

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
890315-20.	EVALUACION DEL RECEPTOR PROTOCOLO HEPATICO	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 9.859.456
Inclusiones	.- Hospitalización en piso de 4 ó 5 días. .- Hemograma, Hemoclasificación, PT, PTT, INR, Glicemia, Bun, creatinina, sodio, potasio, ALT, AST, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, gamma glutamil, transpeptidasa, albumina, globulina, colesterol total, colesterol diferencial, triglicéridos, acido úrico, TSH, ferritina, alfafetoproteina, ceruplasmina, alfa I, Antitripsina, rastreo de anticuerpos, antígeno carciembrionario, antígeno de cáncer CA19-9, VDRL, Elisa HIV, HTLV 1-2, HCV, HBsAg, HBsAC, Anti core Hepatitis B, IgG Hepatitis A, IgG CMV, IgG toxoplasma, IgG varicela zoster, IgG herpes 1 y 2, IgG Epstein Barr virus, ANA, SMA, AMA, parcial de orina, Gases arteriales, PSA (hombres), Citología vaginal (mujeres). .- Radiografía de tórax PA y Lateral, Resonancia magnética hepática y esplenoportal con contraste, mamografía (mujer). .- Electrocardiograma, Ecocardiograma de cortocircuito, Ecocardiograma de stress. .- Espirometria. **.- Angioardiografia de corazón Derecho (1).** **.- Catéter Swan Ganz (1).** .- Osteodensitometria. .- Colonoscopia total, Endoscopia digestiva alta con Estudio de coloración básica en biopsia (código 898101) y biopsia. .- Consulta Hepatólogo, Psicología y/o Psiquiatría, Valoración por Rehabilitación oral u odontopediatría, Cirugía de Trasplantes. .- Una Interconsulta con las especialidades que se considere necesario teniendo en cuenta que los exámenes y/o procedimientos que soliciten se facturarán por actividad. .- NOTA: Cubre 1 examen, procedimiento o valoración de cada uno de los aquí relacionados.		

Exclusiones	.- Hospitalización en UCI o UCIN .- No incluye complicaciones por procedimientos realizados. .- Medicamentos y procedimientos especiales en Piso, UCI, UCIN. .- Medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración pretrasplante. .- Medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad y diagnóstico. .- No incluye Cateterismo Cardiaco. .- No incluye gamagrafía ósea. .- No incluye ligadura de varices esofágicas. .- No incluye realización de CPER. .- P.R.A, LSA. .- No se incluyen biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.			
504001-01.	EVALUACION DEL DONANTE Y RESCATE DEL ORGANO TRASPLANTE HEPATICO DONANTE CADAVERICO	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 19.718.907
505403.	TRASPLANTE ORTOTOPICO DE HIGADO CON CIRUGIA DE BANCO VIA ABIERTA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 167.610.716
Inclusiones	.- **Inclusiones para el** Rescate del órgano: insumo, materiales, derechos de sala, honorarios, soluciones de preservación. .- **Inclusiones para la** Intervención: .- Exámenes de laboratorio. .- Interconsultas con diferentes especialidades en caso de ser necesario. .- Derechos de sala. .- Hospitalización postrasplante (después de realizado el procedimiento) 10 días en UCI y 20 días en piso. Durante este periodo se asumen las posibles complicaciones derivadas del trasplante (excepto lo expresamente listado en los NO INCLUYE). .- Componentes Sanguíneos. Banco de Sangre: 6 de Plasma, 6 de Glóbulos Rojos, 6 de Crioprecipitados, 6 de Plaquetas en caso que el receptor lo requiera en el momento de la cirugía, posterior a este queda por fuera del paquete. .- Honorarios médicos. .- Insumos. .- Reintervenciones inherentes al trasplante. .- Exámenes de diagnóstico tales como ecocardiograma, ecografía, rx. .- Hemodiálisis hasta la 3 diálisis.		
Inclusiones	.- medicamentos hasta el día 30 post trasplante (diferentes a los detallados en los NO INCLUYE, ni homólogos a los mismos). .- Se incluye medicamentos antimicóticos como Diflucan o Anfotericina. Se incluyen médicaciones para el manejo del dolor postoperatorio (no se incluyen intervenciones, ni dispositivos para manejo de dolor). Se incluyen inmunosupresores como el tacrolimus o ciclosporina y micofenolato (cellcept o myfortic), esteroides , inhibidor m-tor. Se incluyen inductores como el simulect (en la primera dosis). .- El control mensual postrasplante hepático hasta el decimosegundo mes incluye: Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, Glicemia, Parcial de orina, Creatinina, Niveles de ciclosporina, Niveles de tacrolimus, bilirrubina, Sodio, Cloro, Potasio, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicéridos, Acido úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil transferasa, Fosfatasa, Alcalina, Albumina, ALT, AST, Calcio, Fosforo, Magnesio, Urocultivo, Consulta médico especialista hepatólogo, cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario, Si el control se hace constantemente durante todo el año en FVL, se hacen 1 vez a la año los siguientes: Biopsia hepática, Radiografía de tórax, Ecografía hepática. .- Albumina Humana hasta 30 Unidades. .- Caspofungina hasta 5 Unidades		

Exclusiones	.- **Exclusiones para el** Rescate del órgano: No incluye Vuelo chárter en caso de ser necesaria su utilización. .- **Exclusiones para la** Intervención: .- No se incluyen en el paquete medicamentos de uso ambulatorio después del día 30. .- A partir del día 31 del postrasplante se cobraran todos los servicios bajo la modalidad de actividad. .- En caso de requerir un segundo trasplante por falla del injerto en los primeros 7 días, se cobrara el valor del primer trasplante al 100% y el segundo al 75% del valor del paquete, teniendo en cuentas las inclusiones y exclusiones del mismo aún estando dentro de la misma hospitalización. A partir de un tercer trasplante se cobrará al 100% .- Solo en caso de muerte intraoperatoria del receptor y hasta en las primeras 24 horas se cobrara el 50% del valor del paquete. .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No incluye banco de sangre de acuerdo a lo expresamente anotado en el item de incluyes. .- No se incluye la segunda dosis de inductores como Simulect. .- No se incluyen antivirales como cymevene o ganciclovir y valixa o valganciclovir. .- No se incluyen anticuerpos monoclonales como OKT3 o inmonuglobulina antitimocitica como timoglobulina. .- No incluye inmunoglobulina antilinfocitica. .- No incluye antimicóticos como la caspungina después de las 5 unidades, anidulafungina o cualquier médicamento homologo. .- No incluye plasmaferesis, insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre y todos los laboratorios y demás procesados para su realización. .- No incluye Factores de coagulación en cualquier de sus presentaciones.
Exclusiones	.- No incluye Polimixinab, alprostadil, filgrastim, inmunoglobulina humana, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones. .- No incluye Vuelo chárter en caso de ser necesario trasladarse a otra ciudad a realizar el rescate o que el componente anatómico sea enviado desde otra ciudad. .- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o cualquier recombinante que exista en el mercado. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye carga viral de cualquier examen que sea necesaria su realización. .- El control mensual postrasplante hepático hasta el decimosegundo mes no incluye: Biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, Polioma virus, inmunohistoquimica o carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria, Antígeno CMV, No cubre medicamentos, No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones, No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- En el seguimiento postrasplante no se incluyen exámenes diferentes a los relacionados en las inclusiones. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	

Total Trasplante Hepatico Donante Cadaverico				$ 187.329.623
890292-32.	CONTROL MENSUAL POSTX HEPATICO A PARTIR MES 13	.- Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, Glicemia, Parcial de orina, Creatinina, Niveles de ciclosporina, Niveles de tacrolimus, bilirrubina, Sodio, Cloro, Potasio, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicéridos, Acido úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil transferasa, Fosfatasa, Alcalina, Albumina, ALT, AST, Calcio, Fosforo, Magnesio, Urocultivo. .- Consulta médico especialista hepatólogo, cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario. .- Si el control se hace constantemente durante todo el año en FVL, se hacen 1 vez a la año los siguientes: Biopsia hepática, Radiografía de tórax, Ecografía hepática	.- Biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, Polioma virus, inmunohistoquimica o carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Antígeno CMV. .- No cubre Medicamentos. .- No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones. .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- En el seguimiento postrasplante no se incluyen exámenes diferentes a los relacionados en las inclusiones. .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 552.720
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Observación:
.- Se debe garantizar que los exámenes adicionales que se ordenen en el primer año postrasplante deben ser autorizados de forma oportuna de acuerdo a los requerimientos médicos para ser realizados en Fundación Valle del Lili.
.- Teniendo en cuenta lo consagrado en la Resolución 5395 del 24 de Diciembre de 2013 en su artículo 8 "Reuniones y Actas", donde se se establece que las aseguradoras responsables de la cobertura de atención del paciente de trasplantes deberá garantizar la respuesta a las solicitudes de tecnología en salud NO POS (medicamentos y procedimientos) dentro de los 2 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la radicación, las EPS deben cumplir a cabalidad este parámetro de tiempo definido por la norma y especialmente en los pacientes trasplantados de medula ósea.
.- Cada que se hospitalice un paciente para la realización de trasplante, la EPS deberá garantizar código de autorización para las prestaciones evento que se generen durante su hospitalización.

Paquetes de Trasplante Renal con Donante Vivo				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
890315-11.	EVALUACION DEL DONANTE VIVO RELACIONADOTX RENAL	Ver inclusiones y Exclusiones abajo		$ 5.659.922
Inclusiones	**PROTOCOLO DONANTE VIVO:** Se realiza en aproximadamente 2 semanas de manera ambulatoria, .- Valoración por cualquier especialista que el nefrólogo o cirujano de trasplante considere necesario teniendo en cuenta que no Incluye los exámenes y/o procedimientos que el especialista interconsultante solicite. .- Valoración por Urología cubre la cistoscopia. .- Consulta Nefrólogo, Psicología y Psiquiatría, Valoración por Rehabilitación oral u odontopediatría**,** Cirugía de Trasplantes. .- Laboratorio: Hemograma tipo III, Hemoclasificación, Creatinina, Glicemia, Fosfatasa alcalina, Alanino Aminotransferasa (SGPT), Aspartato aminotransferasa (SGOT), Albúmina, Proteínas diferenciadas albúmina / globulina, Bilirrubinas total y directa, Colesterol LDL, Colesterol HDL, Colesterol total, Triglicéridos, Tiempo de protrombina, Tiempo parcial de tromboplastina, BUN, Potasio, Cloro, Sodio, Calcio, Uroanálisis, Cultivo de orina, Urocultivo, Recolección de orina 24 horas, HLA clase I, HLA clase II, VDRL, Citología vaginal (mujeres), PSA (hombres), Ebstein Barr Virus, Chagas anticuerpos, Citomegalovirus (Anticuerpos IgG), Citomegalovirus (Anticuerpos IgM), Toxoplasma IgG, Hepatitis C anticuerpo HVC, Hepatitis B anticuerpo c-IgM Anti Hbc-M, Hepatitis B anticuerpo e Anti Hbe, Hepatitis B anticuerpo e Ag-Hbe, Hepatitis B anticuerpo s Ag-Hbs, Herpes simplex I Anticuerpos IgG, Herpes simplex I Anticuerpos IgM, Herpes simplex II Anticuerpos IgG, Herpes simplex II anticuerpos IgM, VIH - anticuerpos VIH (EIA), PPD Mantoux, prueba (tuberculina). .- Exámenes y procedimientos: Radiografía de Tórax PA y Lateral, Electrocardiograma, Ecocardiograma Modo M Bidimensional y Doppler a color, Ecografía Renal, mamografía, Angiotac renal fase arterial venosa. .- Si el resultado de cualquiera de estas evaluaciones es positivo y se tuviera que practicar algún procedimiento adicional este no estaría contemplado dentro del valor del paquete. **.- NOTA:** Cubre 1 examen, procedimiento o valoración de cada uno de los aquí relacionados		
Exclusiones	.- Hospitalización. .- Ingreso por urgencias. .- La práctica de exámenes de medicina nuclear, escanografías diferentes a la incluida en el paquete, resonancia magnética, prueba de esfuerzo y cateterismo cardiaco, los cuales si desde el punto de vista científico son necesarios ordenar y realizar en el paciente, se facturarán en forma adicional. .- No incluye manejo ambulatorio y/o intrahospitalario de las patologías que como resultado de la evaluación se detecten y que requieran tratamiento previo al TRASPLANTE. .- P.R.A., L.S.A, patología C4D, estudio de coloración inmunohistoquimica, polioma virus. Plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, banco de sangre utilizado para su realización. .- No incluye Endoscopia de vía Digestiva Alta y ligadura de varices esofágicas en caso de ser necesario. .- No incluye cargar viral para hepatitis, citomegalovirus, Epstein baar y otras que sean del caso requeridas por el médico tratante. .- No incluye los exámenes y/o procedimientos que ordenen los médicos interconsultantes diferentes al grupo de trasplantes. .- No incluye CPER .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex		
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
556201-03.	RESCATE DEL ORGANO INTERVENCION EN EL RECEPTOR CON DONANTE VIVO RELACIONADO Y CONTROL HASTA EL MES 12 RENAL	Ver inclusiones y Exclusiones abajo		$ 65.288.338

Inclusiones	**.- Rescate del Órgano:** Incluye realización de la Nefrectomía en el donante vivo por laparoscopia o abierta de acuerdo a criterio médico: Insumo, materiales, derechos de sala, honorarios, Soluciones de preservación, hospitalización donante 1 día en UCI y 4 en Piso y manejo ambulatorio durante el primer mes. (No incluye hospitalización ni complicaciones derivadas del procedimiento realizado al donante). En caso de realizarse por laparoscopia incluirá los siguientes insumos especiales: 1 trocar desechable, hasta 4 camisas para trocar, hasta 3 recargas vasculares, 1 Ligasure, equipo Laparoscopia. **.- Intervención en el receptor:** .- Hospitalización postrasplante (después de realizado el procedimiento) 3 días de UCI - 15 días de piso. .- Exámenes de laboratorio. .- Interconsultas con diferentes especialidades en caso de ser necesario, durante este periodo se asumen las posibles complicaciones derivadas del trasplante (excepto lo expresamente listadas en los NO INCLUYE). .- Componentes sanguíneos. Banco de Sangre: 2 de Plasma, 2 de Glóbulos rojos, 2 de Crioprecipitados, 2 de Plaquetas en caso que el receptor lo requiera en el momento de la cirugía, posterior a este queda por fuera del paquete. .- Reintervenciones inherentes al trasplante. .- Materiales. .- Exámenes diagnósticos. .- Toma de citotóxicos intrafamiliares finales por Citometria de Flujo. .- Derechos de sala. .- Honorarios del Cirujano, ayudante, anestesiólogo. .- Interconsultas y valoraciones de especialistas durante los 18 días de hospitalización postrasplante, Intrahospitalario.
Inclusiones	.- Terapia Respiratoria, Micronebulización médicada. .- Biopsia renal. .- Hemodiálisis hasta la 3 diálisis. .- Los medicamentos se suministran hasta el día 30 postrasplante aún de manera ambulatoria (diferentes a los detallados en los NO INCLUYE, ni homólogos a los mismos) .- Se Incluyen médicaciones para el manejo del dolor postoperatorio (no se Incluyen intervenciones, ni dispositivos para manejo de dolor). .- Se Incluyen inmunosupresores tales como tacrolimus o ciclosporina y micofenolato, esteroides, inhibidor m-tor. .- En caso de presentarse complicaciones que superen el periodo de hospitalización incluido en el paquete deberá solicitarse autorización de servicios a la aseguradora del paciente. .- El Control mensual postrasplante hasta el decimosegundo mes incluye: Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, Glicemia, Parcial de orina, Creatinina, Niveles de ciclosporina o Niveles de tacrolimus, Bilirrubina, Sodio, Cloro, Potasio, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicéridos, Acido úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil transferasa, Fosfatasa Alcalina, Albumina, ALT, AST, Calcio, Fosforo, Magnesio, Urocultivo, Orina de 24 horas únicamente para revisar depuración de creatinina y proteinuria, Creatinina en orina ocasional, Proteína en orina espontanea, Eritrosedimentación, Extendido de sangre periférica, Hematocrito. Los exámenes se hace las veces que sean necesarias dentro del mismo mes. Consulta médico especialista Nefrólogo, Cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes las veces que sea necesario dentro del mismo mes, Si el control se hace constantemente durante todo el año en FVL, se hacen 1 vez a la año los siguientes: Biopsia renal, Radiografía de tórax, Ecografía renal.
Exclusiones	.- No se incluyen en el paquete medicamentos de uso ambulatorio después del día 30 Postrasplante. .- A partir del día 19 del postrasplante se cobraran todos los servicios bajo la modalidad de actividad. .- En caso de requerir un segundo trasplante por falla del injerto en los primeros 7 días, se cobrara el valor del primer trasplante al 100% y el segundo al 75% del valor del paquete, teniendo en cuentas las inclusiones y exclusiones del mismo aún estando dentro de la misma hospitalización. .- Solo en caso de muerte intraoperatoria del receptor y hasta en las primeras 24 horas se cobrara el 50% del valor del paquete. .- No Incluye retiro de catéter, ni cambios de sistema de diálisis. .- No incluye Nefrectomía unilateral o bilateral en caso de ser necesaria su extracción cuando por condición clínica del paciente así lo requiera (Ej: No Funsión del injerto trasplantado, HTA Renovascular o Refractaria, infecciones crónicas pretrasplante, cáncer, riñones poliquisticos, entre otros), cabe recalcar que en la mayoría de los casos en el trasplante renal se preservan los riñones nativos. .- No se incluye la realización de diálisis a partir de la 4 sesión, sus insumos, medicamentos, materiales, derechos de sala, honorarios médicos y demás quedan por fuera del paquete. .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No se incluyen inductores como Simulect. .- No se incluyen antivirales como cymevene o ganciclovir y valixa o valganciclovir. .- No se incluyen anticuerpos monoclonales como OKT3 o inmonuglobulina antitimocitica como timoglobulina. .- No incluye inmunoglobulina antilinfocitica. .- No incluye antimicóticos como la caspungina, anidulafungina o cualquier médicamento homologo. .- No incluye albumina humana .- No incluye plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre procesado para su realización. .- No incluye banco de sangre de acuerdo a lo expresamente anotado en el ítem de incluyes. .- No incluye Factores de coagulación en cualquiera de sus presentaciones.

Exclusiones	.- No incluye medicamentos tales como polimixinab, alprostadil, filgrastim, inmunoglobulina humana, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones. .- No incluye Vuelo chárter en caso de ser necesario trasladarse o traer el órgano desde otra Ciudad. .- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o cualquier recombinante que exista en el mercado. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o cualquier recombinante que exista en el mercado. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- Los citotóxicos mensuales para pacientes que se incluyan en el programa de PACIENTES HIPERSENSIBILIZADOS para manejo de casos especiales que participan con todos los donantes que se generen en la regional III deberán tener autorización mensual por parte de la entidad. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica ni Ocupacional. .- No incluye carga viral de cualquier examen que sea necesaria su realización. .- El Control mensual postrasplante hasta el decimosegundo mes no incluye: Biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus, carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria, Antígeno CMV, No cubre medicamentos, No incluye valoración con otros especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones, No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- En el seguimiento postrasplante no se incluyen exámenes diferentes a los relacionados en las inclusiones. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
Observación: .- Se debe garantizar que los exámenes adicionales que se ordenen en el primer año postrasplante deben ser autorizados de forma oportuna de acuerdo a los requerimientos médicos para ser realizados en Fundación Valle del Lili. .- Teniendo en cuenta lo consagrado en la Resolución 5395 del 24 de Diciembre de 2013 en su artículo 8 "Reuniones y Actas", donde se se establece que las aseguradoras responsables de la cobertura de atención del paciente de trasplantes deberá garantizar la respuesta a las solicitudes de tecnología en salud NO POS (medicamentos y procedimientos) dentro de los 2 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la radicación, las EPS deben cumplir a cabalidad este parámetro de tiempo definido por la norma y especialmente en los pacientes trasplantados de medula ósea. .- Cada que se hospitalice un paciente para la realización de trasplante, la EPS deberá garantizar código de autorización para las prestaciones evento que se generen durante su hospitalización.	

Paquetes de Trasplante Renal con Donante Cadavérico

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
890315-10.	EVALUACION DEL RECEPTOR TRASPLANTE RENAL	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 4.825.977
Inclusiones	**PROTOCOLO RECEPTOR:** Se realiza en aproximadamente 2 semanas de manera ambulatoria, .- Valoración por cualquier especialista que el nefrólogo o cirujano de trasplante considere necesario teniendo en cuenta que no Incluye los exámenes y/o procedimientos que el especialista interconsultante solicite. .- Valoración por Urología cubre la cistoscopia. .- Consulta Nefrólogo, Psicología y/o Psiquiatría, Valoración por Rehabilitación oral u odontopediatría, Cirugía de Trasplantes. .- Una Interconsulta con las especialidades que se considere necesario teniendo en cuenta que los exámenes y/o procedimientos que soliciten se facturarán por actividad. .- Laboratorio Hemograma tipo III, Hemoclasificación, Creatinina, Glicemia, Fosfatasa alcalina, Alanino Aminotransferasa (SGPT), Aspartato aminotransferasa (SGOT), Albúmina, Proteínas diferenciadas albúmina / globulina, Bilirrubinas total y directa, Colesterol LDL, Colesterol HDL, Colesterol total, Triglicéridos, Tiempo de protrombina, Tiempo parcial de tromboplastina, BUN, Potasio, Cloro, Calcio, Sodio, Uroanálisis, Cultivo de orina, Urocultivo), Recolección de orina 24 horas, HLA clase I, HLA clase II, VDRL, Citología vaginal (mujeres), PSA (hombres), Ebstein Barr Virus, Chagas anticuerpos, Citomegalovirus (Anticuerpos IgG), Citomegalovirus (Anticuerpos IgM), Toxoplasma IgG, Hepatitis C anticuerpo HVC, Hepatitis B anticuerpo c-IgM Anti Hbc-M, Hepatitis B anticuerpo e Anti Hbe, Hepatitis B anticuerpo e Ag-Hbe, Hepatitis B anticuerpo s Ag-Hbs, Herpes simplex I Anticuerpos IgG, Herpes simplex I Anticuerpos IgM, Herpes simplex II Anticuerpos IgG, Herpes simplex II anticuerpos IgM, VIH - anticuerpos VIH (EIA), PPD Mantoux, prueba (tuberculina), ANA Anticuerpos antinucleares, ANCA Ant. citoplasmáticos antineutrófilos, Acido Úrico, Complemento C3, Complemento C4, Proteínas Totales. .- Exámenes y procedimientos: Radiografía de Tórax PA y Lateral (En niños adicional huesos largos), Radiografía de Senos Paranasales en menores de edad, Electrocardiograma, Ecocardiograma Modo M Bidimensional, Endoscopia de vía Digestiva Alta con Estudio de coloración básica en biopsia (Código 898101) y biopsia, Cistouretrografia en niños, Ecografía Renal, mamografía. Si el resultado de cualquiera de estas evaluaciones es positivo y se tuviera que practicar algún procedimiento adicional este no estaría contemplado dentro del valor del paquete. .- Evaluación Junta Médico Quirúrgica especialistas en Cirugía y Nefrología. **.- NOTA:** Cubre 1 examen, procedimiento o valoración de cada uno de los aquí relacionados.		

Exclusiones	.- Hospitalización. .- Ingreso por urgencias. .- La práctica de exámenes de medicina nuclear, escanografías, resonancia magnética, prueba de esfuerzo y cateterismo cardiaco, los cuales si desde el punto de vista científico son necesarios ordenar y realizar en el paciente, se facturarán en forma adicional. .- No incluye manejo ambulatorio y/o intrahospitalario de las patologías que como resultado de la evaluación se detecten y que requieran tratamiento previo al TRASPLANTE. .- P.R.A., L.S.A, patología C4D, estudio de coloración inmunohistoquimica, polioma virus. Plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre utilizando para su realización. .- No incluye ligadura de varices esofágicas en caso de ser necesaria cuando se le realice la endoscopia. .- No incluye CPER .- No incluye cargar viral para hepatitis, citomegalovirus, Epstein barr y otras que sean del caso requeridas por el médico tratante. .- No incluye los exámenes y/o procedimientos que ordenen los médicos interconsultantes diferentes al grupo de trasplantes. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
556201-04.	RESCATE DEL ORGANO INTERVENCION EN EL RECEPTOR CON DONANTE CADAVERICO Y CONTROL HASTA EL MES 12 TRASPLANTE RENAL — Ver inclusiones y exclusiones abajo — $ 65.288.338
Inclusiones	.- Rescate del Órgano: Insumo, materiales, derechos de sala, honorarios, Soluciones de preservación. .- Intervención en el Receptor: .- Hospitalización postrasplante (después de realizado el procedimiento) 3 días de UCI - 15 días de piso. .- Exámenes de laboratorio. .- Interconsultas con diferentes especialidades en caso de ser necesario, durante este periodo se asumen las posibles complicaciones derivadas del trasplante (excepto lo expresamente listadas en los NO INCLUYE). .- Componentes sanguíneos. Banco de sangre: 2 de Plasma, 2 de Glóbulos rojos, 2 de Crioprecipitados, 2 de Plaquetas en caso que el receptor lo requiera en el momento de la cirugía, posterior a este queda por fuera del paquete. .- Reintervenciones inherentes al trasplante. .- Materiales. .- Exámenes diagnósticos. .- Toma de citotóxicos mensuales diferentes a los catalogados como hipersensibilizados. .- Derechos de sala. .- Honorarios del Cirujano, ayudante, anestesiólogo. .- Interconsultas y valoraciones de especialistas durante los 18 días de hospitalización postrasplante, Intrahospitalario. .- Terapia Respiratoria, Micronebulización médicada. .- Biopsia renal. .- Hemodiálisis hasta la 3 diálisis.
Inclusiones	.- Los medicamentos se suministran hasta el día 30 postrasplante aún de manera ambulatoria (diferentes a los detallados en los NO INCLUYE, ni homólogos a los mismos) .- Se Incluyen médicaciones para el manejo del dolor postoperatorio (no se Incluyen intervenciones, ni dispositivos para manejo de dolor). .- Se Incluyen inmunosupresores tales como tacrolimus o ciclosporina y micofenolato, esteroides, inhibidor m-tor. .- En caso de presentarse complicaciones que superen el periodo de hospitalización incluido en el paquete deberá solicitarse autorización de servicios a la aseguradora del paciente. .- El Control mensual postrasplante hasta el decimosegundo mes incluye: Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, Glicemia, Parcial de orina, Creatinina, Niveles de ciclosporina o Niveles de tacrolimus, Bilirrubina, Sodio, Cloro, Potasio, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicéridos, Acido úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil transferasa, Fosfatasa Alcalina, Albumina, ALT, AST, Calcio, Fosforo, Magnesio, Urocultivo, Orina de 24 horas únicamente para revisar depuración de creatinina y proteinuria, Creatinina en orina ocasional, Proteína en orina espontanea, Eritrosedimentación, Extendido de sangre periférica, Hematocrito. Los exámenes se hace las veces que sean necesarias dentro del mismo mes. Consulta médico especialista Nefrólogo, Cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes las veces que sea necesario dentro del mismo mes. Si el control se hace constantemente durante todo el año en FVL, se hacen 1 vez a la año los siguientes: Biopsia renal, Radiografía de tórax, Ecografía renal.

Exclusiones	.- No se incluyen en el paquete medicamentos de uso ambulatorio después del día 30 Postrasplante. .- A partir del día 19 del postrasplante se cobraran todos los servicios bajo la modalidad de actividad. .- En caso de requerir un segundo trasplante por falla del injerto en los primeros 7 días, se cobrara el valor del primer trasplante al 100% y el segundo al 75% del valor del paquete, teniendo en cuentas las inclusiones y exclusiones del mismo aún estando dentro de la misma hospitalización. .- Solo en caso de muerte intraoperatoria del receptor y hasta en las primeras 24 horas se cobrara el 50% del valor del paquete. .- No Incluye retiro de catéter, ni cambios de sistema de diálisis. .- No incluye Nefrectomía unilateral o bilateral en caso de ser necesaria su extracción cuando por condición clínica del paciente así lo requiera (Ej: No Funsión del injerto trasplantado, HTA Renovascular o Refractaria, infecciones crónicas pretrasplante, cáncer, riñones poliquisticos, entre otros), cabe recalcar que en la mayoría de los casos en el trasplante renal se preservan los riñones nativos. .- No se incluye la realización de diálisis a partir de la 4 sesión, sus insumos, medicamentos, materiales, derechos de sala, honorarios médicos y demás quedan por fuera del paquete. .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No se incluyen inductores como Simulect. .- No se incluyen antivirales como cymevene o ganciclovir y valixa o valganciclovir. .- No se incluyen anticuerpos monoclonales como OKT3 o inmonuglobulina antitimocitica como timoglobulina. .- No incluye inmunoglobulina antilinfocitica. .- No incluye antimicóticos como la caspungina, anidulafungina o cualquier médicamento homologo. .- No incluye albumina humana .- No incluye plasmaferesis, insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre procesado para su realización. .- No incluye banco de sangre de acuerdo a lo expresamente anotado en el ítem de incluyes. .- No incluye Factores de coagulación en cualquiera de sus presentaciones.
Exclusiones	.- No incluye medicamentos tales como polimixinab, alprostadil, filgrastim, inmunoglobulina humana, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones. .- No incluye Vuelo chárter en caso de ser necesario trasladarse o traer el órgano desde otra Ciudad. .- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o cualquier recombinante que exista en el mercado. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- Los citotóxicos mensuales para pacientes que se incluyan en el programa de PACIENTES HIPERSENSIBILIZADOS para manejo de casos especiales que participan con todos los donantes que se generen en la regional III deberán tener autorización mensual por parte de la entidad. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye carga viral de cualquier examen que sea necesaria su realización. .- El Control mensual postrasplante hasta el decimosegundo mes no incluye: Biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus, carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria, Antígeno CMV, No cubre medicamentos, No incluye valoración con otros especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones, No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- En el seguimiento postrasplante no se incluyen exámenes diferentes a los relacionados en las inclusiones. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	

890292-11.	CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES TRASPLANTE RENAL	.- Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, Glicemia, Parcial de orina, Creatinina, Niveles de ciclosporina o Niveles de tacrolimus **o Niveles de Everolimus (Hasta dos niveles mensuales)**, Bilirrubina, Sodio, Cloro, Potasio, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicéridos, Acido úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil transferasa, Fosfatasa Alcalina, Albumina, ALT, AST, Calcio, Fosforo, Magnesio, Urocultivo, Orina de 24 horas únicamente para revisar depuración de creatinina y proteinuria, Creatinina en orina ocasional, Proteína en orina espontanea, Eritrosedimentación, Extendido de sangre periférica, Hematocrito. Los exámenes se hace las veces que sean necesarias dentro del mismo mes. .- Consulta médico especialista Nefrólogo, Cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes las veces que sea necesario dentro del mismo mes. .- Si el control se hace constantemente durante todo el año en FVL, se hacen 1 vez a la año los siguientes: Biopsia renal, Radiografía de tórax, Ecografía renal	.- Biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus, carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Antígeno CMV. .- No cubre Medicamentos. .- No incluye valoración con otros especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones. .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- En el seguimiento postrasplante no se incluyen exámenes diferentes a los relacionados en las inclusiones. .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 633.648
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
890292-12.	CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE RENAL PACIENTES TRASPLANTADOS OTRAS IPS	.- Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, Glicemia, Parcial de orina, Creatinina, Niveles de ciclosporina o Niveles de tacrolimus, Bilirrubina, Sodio, Cloro, Potasio, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicéridos, Acido úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil transferasa, Fosfatasa Alcalina, Albumina, ALT, AST, Calcio, Fosforo, Magnesio, Urocultivo, Orina de 24 horas únicamente para revisar depuración de creatinina y proteinuria, Creatinina en orina ocasional, Proteína en orina espontanea, Eritrosedimentación, Extendido de sangre periférica, Hematocrito. Los exámenes se hace las veces que sean necesarias dentro del mismo mes. .- Consulta médico especialista Nefrólogo, Cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes las veces que sea necesario dentro del mismo mes. .- Si el control se hace constantemente durante todo el año en FVL, se hacen 1 vez a la año los siguientes: Biopsia renal, Radiografía de tórax, Ecografía renal	.- Biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus, carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Antígeno CMV. .- No cubre Medicamentos. .- No incluye valoración con otros especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones. .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- En el seguimiento postrasplante no se incluyen exámenes diferentes a los relacionados en las inclusiones. .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 665.711
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: .- Se debe garantizar que los exámenes adicionales que se ordenen en el primer año postrasplante deben ser autorizados de forma oportuna de acuerdo a los requerimientos médicos para ser realizados en Fundación Valle del Lili. .- Teniendo en cuenta lo consagrado en la Resolución 5395 del 24 de Diciembre de 2013 en su artículo 8 "Reuniones y Actas", donde se se establece que las aseguradoras responsables de la cobertura de atención del paciente de trasplantes deberá garantizar la respuesta a las solicitudes de tecnología en salud NO POS (medicamentos y procedimientos) dentro de los 2 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la radicación, las EPS deben cumplir a cabalidad este parámetro de tiempo definido por la norma y especialmente en los pacientes trasplantados de medula ósea. .- Cada que se hospitalice un paciente para la realización de trasplante, la EPS deberá garantizar código de autorización para las prestaciones evento que se generen durante su hospitalización.				

Paquetes de Trasplante de Páncreas				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**

890215-50.	EVALUACION DEL RECEPTOR TX PANCREAS	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 12.979.133
Inclusiones	.- Hospitalización en piso de 4 ó 5 días .- Hemoglobina glicosilada, Hemograma, Hemoclasificación, PT, PTT, INR, Glicemia, Bun, creatinina, sodio, potasio, ALT, AST, lipasa, amilasa, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, gamma glutamil, transpeptidasa, albumina, globulina, colesterol total, colesterol diferencial, triglicéridos, acido úrico, TSH, ferritina, alfafetoproteina, ceruplasmina, alfa I, Antitripsina, rastreo de anticuerpos, VDRL, Elisa HIV, HTLV 1-2, HCV, HBsAg, HBsAc, Anti core Hepatitis B, IgG Hepatitis A, IgG CMV, IgG toxoplasma, IgG varicela zoster, IgG herpes 1 y 2, IgG Epstein Barr virus, ANA, SMA, AMA, parcial de orina, Gases arteriales, PSA (hombres), Citología vaginal (mujeres), .- Radiografía de tórax PA y Lateral, mamografía (mujer), Radiografía de Senos Paranasales en menores de edad. .- Electrocardiograma, Ecocardiograma, Ecocardiograma de stress con dobutamina, ECO doppler de miembros inferiores .- Espirometria. .- Osteodensitometria. .- Endoscopia digestiva alta con Estudio de coloración básica en biopsia (código 898101) y biopsia. .- Una Interconsulta con las especialidades que se considere necesario teniendo en cuenta que los exámenes y/o procedimientos que soliciten se facturarán por actividad. .- Consulta Nefrólogo, Endocrinólogo, Psicología y Psiquiatría, Rehabilitación oral u odontopediatría, Cirugía de Trasplantes. **.- NOTA:** Cubre 1 examen, procedimiento o valoración de cada uno de los aquí relacionados.			
Exclusiones	.- Hospitalización en UCI o UCIN .- No incluye complicaciones por procedimientos realizados. .- medicamentos y procedimientos especiales en Piso, UCI, UCIN. .- medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración pretransplante. .- medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad y diagnóstico. .- No incluye Cateterismo Cardiaco. .- No incluye gamagrafía Ósea. .- No incluye ligadura de varices esofágicas. .- No incluye realización de CPER. .- P.R.A, LSA. .- No se incluyen Biopsias ni patologías especiales de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus. .- No incluye Carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
526201.	PANCREATECTOMIA TOTAL (OBTENCION DEL ORGANO) VIA ABIERTA	.- Rescate del órgano .- Insumos .- Derechos de sala .- Honorarios .- Pruebas infecciosas .- Procedimientos que ha criterio médico se requieran para definir la condición del donante .- Soluciones de preservación	.- Rescate del órgano no incluye: .- Vuelo chárter en caso de ser necesario trasladarse a otra ciudad a realizar el rescate o que el componente anatómico sea enviado desde otra ciudad .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 14.457.329
528001.	TRASPLANTE TOTAL DE PANCREAS	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 223.758.456

Inclusiones	.- La intervención en el receptor Incluye: .- Exámenes de laboratorio. .- Interconsultas con diferentes especialidades en caso de ser necesario teniendo en cuenta que los exámenes y/o procedimientos que soliciten se facturarán por actividad. .- Derechos de sala. .- Hospitalización postrasplante (después de realizado el procedimiento) 10 días de UCI y 20 de piso. .- Componentes sanguíneos. Banco de sangre: 6 de Plasma, 6 de Glóbulos rojos, 6 de Crioprecipitados, 6 de Plaquetas en caso que el receptor lo requiera en el momento de la cirugía, posterior a este queda por fuera del paquete. .- Manejo en hospitalización médico y asistencial. .- Materiales. .- Manejo hospitalario hasta el día 30 durante este periodo se asumen las posibles complicaciones derivadas del trasplante (excepto lo expresamente listado en los NO INCLUYE). .- Honorarios médicos. .- Reintervenciones inherentes al trasplante. .- Exámenes diagnósticos. .- Hemodiálisis hasta 3 diálisis.
Inclusiones	.- medicamentos hasta el día 30 postrasplante (diferentes a los detallados en los NO INCLUYE, ni homólogos a los mismos) .- Timoglobulina, Cymevene (ganciclovir) .- Toma mensual de citotoxicos diferentes a los catalogados como hipersensibilizados. .- Se Incluye medicamentos antimicóticos como Diflucan o Anfotericina. Se Incluyen médicaciones para el manejo del dolor postoperatorio (no se Incluyen intervenciones, ni dispositivos para manejo de dolor). .- Se Incluyen inmunosupresores como el tacrolimus o ciclosporina y micofenolato (cellcept o myfortic), esteroides, inhibidor m-tor. Se incluyen inductores como el simulect (en la primera dosis). .- El primer control postrasplante incluye: Hemoglobina glicosilada, Hemograma, glicemia, parcial de orina, creatinina, niveles de ciclosporina o tacrolimus, bilirrubina, sodio, cloro, potasio, colesterol total, amilasa, lipasa, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, acido úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, gamaglutil transferasa, fosfatasa alcalina, albumina, Manejo ambulatorio por Nefrólogo, cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, Si el control se hace constantemente durante los doce meses del año en FVL, se podrá realizar 1 vez al año en caso de ser necesario a criterio médico del grupo de trasplantes los siguientes exámenes: Biopsia de páncreas, radiografía de tórax, Ecografía de Páncreas.
Exclusiones	.- Intervención no incluye: .- No se incluyen en el paquete medicamentos de uso ambulatorio después del día 30. .- A partir del día 31 del postransplante se cobraran todos los servicios bajo la modalidad de actividad. .- En caso de requerir un segundo trasplante por falla del injerto en los primero 7 días, se cobrara el valor del primer trasplante al 100% y el segundo al 75% del valor del paquete, teniendo en cuenta las inclusiones y exclusiones del mismo aún estando dentro de la misma hospitalización. .- Solo en caso de muerte intraoperatoria del receptor y hasta en las primeras 24 horas se cobrara el 50% del valor del paquete. .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No incluye retiro de catéter, ni cambios de sistema de diálisis. .- No se Incluye la segunda dosis de inductores como Simulect. .- No se incluyen antivirales como cymevene o ganciclovir valixa o valganciclovir. .- Mo incluye Albumina Humana. .- No se incluyen anticuerpos monoclonales como OKT3 .- No incluye Inmunoglobulina antilinfocitica. .- Mo incluye antimicóticos como la casponfungina, anidulafungina o cualquier médicamento homologo. .- No incluye factores de coagulación en cualquier de sus presentación. .- No incluye medicamentos tales como polimixinab, alprostadil, filgastim, inmunoglobulina humana en cualquiera de sus prestaciones, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones.

Exclusiones	.- No Incluye plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre procesado para su realización. .- No incluye Vuelo Chárter en caso de ser necesario trasladarse a otra ciudad a realizar el rescate o que el componente anatómico sea enviado desde otra ciudad. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o cualquier recombinante que exista en el mercado. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- Los citotóxicos mensuales para pacientes catalogados como hipersensibilizados deberán tener autorización mensual por parte de la entidad. .- El primer control postrasplante no incluye: Biopsias ni patologías de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica o carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria, Antígeno CMV, No cubre medicamentos, No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones, No incluye la realización de gases arteriales o venosos, No Incluye P.R.A .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: CONTROL POST-QUIRURGICO DEL PRIMER MES TX PANCREAS				
890292-50.	CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE A PARTIR DEL QUINTO MES PANCREAS	.- Hemoglobina glicosilada, Hemograma, glicemia, parcial de orina, creatinina, niveles de ciclosporina o tacrolimus, bilirrubina, sodio, cloro, potasio, colesterol total, amilasa, lipasa, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, acido úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, gamaglutil transferasa, fosfatasa alcalina, albumina. Los exámenes se hacen las veces que sean necesarios dentro del mismo mes. .- Manejo ambulatorio por Nefrólogo, cirujano de Trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes las veces que sea necesario dentro del mismo mes. .- Si el control se hace constantemente durante los doce meses del año en FVL, se podrá realizar 1 vez al año en caso de ser necesario a criterio médico del grupo de trasplantes los siguientes exámenes: Biopsia de páncreas, radiografía de tórax, Ecografía de Páncreas.	.- Biopsias ni patologías de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica o carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Antígeno CMV. .- No cubre Medicamentos. .- No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones. .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- No Incluye P.R.A .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 566.939
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
890292-51.	CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE PANCREAS ENTRE SEGUNDO Y CUARTO MES	.- Hemoglobina glicosilada, Hemograma, glicemia, parcial de orina, creatinina, niveles de ciclosporina o tacrolimus, bilirrubina, sodio, cloro, potasio, colesterol total, amilasa, lipasa, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, acido úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, gamaglutil transferasa, fosfatasa alcalina, albumina. Los exámenes se hacen las veces que sean necesarios dentro del mismo mes. .- Manejo ambulatorio por Nefrólogo, cirujano de Trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes las veces que sea necesario dentro del mismo mes. .- Si el control se hace constantemente durante los doce meses del año en FVL, se podrá realizar 1 vez al año en caso de ser necesario a criterio médico del grupo de trasplantes los siguientes exámenes: Biopsia de páncreas, radiografía de tórax, Ecografía de Páncreas.	.- Biopsias ni patologías de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica o carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Antígeno CMV. .- No cubre Medicamentos. .- No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones. .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- No Incluye P.R.A .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.431.947
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Observación:
.- Se debe garantizar que los exámenes adicionales que se ordenen en el primer año postrasplante deben ser autorizados de forma oportuna de acuerdo a los requerimientos médicos para ser realizados en Fundación Valle del Lili.
.- Teniendo en cuenta lo consagrado en la Resolución 5395 del 24 de Diciembre de 2013 en su artículo 8 "Reuniones y Actas", donde se se establece que las aseguradoras responsables de la cobertura de atención del paciente de trasplantes deberá garantizar la respuesta a las solicitudes de tecnología en salud NO POS (medicamentos y procedimientos) dentro de los 2 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la radicación, las EPS deben cumplir a cabalidad este parámetro de tiempo definido por la norma y especialmente en los pacientes trasplantados de medula ósea.
.- Cada que se hospitalice un paciente para la realización de trasplante, la EPS deberá garantizar código de autorización para las prestaciones evento que se generen durante su hospitalización.

Paquetes de Trasplante Renal Hepático

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
890315-40.	EVALUACION DEL RECEPTOR TRASPLANTE RENAL HEPATICO	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 17.084.571

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.

Inclusiones	.- Hospitalización en piso de 4 ó 5 días. .- Hemograma, Hemoclasificacion, PT, PTT, INR, Glicemia, Bun, creatinina, sodio, potasio, ALT, AST, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, gamma glutamil, transpeptidasa, albumina, globulina, colesterol total, colesterol diferencial, triglicéridos, acido úrico, TSH, ferritina, alfafetoproteina, ceruplasmina, alfa I, Antitripsina, rastreo de anticuerpos, antígeno carciembrionario, antígeno de cáncer CA 19-9, VDRL, Elisa HIV, HTLV 1-2, HCV, HBsAg, HBsAc, Anti core Hepatitis B, IgG Hepatitis A, IgG CMV, IgG toxoplasma, IgG varicela zoster, IgG herpes 1 y 2, IgG Epstein Barr virus, ANA, SMA, AMA, parcial de orina, Gases arteriales, PSA (hombres), Citología vaginal (mujeres), HLA clase I (Código 9087077604), HLA clase II (Código 9087077605) .- Radiografía de tórax PA y Lateral, Resonancia magnética hepática y esplenoportal con contraste, mamografía (mujer). .- Electrocardiograma, Ecocardiograma de cortocircuito, Ecocardiograma de stress. .- Espirometria. .- Osteodensitometria. .- Colonoscopia total, Endoscopia digestiva alta con Estudio de coloración básica en biopsia (Código 898101) y biopsia. .- Consulta con hepatólogo y/o gastroenterólogo, nefrólogo, cirujano de trasplantes y psicóloga del programa de trasplantes. .- Interconsulta con las especialidades que se considere necesario teniendo en cuenta que los exámenes y/o procedimientos que soliciten se facturarán por actividad. .- Valoración por Urología cubre la cistoscopia. **.- NOTA:** cubre 1 examen, procedimiento o valoración de cada uno de los aquí relacionados.
Exclusiones	.- Hospitalización en UCI o UCIN. .- No incluye complicaciones por procedimientos realizados. .- medicamentos y procedimientos especiales en Piso, UCI, UCIN. .- medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración pretrasplante. .- medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad y diagnóstico. .- No incluye Cateterismo Cardiaco. .- No incluye gamagrafía Ósea. .- No incluye ligadura de varices esofágicas. .- No incluye realización de CPER. .- P.R.A, LSA. .- No se incluyen biopsias, ni patologías especiales de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.

504001-02.	EVALUACION DEL DONANTE Y RESCATE DEL ORGANO HEPATICORENAL	.- El rescate del órgano .- Insumos .- Derechos de sala .- Honorarios .- Pruebas infecciosas .- Procedimientos que ha criterio médico, se requieran para definir la condición del donante .- Soluciones de preservación	.- Rescate del órgano no incluye: .- Vuelo Chárter en caso de ser necesario trasladarse a otra ciudad a realizar el rescate o que el componente anatómico sea enviado desde otra ciudad .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 27.418.838
505403-01.	INTERVENCION EN EL RECEPTOR Y CONTROL POSTQUIRURGICO PRIMER MES HEPATICO RENAL	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 271.343.461
Inclusiones	**.- Intervención en el receptor Incluye:** .- Exámenes de laboratorio. .- Interconsultas con diferentes especialidades en caso de ser necesario. .- Derechos de sala, .- Hospitalización postrasplante (después de realizado el procedimiento) 10 días en UCI y 20 días en piso, durante este periodo se asumen las posibles complicaciones derivadas del trasplante (excepto lo expresamente listado en los NO INCLUYE). .- Componentes sanguíneos. Banco de sangre: 6 de Plasma, 6 de Glóbulos rojos, 6 de Crioprecipitados, 6 de Plaquetas en caso que el receptor lo requiera en el momento de la cirugía, posterior a este queda por fuera del paquete. .- Honorarios médicos .- Reintervenciones inherentes al trasplante. .- Materiales. .- Exámenes diagnósticos. .- Hemodiálisis hasta 3 diálisis.			
Inclusiones	.- medicamentos hasta el día 30 post trasplante (diferentes a los detallados en los NO INCLUYE, ni homólogos a los mismos) .- Se incluye Albumina Humana hasta 20 Unidades. .- Se Incluye medicamentos antimicóticos como Diflucan o Anfotericina .- Se Incluyen médicaciones para el manejo del dolor postoperatorio (no se Incluyen intervenciones, ni dispositivos para manejo de dolor). .- Se Incluyen inmunosupresores como el tacrolimus o ciclosporina y micofenolato (cellcept o myfortic), esteroides , inhibidor m-tor. Se Incluyen inductores como el simulect (en la primera dosis). .- El primer control postrasplante incluye: Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, glicemia, parcial de orina, creatinina, niveles de ciclosporina o tacrolimus, bilirrubina, sodio, cloro, potasio, Orina de 24 horas únicamente para revisar depuración de creatinina y proteinuria, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, Acido Úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil Transferasa, Fosfatasa alcalina, Albumina. Los exámenes se hacen dentro del mismo mes las veces que sean necesario. Consulta médico especialista hepatólogo, cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario, Si el control se hace constantemente durante todo el año en FVL, se hacen 1 vez al año los siguientes: Biopsia hepática y/o Renal, radiografía de tórax, Ecografía hepática y/o Renal.			
Exclusiones	.- Intervención no incluye: .- No se Incluyen en el paquete medicamentos de uso ambulatorio después del día 30. .- A partir del día 31 del postransplante se cobraran todos los servicios bajo la modalidad de actividad. .- En caso de requerir un segundo trasplante por falla del injerto en los primeros 7 días, se cobrara el valor del primer trasplante al 100% y el segundo al 75% del valor del paquete, teniendo en cuentas las inclusiones y exclusiones del mismo aún estando dentro de la misma hospitalización. .- Solo en caso de muerte intraoperatoria del receptor y hasta en las primeras 24 horas se cobrara el 50% del valor del paquete. .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No se incluye la segunda dosis de inductores como simulect. .- No se incluyen antivirales como cymevene o ganciclovir y valixa o valganciclovir. .- No se incluyen anticuerpo monoclonales como OKT3 o inmunoglobulina antitimocitica como timoglobulina. .- No incluye inmunoglobulina antilinfocitica. .- No incluye antimicóticos como la caspungina, anidulafungina o cualquier médicamento homologo. .- No incluye Factores de coagulación en cualquier de sus presentaciones.			

Exclusiones	.- No incluye medicamentos tales como polimixinab, alprostadil, filgrastim, inmunoglobulina, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones. .- No incluye plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre procesado para su realización. .- No incluye Vuelo chárter en caso de ser necesario trasladarse a otra ciudad a realizar el rescate o que el componente anatómico sea enviado desde otra ciudad. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o cualquier recombinante que exista en el mercado. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No Incluye cambio de catéter, ni cambios de sistema de diálisis. .- No incluye Nefrectomía unilateral o bilateral en caso de ser necesaria su extracción cuando por condición clínica del paciente así lo requiera (Ej: HTA Renovascular o Refractaria, infecciones crónicas pretrasplante, cáncer, riñones poliquisticos, entre otros), cabe recalcar que en la mayoría de los casos en el trasplante renal se preservan los riñones nativos. .- Los citotóxicos mensuales para pacientes catalogados como hipersensibilizados deberán tener autorización mensual por parte de la entidad. .- El primer control postrasplante no incluye: Biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica o carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria, Antígeno CMV, No cubre medicamentos, No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones, No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex			
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
890292-40.	CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE ENTRE SEGUNDO Y CUARTO MES TRASPLANTE RENAL HEPATICO	.- Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, glicemia, parcial de orina, creatinina, niveles de ciclosporina o tacrolimus, bilirrubina, sodio, cloro, potasio, Orina de 24 horas únicamente para revisar depuración de creatinina y proteinuria, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, Acido Úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil Transferasa, Fosfatasa alcalina, Albumina. Los exámenes se hacen dentro del mismo mes las veces que sean necesario. .- Consulta médico especialista hepatólogo, cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario. Si el control se hace constantemente durante todo el año en FVL, se hacen 1 vez al año los siguientes: Biopsia hepática y/o Renal, radiografía de tórax, Ecografía hepática y/o Renal	.- Biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica o carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Antígeno CMV. .- No cubre Medicamentos. .- No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones. .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.049.387
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
890292-41.	CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE A PARTIR DEL QUINTO MES TRASPLANTE RENAL HEPATICO	.- Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, glicemia, parcial de orina, creatinina, niveles de ciclosporina o tacrolimus, bilirrubina, sodio, cloro, potasio, Orina de 24 horas únicamente para revisar depuración de creatinina y proteinuria, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, Acido Úrico, PT, PTT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil Transferasa, Fosfatasa alcalina, Albumina. Los exámenes se hacen dentro del mismo mes las veces que sean necesario. .- Consulta médico especialista hepatólogo, cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario. Si el control se hace constantemente durante todo el año en FVL, se hacen 1 vez al año los siguientes: Biopsia hepática y/o Renal, radiografía de tórax, Ecografía hepática y/o Renal	.- Biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, inmunohistoquimica o carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Antígeno CMV. .- No cubre Medicamentos. .- No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones. .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.107.057
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Observación:
.- Se debe garantizar que los exámenes adicionales que se ordenen en el primer año postrasplante deben ser autorizados de forma oportuna de acuerdo a los requerimientos médicos para ser realizados en Fundación Valle del Lili.
.- Teniendo en cuenta lo consagrado en la Resolución 5395 del 24 de Diciembre de 2013 en su artículo 8 "Reuniones y Actas", donde se se establece que las aseguradoras responsables de la cobertura de atención del paciente de trasplantes deberá garantizar la respuesta a las solicitudes de tecnología en salud NO POS (medicamentos y procedimientos) dentro de los 2 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la radicación, las EPS deben cumplir a cabalidad este parámetro de tiempo definido por la norma y especialmente en los pacientes trasplantados de medula ósea.
.- Cada que se hospitalice un paciente para la realización de trasplante, la EPS deberá garantizar código de autorización para las prestaciones evento que se generen durante su hospitalización.

Paquetes de Trasplante Riñón Páncreas

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
890292-52.	CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE A PARTIR DEL QUINTO MES TRASPLANTE RIÑON-PANCREAS	.- Hemoglobina glicosilada, hemograma, glicemia, parcial de orina, creatinina, niveles de ciclosporina o tacrolimus, bilirrubina, sodio, cloro, potasio, colesterol total, amilasa, lipasa, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, acido úrico, PT, PTT, nitrógeno ureico, gamaglutil transferasa, fosfatasa alcalina, albumina, **Urocultivo**. Orina de 24 horas únicamente para revisar depuración de creatinina y proteinuria. Los exámenes se realizan dentro del mismo mes las veces que sean necesarios. .- Manejo ambulatorio por Nefrólogo, cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes las veces que sea necesarias dentro del mismo mes. .- Si el control se hace constantemente durante los doce meses del año en FVL, se podrá realizar una vez al año en caso de ser necesario a criterio médico del grupo de trasplantes los siguientes exámenes: Biopsia de páncreas y/o Riñón, radiografía de tórax, Ecografía de Páncreas y/o Riñón.	.- Biopsias, ni patologías de alta complejidad como C4D, Inmunohistoquimica o Carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. - Antígeno CMV .- No Cubre Medicamentos. .- No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones. .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.107.057

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.

Observación:
.- Se debe garantizar que los exámenes adicionales que se ordenen en el primer año postrasplante deben ser autorizados de forma oportuna de acuerdo a los requerimientos médicos para ser realizados en Fundación Valle del Lili.
.- Teniendo en cuenta lo consagrado en la Resolución 5395 del 24 de Diciembre de 2013 en su artículo 8 "Reuniones y Actas", donde se se establece que las aseguradoras responsables de la cobertura de atención del paciente de trasplantes deberá garantizar la respuesta a las solicitudes de tecnología en salud NO POS (medicamentos y procedimientos) dentro de los 2 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la radicación, las EPS deben cumplir a cabalidad este parámetro de tiempo definido por la norma y especialmente en los pacientes trasplantados de medula ósea.
.- Cada que se hospitalice un paciente para la realización de trasplante, la EPS deberá garantizar código de autorización para las prestaciones evento que se generen durante su hospitalización.

Paquetes de Trasplante de Pulmón

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
327001.	TRASPLANTE UNILATERAL DE PULMON VIA ABIERTA	Ver inclusiones y exclusiones abajo		$ 316.748.977

PROTOCOLO PULMÓN

Inclusiones	.- Hospitalización 4 días en piso (después de realizado el procedimiento). .- Honorario grupo Neumología. .- Dieta según orden médica. .- Oxigeno suplementario. .- Radiografía de tórax PA y Lateral (1). .- TAC de tórax multidetector con contraste (Con cortes de alta resolución) (1) (medio de contraste). .- Tac de senos paranasales (1). .- Ecografía de Abdomen Total (1). .- Mamografía (> 40 años) (1). .- Ecocardiograma transtoracico (1). .- Ecocardiograma de estrés (1). .- Gamagrafía de ventilación/perfusión pulmonar (1) (incluye radiofármaco). .- Osteodensitometría (1). .- Espirometría y curva flujo/volumen pre y post Broncodilatador (1). .- Capacidad de difusión de monóxido de carbono (1). .- Volúmenes Pulmonares (1). .- Caminata de 6 minutos (1). .- Colonoscopia Total (>40 años) (1) (2 patologías). .- Endoscopia digestiva alta y biopsia (1) (2 patologías). .- PH impedanciometria (1).
Inclusiones	.- Arteriografía coronaria mas cateterismo izquierdo con angiog (1), Angiocardiografia de corazón derecho (1) .- Interconsultas: Rehabilitación oral u odontopediatría, Psiquiatría, Cirugía de Tórax, Trabajo Social, Infectología, Ginecología, Anestesiología, Psicología, Nutrición. .- Medición de la fuerza muscular respiratoria pim-pem ajustado con volúmenes pulmonares .- Hemograma, Hemoclasificación, PT, PTT, Glicemia, BUN, Creatinina, Sodio (NA), Potasio(K), Magnesio (Mg), ALT, AST, Bilirrubinas, Fosfatasa Alcalina, Albumina, Colesterol Total, Colesterol Diferencial, Triglicéridos, Acido Úrico, TSH, Antígeno especifico de próstata total-PSA (Hombres), Citología Vaginal (Mujeres), Anti Core Hepatitis B, VDRL, ELISA HIV, Coprologico, Coloración Gram, Cultivo de Esputo (Microorganismos), Hepatitis B HBsAg, IgG Toxoplasma, IgG Varicela Zoster, IgG Herpes 1, IgG Herpes 2, IgG Epstein Barr Virus, Gases Arteriales, Parcial de Orina, Depuración de Creatinina, PPD (Prueba de Mantoux (Tuberculina)), Coobs indirecto prueba cuantitativa, Proteínas totales en suero y otros fluidos, Vitamina D.25-OH total (d2-d3), Baciloscopia Coloración(coloración para acido alcohol resistente y lectura o baciloscopia), Mycobacterium Tuberculosis cultivo, Anti HBS, Anticuerpos Hepatitis C, Nucleares Anticuerpos (ana) por IFI, Factor reumatoideo [r a] cuantitativo por nefelometría,, HLA CLASE I PCR - SSO y LUMINOMETRIA A B PAQUETE TX RENAL, HLA CLASE II PCR - SSO y LUMINOMETRIA DR DQPAQUETE TX RENAL, ANTICUERPOS CONTRA ANTIGENO UNICO CLASEI POR LUMINOMETRIA (LSA), ANTICUERPOS CONTRA ANTIGENO UNICO CLASEII POR LUMINOMETRIA (LS), Manometría esofágica, Gamagrafia de reflujo, Gonadotropina corionicasubunidad beta cualitativa[bhcg] prueba de embarazo en orina o suero, Citomegalovirus anticuerpos ig g [cmv-g] por EIA (IgG CMV), Citomegalovirus anticuerpos igm [cmv-m] por EIA, HTLV-I Y II ANTICUERPOS [ANTI HTLV-I] TOTALES &. .- Vacuna influenza estacional + ah1n1 adulto 15 mcg, Vacuna hepatitis b adulto 20mcg jg x 1ml, Vacuna neumococo adulto jg x 0.5ml. **NOTA:** .- Solo se cubre un examen de cada uno, todo lo que ordenen los especialistas interconsultados en sus valoraciones quedará por fuera del paquete. .- En caso de que por condición clínica del paciente o fallecimiento nose pueda realizar el trasplante se facturarán todas las prestaciones por evento y se radicarán con la autorización inicial del trasplante, no dará lugar a motivo de glosa o devolución.
Exclusiones	.- Hospitalización en UCI o UCIN .- Interconsultas por otras especialidades .- Complicaciones por procedimientos realizados .- Ningún tipo de complicación que se presente durante la realización del protocolo. .- medicamentos y procedimientos especiales durante la estancia hospitalaria en PISO, UCI, UCIN. .- medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración del protocolo pretrasplante .- medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad y diagnóstico .- Escanografía diferentes a las mencionadas anteriormente en las inclusiones .- medicamentos que desde el punto de vista médico deban ser suministrados durante la realización del protocolo .- Plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre procesado para su realización. .- Banco de sangre. .- Diálisis.

Exclusiones	.- Ligadura de varices esofágicas. .- Realización de CPER. .- Biopsias, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus, exámenes de remisión o cualquier que desde el punto de vista médico será necesaria. .- Carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- Carga viral de cualquier examen que sea necesaria su realización para confirmación de diagnósticos. .- Exámenes en medicina nuclear diferentes a los expresamente relacionados .- Cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
INTERVENCIÓN EN EL RECEPTOR - TRASPLANTE DE PULMÓN	
Inclusiones	RESCATE DEL ÓRGANO. Derecho de sala, Materiales y medicamentos en sala, honorarios, soluciones de preservación, pruebas infecciosas, procedimientos que a criterio médico se requieran para definir la condición del donante. INTERVENCIÓN EN EL RECEPTOR. .- Hospitalización Post Trasplante: 30 dias en UCI, siempre y cuando el manejo este relacionado con el proceso de trasplante. .- Honorarios Medicos. .- Derecho de Sala. Examenes de Laboratorio y radiológicos. .- Interconsultas con diferentes especialidades en caso de ser necesario. .- medicamentos hasta el dìa 30 post trasplante (diferentes a los detallados en los NO INCLUYE, ni homologos a los mismos). .- Se incluyen médicaciones para el manejo del dolor postoperatorio (no se incluyen intervenciones, ni dispositivos para manejo de dolor). Se incluyen inmunosupresores como el tracolimus o ciclosporina y micofenolato (cellcept o myfortic), esteroides, Incluye hasta 5 unidades de globulina timocitica, hasta 10 unidades ganciclovir. Se incluyen antivirales valganciclovir. Incluye Milrinona hasta 20 unidades. .- Antibióticos profilactico cefepime y vancomicina, Anfotericina, trimetoprim Sulfa, aciclovir .- Incluye hasta 2 cargas virales de citomegalovirus y epstein baar. Banco de Sangre: Componentes sanguíneos y/o derivados hasta 12 unidades. Terapias : Terapia Respiratoria, Terapia Fisica, Rehabilitación Pulmonar durante su estancia. Otros Examenes: Cubre hasta 5 Broncoscopias
Exclusiones	.- Rescate del órgano: No incluye utilización de vuelo chárter en caso de ser necesaria su utilización. .- Intervención no incluye: .- No se incluyen en el paquete medicamentos de uso ambulatorio después del día 30. .- A partir del día 31 del postrasplante se cobraran todos los servicios bajo la modalidad de actividad. .- En caso de requerir un segundo trasplante por falla del injerto en los primeros 7 días, se cobrara el valor del primer trasplante al 100% y el segundo al 75% del valor del paquete, teniendo en cuentas las inclusiones y exclusiones del mismo aún estando dentro de la misma hospitalización. A partir de un tercer trasplante se cobrará al 100%. .- Solo en caso de muerte intraoperatoria del receptor y hasta en las primeras 24 horas se cobrara el 50% del valor del paquete. .- Cuando por causa clínica se requiera realizar el Trasplante Bilateral se cobrará el primero al 100% y segundo al 75% .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No incluye banco de sangre de acuerdo a lo expresamente anotado en el ítem de incluyes. .- No se incluyen anticuerpos monoclonales como OKT3 o inmonuglobulina antitimocitica. .- No incluye antimicóticos como la caspungina, anidulafungina, voriconazol, posoconazol, o cualquier médicamento análogo a los anteriormente mencionados. .- No incluye plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre y todos los laboratorios y demás procesados para su realización. .- No incluye Factores de coagulación en cualquiera de sus presentaciones. .- No incluye medicamentos para el manejo de complicaciones .- No incluye alprostadil, filgrastim, inmunoglobulina humana, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones. .- No incluye Vuelo chárter en caso de ser necesario trasladarse a otra ciudad a realizar el rescate o que el componente anatómico sea enviado desde otra ciudad. .- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o cualquier recombinante que exista en el mercado.

Exclusiones	.- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación cardíaca. .- No incluye cargas virales de cualquier examen que sea necesaria su realización a excepción de las mencionadas en las inclusiones .- No incluye cargar viral para hepatitis, prueba de resistencia para CMV, carga para adenovirus, prueba de resistencia de adenovirus, carga viral de polioma, Aspergillus y otras especiales que se requieran para el manejo de su diagnóstico. .- No se incluyen biopsias adicionales a las mencionadas en los incluye, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus o cualquier análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye hospitalizaciones después del egreso del paciente, independiente del número de días postrasplante. .- No incluye la realización de diálisis, plasmaferesis y demás procedimientos especiales que se deban realizar de acuerdo a su condición clínica. .- No incluye PET SCAN. Terapia VAC .- No incluye ECMO .- No incluye Rituximab .- No incluye exámenes, ayudas diganócticas o procedimientos que ordenen los médicos interconsultantes diferentes al grupo de trasplante. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica analogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapeúticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye complicaciones, procedimientos, exámenes, ayudas diagnósticas que sean necesarias para el manejo de la complicación. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
CONTROL POST TRASPLANTE DE PULMON HASTA EL decimosegundo MES	
Inclusiones	**Los siguientes exámenes se realizarán las veces que sean necesarios dentro del mismo mes.** .- PT, PTT. Hemograma, INR, Creatinina, Bun, NA, K, Cl, Mg, Glucosa, LDH, Niveles de Tacrolimus. .- Consulta médico especialista Neumólogo o Cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario. **Los siguientes exámenes se realizarán hasta 6 al año.**.- Broncoscopia. Citología vaginal. Estudio de Coloración Básica, LSA Clase I por luminometria y LSA Clase II por luminometria, C4D, Cultivo para bacterias, Cultivo para hongos, Coloración Nocardia, Cultivo Micobacterias, CMV PCR - PP65. **Los siguientes exámenes se harán 3 veces al año** .- Carga viral epstein baar, Carga viral citomegalovirua, Colesterol total, HLD, LDL, Deshidroginasa láctica LDH, Trigliceridos, parcial de orina, culrivo de orina, gram de orina. Cod 879301 TAC de torax **Los siguientes exámenes se harán hasta 15 al año.** .- Espirometría, Rx de Tórax .- Cod 933500 - Terapia de rehabilitación pulmonar hasta 40 en al año
Exclusiones	.- Hospitalización en piso, UCI o Intermedio .- Biopsias, ni patologías de alta complejidad tales como Inmunohistoquimica o Carga viral de cualquier patología diferente a las mencionadas en las inclusiones y que el médico considere necesaria. .- No Cubre medicamentos. .- No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones. .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	

327101.	TRASPLANTE BILATERAL DE PULMON VIA ABIERTA	Ver inclusiones y exclusiones abajo	$ 475.123.468
PROTOCOLO PULMÓN			

Inclusiones	.- Hospitalización 4 días en piso (después de realizado el procedimiento). .- Honorario grupo Neumología. .- Dieta según orden médica. .- Oxigeno suplementario. .- Radiografía de tórax PA y Lateral (1). .- TAC de tórax multidetector con contraste (Con cortes de alta resolución) (1) (medio de contraste). .- Tac de senos paranasales (1). .- Ecografía de Abdomen Total (1). .- Mamografía (> 40 años) (1). .- Ecocardiograma transtoracico (1). .- Ecocardiograma de estrés (1). .- Gamagrafía de ventilación/perfusión pulmonar (1) (incluye radiofármaco). .- Osteodensitometría (1). .- Espirometría y curva flujo/volumen pre y post Broncodilatador (1). .- Capacidad de difusión de monóxido de carbono (1). .- Volúmenes Pulmonares (1). .- Caminata de 6 minutos (1). .- Colonoscopia Total (>40 años) (1) (2 patologías). .- Endoscopia digestiva alta y biopsia (1) (2 patologías). .- PH impedanciometria (1).
Inclusiones	.- Para pacientes mayores de 40 años de acuedo a criterio médico**,** la arteriografia coronaria mas cateterismo izquierdo con angiografía (1) .- Angiocardiografia de corazón derecho (1) .- Interconsultas: Rehabilitación oral u odontopediatría**,** Psiquiatría, Cirugía de Tórax, Trabajo Social, Infectología, Ginecología, Anestesiología, Psicología, Nutrición. .- Medición de la fuerza muscular respiratoria pim-pem ajustado con volúmenes pulmonares .- Hemograma, Hemoclasificación, PT, PTT, Glicemia, BUN, Creatinina, Sodio (NA), Potasio(K), Magnesio (Mg), ALT, AST, Bilirrubinas, Fosfatasa Alcalina, Albumina, Colesterol Total, Colesterol Diferencial, Triglicéridos, Acido Úrico, TSH, Antígeno especifico de próstata total-PSA (Hombres), Citología Vaginal (Mujeres), Anti Core Hepatitis B, VDRL, ELISA HIV, Coprologico, Coloración Gram, Cultivo de Esputo (Microorganismos), Hepatitis B HBsAg, IgG Toxoplasma, IgG Varicela Zoster, IgG Herpes 1, IgG Herpes 2, IgG Epstein Barr Virus, Gases Arteriales, Parcial de Orina, Depuración de Creatinina, PPD (Prueba de Mantoux (Tuberculina)), Coobs indirecto prueba cuantitativa, Proteínas totales en suero y otros fluidos, Vitamina D.25-OH total (d2-d3), Baciloscopia Coloración(coloración para acido alcohol resistente y lectura o baciloscopia), Mycobacterium Tuberculosis cultivo, Anti HBS, Anticuerpos Hepatitis C, Nucleares Anticuerpos (ana) por IFI, Factor reumatoideo [r a] cuantitativo por nefelometría,, HLA CLASE I PCR - SSO y LUMINOMETRIA A B PAQUETE TX RENAL, HLA CLASE II PCR - SSO y LUMINOMETRIA DR DQPAQUETE TX RENAL, ANTICUERPOS CONTRA ANTIGENO UNICO CLASEI POR LUMINOMETRIA (LSA), ANTICUERPOS CONTRA ANTIGENO UNICO CLASEII POR LUMINOMETRIA (LS), Manometría esofágica, Gamagrafia de reflujo, Gonadotropina corionicasubunidad beta cualitativa[bhcg] prueba de embarazo en orina o suero, Citomegalovirus anticuerpos ig g [cmv-g] por EIA (IgG CMV), Citomegalovirus anticuerpos igm [cmv-m] por EIA, HTLV-I Y II ANTICUERPOS [ANTI HTLV-I] TOTALES &. .- Vacuna influenza estacional + ah1n1 adulto 15 mcg, Vacuna hepatitis b adulto 20mcg jg x 1ml, Vacuna neumococo adulto jg x 0.5ml. **NOTA:** .- Solo se cubre un examen de cada uno, todo lo que ordenen los especialistas interconsultados en sus valoraciones quedará por fuera del paquete. .- En caso de que por condición clínica del paciente o fallecimiento nose pueda realizar el trasplante se facturarán todas las prestaciones por evento y se radicarán con la autorización inicial del trasplante, no dará lugar a motivo de glosa o devolución.
Exclusiones	.- Hospitalización en UCI o UCIN .- Interconsultas por otras especialidades .- Complicaciones por procedimientos realizados .- Ningún tipo de complicación que se presente durante la realización del protocolo. .- medicamentos y procedimientos especiales durante la estancia hospitalaria en PISO, UCI, UCIN. .- medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración del protocolo pretrasplante .- medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad y diagnóstico .- Escanografía diferentes a las mencionadas anteriormente en las inclusiones .- medicamentos que desde el punto de vista médico deban ser suministrados durante la realización del protocolo .- Plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre procesado para su realización. .- Banco de sangre. .- Diálisis.

Exclusiones	.- Ligadura de varices esofágicas. .- Realización de CPER. .- Biopsias, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus, exámenes de remisión o cualquier que desde el punto de vista médico será necesaria. .- Carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- Carga viral de cualquier examen que sea necesaria su realización para confirmación de diagnósticos. .- Exámenes en medicina nuclear diferentes a los expresamente relacionados .- Cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
INTERVENCIÓN EN EL RECEPTOR - TRASPLANTE DE PULMÓN	
Inclusiones	RESCATE DEL ÓRGANO. Derecho de sala, Materiales y medicamentos en sala, honorarios, soluciones de preservación, pruebas infecciosas, procedimientos que a criterio médico se requieran para definir la condición del donante. INTERVENCIÓN EN EL RECEPTOR. .- Hospitalización Post Trasplante: 30 dias en UCI, siempre y cuando el manejo este relacionado con el proceso de trasplante. .- Honorarios Medicos. .- Derecho de Sala. Examenes de Laboratorio y radiológicos. .- Interconsultas con diferentes especialidades en caso de ser necesario. .- medicamentos hasta el dìa 30 post trasplante (diferentes a los detallados en los NO INCLUYE, ni homologos a los mismos). .- Se incluyen médicaciones para el manejo del dolor postoperatorio (no se incluyen intervenciones, ni dispositivos para manejo de dolor). Se incluyen inmunosupresores como el tracolimus o ciclosporina y micofenolato (cellcept o myfortic), esteroides, Incluye hasta 5 unidades de globulina timocitica, hasta 10 unidades ganciclovir. Se incluyen antivirales valganciclovir. Incluye Milrinona hasta 20 unidades. .- Antibióticos profilactico cefepime y vancomicina, Anfotericina, trimetoprim Sulfa, aciclovir .- Incluye hasta 2 cargas virales de citomegalovirus y epstein baar. Banco de Sangre: Componentes sanguíneos y/o derivados hasta 12 unidades. Terapias : Terapia Respiratoria, Terapia Fisica, Rehabilitación Pulmonar durante su estancia. Otros Examenes: Cubre hasta 5 Broncoscopias
Exclusiones	.- Rescate del órgano: No incluye utilización de vuelo chárter en caso de ser necesaria su utilización. .- Intervención no incluye: .- No se incluyen en el paquete medicamentos de uso ambulatorio después del día 30. .- A partir del día 31 del postrasplante se cobraran todos los servicios bajo la modalidad de actividad. .- En caso de requerir un segundo trasplante por falla del injerto en los primeros 7 días, se cobrara el valor del primer trasplante al 100% y el segundo al 75% del valor del paquete, teniendo en cuentas las inclusiones y exclusiones del mismo aún estando dentro de la misma hospitalización. A partir de un tercer trasplante se cobrará al 100%. .- Solo en caso de muerte intraoperatoria del receptor y hasta en las primeras 24 horas se cobrara el 50% del valor del paquete. .- Cuando por causa clínica se requiera realizar el Trasplante Bilateral se cobrará el primero al 100% y segundo al 50% .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No incluye banco de sangre de acuerdo a lo expresamente anotado en el ítem de incluyes. .- No se incluyen anticuerpos monoclonales como OKT3 o inmonuglobulina antitimocitica. .- No incluye antimicóticos como la caspungina, anidulafungina, voriconazol, posoconazol, o cualquier médicamento análogo a los anteriormente mencionados. .- No incluye plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre y todos los laboratorios y demás procesados para su realización. .- No incluye Factores de coagulación en cualquiera de sus presentaciones. .- No incluye medicamentos para el manejo de complicaciones .- No incluye alprostadil, filgrastim, inmunoglobulina humana, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones. .- No incluye Vuelo chárter en caso de ser necesario trasladarse a otra ciudad a realizar el rescate o que el componente anatómico sea enviado desde otra ciudad. .- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o cualquier recombinante que exista en el mercado.

Exclusiones	.- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación cardíaca. .- No incluye cargas virales de cualquier examen que sea necesaria su realización a excepción de las mencionadas en las inclusiones .- No incluye cargar viral para hepatitis, prueba de resistencia para CMV, carga para adenovirus, prueba de resistencia de adenovirus, carga viral de polioma, Aspergillus y otras especiales que se requieran para el manejo de su diagnóstico. .- No se incluyen biopsias adicionales a las mencionadas en los incluye, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus o cualquier análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye hospitalizaciones después del egreso del paciente, independiente del número de días postrasplante. .- No incluye la realización de diálisis, plasmaferesis y demás procedimientos especiales que se deban realizar de acuerdo a su condición clínica. .- No incluye PET SCAN. Terapia VAC .- No incluye ECMO .- No incluye Rituximab .- No incluye exámenes, ayudas diganócticas o procedimientos que ordenen los médicos interconsultantes diferentes al grupo de trasplante. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica analogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapeúticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye complicaciones, procedimientos, exámenes, ayudas diagnósticas que sean necesarias para el manejo de la complicación. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
CONTROL POST TRASPLANTE DE PULMON HASTA EL DECIMOSEGUNDO MES	
Inclusiones	.- Consulta médico especialista Neumólogo o Cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario. .- **Los siguientes exámenes se realizarán hasta dos veces al mes según criterio médico:** Hemograma, Creatinina, Bun, Potasio. Cloro, Magnesio, LDH, Niveles de Tacrolimus y/o Ciclosporina, Colesterol total, HLD, Triglicéridos. Carga viral epstein baar, Carga viral citomegalovirus. Espirometría, Rx de Tórax. Cod 879301 TAC de torax. (1 al año) .- **Los siguientes exámenes se realizarán una sola vez al mes según criterio médico:** Broncoscopia. Detección por PCR para micobacterias en lavado broncoalveolar. Estudio de Coloración Básica, C4D, Cultivo para bacterias, Cultivo para hongos, Coloración Nocardia, Cultivo Micobacterias, LSA Clase I por luminometria y LSA Clase II por luminometria. **.- Broncoscopias hasta (6), Recargo de anestesia (6), Consulta de anestesia (6).** .- Cod 933500 - Terapia de rehabilitación pulmonar bimensual hasta (8).
Exclusiones	.- Hospitalización en piso, UCI o Intermedio .- Biopsias, ni patologías de alta complejidad tales como Inmunohistoquimica o Carga viral de cualquier patología diferente a las mencionadas en las inclusiones y que el médico considere necesaria. .- No Cubre medicamentos. .- No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones. .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos. .- No cubre níveles de sirolimus o everolimus. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	

Paquetes de Medula Ósea

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
410601.	TRASPLANTE ALOGENICO DE MEDULA OSEA	Ver inclusiones y Exclusiones de cada unda de las fases que hacen parte del paquete abajo detalladas (protocolo del receptor, protocolo del donante, movilización y recolección, y trasplante propiamente dicho)		$ 253.196.042
PROTOCOLO RECEPTOR				

Inclusiones	**PROTOCOLO PRETRASPLANTE RECEPTOR:** **.-** Incluye dos (2) días de hospitalización unipersonal en el servicio de médula ósea exclusivamente para la realización de los exámenes relacionados a continuación. Si durante el proceso de realización del protocolo requiere manejo de su patología de base y subyacentes, y el paciente debe quedarse hospitalizado a la espera del inicio del protocolo se cobrará adicional al paquete. .- Manejo por Hematología. Interconsulta por Infectologia, Nutrición y Rehabilitación oral u odontopediatría, Psicología, Trabajo social, valoración por otras especialidades que el médico tratante considere necesario de acuerdo a la condición clínica y/o hallazgos en el protocolo. **.- Laboratorio: Cubre 1 examen de cada uno de los aquí relacionados** Hemograma, Hemoclasificación , PT, PTT, INR, Acido úrico, Calcio por colorimetría, Glicemia, BUN, Creatinina, Sodio, Potasio, Magnesio, ALT, AST, Bilirrubinas, Fosfatasa Alcalina, Gamma Glutamil Transpeptidasa, Albúmina, Ferritina, Globulina, Colesterol total, Colesterol Diferencial, Triglicéridos, VDRL, Elisa HIV, HTLV I y II; HCV, HBsAg, HBsAc, Anti Core Hepatitis B, IgG Hepatitis A, IgG CMV, IgG Toxoplasma, IgG Varicela Zoster, IgG Herpes 1 y 2, IgG Epstein Baar Virus, Tripanosoma cruzy (chagas), Parcial de Orina, PSA (hombres), Citología Vaginal (mujeres), Gonadotropina corionicasubunidad beta cualitativa (prueba de embarazo). Coombs directo prueba cualitativa, gases arteriales en reposo, TSH, Proteínas totales. Recuento de reticulositis código, Anticuerpos irregulares detección (rastreo o rai), Estudio de citometria de flujo en espécimen con múltiples muestreo , Estudio de coloración básica de aspirado de médula ósea mielograma , Capacidad de difusión con monóxido de carbono, Espirometria , PPD, Radiografía de tórax PA y Lateral, Ecocardiograma, Gamagrafia de filtración glomerular con medio de contraste DPTA y Tecnecio 99, TBIC ADULTO o TBIC PEDIÁTRICO (Irradiación corporal Total). Capacidad de difusión con monóxido de CA, Cultivo de hisopado en rastreo rectal 901217-31 (1). .- Si el paciente requiere tratamiento odontológico se cubrirá hasta 1 SMMLV, cualquier excedente se cobrará adicional al paquete. **.- NOTA:** El protocolo solo incluye UN (1) examen y una valoración de cada uno de las prestaciones listadas en este documento.
Exclusiones	.- Hospitalización EN UCI /UCIN. .- No incluye pruebas de compatibilidad o cruce de las mismas para evaluación de donantes. .- No incluye complicaciones por procedimientos realizados. .- medicamentos e insumos que por su patología de base requiere durante la realización del protocolo. .- No incluye procesamiento de banco de sangre y sus derivados .- Procedimientos y estudios diagnósticos adicionales a los incluidos que sean requeridos por condición clínica del paciente. .- No cubre vacunación .- medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración pretrasplante. .- medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad y diagnóstico. .- P.R.A, LSA o análogos existentes .- No se incluyen biopsias, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus o cualquier análoga a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- No incluye toxoplasma IgG avidez o cualquier análogo existente .- No incluye estudio de citometria de flujo o cualquier análogo existente. .- No incluye cualquier examen o procedimiento análogos a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- Cuando de una interconsulta se considere necesario la realización de exámenes y/o procedimientos adicionales a los incluidos en el protocolo, estos se facturarán por actividad. .- Cualquier manejo requerido por su patología de base o subyacentes se cobrarán adicional al paquete. .- No incluye insumos VAC. .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca
PROTOCOLO DONANTE VIVO ADULTO O MENOR	
Inclusiones	Protocolo Donante: Incluye dos (2) días de hospitalización unipersonal en el servicio de médula ósea exclusivamente para la realización de los exámenes relacionados a continuación. Si durante el proceso de realización del protocolo requiere manejo de su patología de base y subyacentes, y el paciente debe quedarse hospitalizado a la espera del inicio del protocolo se cobrará adicional al paquetes. Laboratorio: Hemograma, Hemoclasificación, PT, PTT, INR, Acido úrico, Calcio por colorimetría, Glicemia, BUN, Creatinina, Sodio, Potasio, Magnesio, ALT, AST, Bilirrubinas, Fosfatasa Alcalina, Gamma Glutamil Transpeptidasa, Albúmina, Ferritina, Globulina, Colesterol total, Colesterol Diferencial, Triglicéridos, VDRL, Elisa HIV, HTLV I y II; HCV, HBsAg, HBsAc, Anti Core Hepatitis B, IgG Hepatitis A, IgG CMV, IgG Toxoplasma, IgG Varicela Zoster, IgG Herpes 1 y 2, IgG Epstein Baar Virus, Tripanosoma cruzy (chagas), Parcial de Orina, PSA (hombres), Citología Vaginal (mujeres). Coombs directo prueba cualitativa, gases arteriales en reposo, TSH, Proteínas totales. Recuento de reticulositis código 902224-001, Anticuerpos irregulares detección (rastreo o rai) (911003), Estudio de citometria de flujo en espécimen con múltiples muestreo (898226), Estudio de coloración básica de aspirado de médula ósea mielograma (898004), Capacidad de difusión con monóxido de carbono (893806), Espirometria (893805), PPD, Radiografía de tórax PA y Lateral, Ecocardiograma (881202). .- Una interconsulta con las especialidades que se considere necesario teniendo en cuenta que los exámenes y/o procedimientos que soliciten se facturarán por actividad. .- NOTA: El protocolo incluye un examen, un procedimiento o valoración de cada uno únicamente.

Exclusiones	.- Hospitalización EN UCI /UCIN. .- No incluye pruebas de compatibilidad o cruce de las mismas para evaluación de donantes. .- No incluye complicaciones por procedimientos realizados. .- medicamentos e insumos que por su patología de base requiere durante la realización del protocolo. .- No incluye procesamiento de banco de sangre y sus derivados .- Procedimientos y estudios diagnósticos adicionales a los incluidos que sean requeridos por condición clínica del paciente. .- No cubre vacunación .- medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración pretrasplante. .- medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad y diagnóstico. .- P.R.A, LSA o análogos existentes .- No se incluyen biopsias, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus o cualquier análoga a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- No incluye toxoplasma IgG avidez o cualquier análogo existente .- No incluye estudio de citometria de flujo 898226 o cualquier análogo existente .- Cuando de una interconsulta se considere necesario la realización de exámenes y/o procedimientos adicionales a los incluidos en el protocolo, estos se facturarán por actividad. .- No incluye cualquier examen o procedimiento análogos a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- Cualquier manejo requerido por su patología de base o subyacentes se cobrarán adicional al paquete. .- No incluye insumos VAC. .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca
MOVILIZACIÓN Y RECOLECCIÓN	
Inclusiones	Movilización en el donante: Incluye Se cubre hospitalización en habitación unipersonal a partir de la movilización efectiva. .- Si durante el proceso de atención la movilización es fallida y el paciente requiere quedarse hospitalizado hasta un nuevo intento de movilización o a la espera del acondicionamiento se cobrará adicional al paquete. Todas las prestaciones suministradas al paciente durante el proceso de movilización fallido serán cobradas por evento. Esta fase incluye la Terapia de movilización de células progenitoras periféricas, extracción de la médula ósea y/o separación de las células progenitoras periféricas, criopreservación, almacenamiento, Leucocitos CD34 células progenitoras semiautomatizado o automatizado código (906706). .- Se utilizarán cualquier de los siguientes medicamentos para la movilización: Ciclofosfamida, Etoposido, Citarabina, Melfalan, Carmustina, Filgrastrim según criterio médico y en las dosis que sean necesarias para la recolección. .- Implantación catéter venoso subclavio, Tratamiento para el manejo de síntomas relacionados con los medicamentos empleados en la movilización con ondasetron, metoclopramida, ganisetron, mesna, y acetaminofen. Incluye profilaxis con Ciprofloxacina, Aciclovir, Fluconazol, Nitazoxadina, Trimetoprim sulfametoxazol, Ivermectina.
Exclusiones	.- Hospitalización en UCI, UCIN O UCIP .- No incluye quimioterapia para el manejo de su enfermedad de base. .- No incluye medicamentos adicionales a los descritos. .- No incluye transfusiones de sangre, ni procesamiento de pruebas en banco de sangre. .- No incluye pruebas de compatibilidad o cruce de las mismas para evaluación de donantes. .- No incluye complicaciones por procedimientos realizados. .- medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración pretrasplante. .- medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad de base o novo. .- No incluye medicamentos tales como Globulina timocitica, inmuno globulina humana en cualquier de sus presentaciones, albumina humana, .- P.R.A, LSA. .- No se incluyen biopsias, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus o cualquier análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Ni incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye estudio de citometria de flujo 898226 o cualquier análogo existente. .- No incluye medicamentos tales como Voriconazol. Factor VIIA recombinante, Factor Coagulación II_VII_IX_X, Posaconazol, Tiotepa, Busulfan EV, Clofarabina, Caspofungina, Anidulafungina, Polimixinab, Meropenem, Vancomicina, Amikacina, Polimixina, Cefepime. Alprostadil, Inmunoglobulina humana, Albumina Humana, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones o cualquier médicamento análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- Cualquier manejo requerido por su patología de base o subyacentes se cobrarán adicional al paquete. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex

TRASPLANTE ALOGENICO DE MEDULA OSEA Y/O CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS DE SANGRE PERIFERICA	
Inclusiones	.- Hospitalización en la unidad de trasplante de médula ósea (excepto UCI-UCIN-UCIP) hasta el día 45 postmovilización efectiva. En el acondicionamiento se utilizarán cualquiera de los siguientes medicamentos Carmustina, Melfalan, Citarabina, Busulfano tabletas, Filgrastrim, Etoposido, Ciclofosfamida, Fludarabina. .- Procesos propios del trasplante: cálculo y aplicación del esquema de acondicionamiento (quimioterapia o quimioterapia mas radioterapia corporal total), o, descongelación e implante de la médula ósea o de las células progenitoras periféricas. .- Componentes sanguíneos y/o derivados hasta 15 unidades, quedando por fuera los excluyentes o cualquier médicamento análogo u opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que sean de criterio médico. .- Materiales de sutura y curación. Agentes y gases anestésicos y cualquier elemento médico (reutilizable o desechable), servicio en salas de recuperación y de cirugía, alimentación adecuada al estado del paciente (oral o parenteral) práctica de exámenes y de procedimientos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica excepto las prestaciones excluidas. .- Se Incluye la administración de profilaxis para herpes hasta el día 45 postrasplante con aciclovir y profilaxis para pneumocystis Carinii con Trimetroprim Sulfa y la administración de ciclosporina oral hasta el día 180 postrasplante. Quimerismo durante la hospitalización. .- Control mensual postrasplante durante el primer año, donde de acuerdo a criterio médico se realizarán algunos de los siguientes exámenes una sola vez al mes: Hemograma, Glicemia, Creatinina, Niveles de ciclosporina, Niveles de tacrolimus, bilirrubina, Sodio, Cloro, Potasio, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicéridos, Acido úrico, PT, PPT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil transferasa, Fosfatasa, Alcalina, Albumina, Antígeno para citomegalovirus, calcio, deshidrogensa láctica, extendido de sangre periférico, electroforesis de proteínas, ferritina, fosfatasa alcalina, fosforo, hemoclasificación, inmunoglobulina G IgG cuantitativa, magnesio, proteína C reactiva, recuento de reticulocistos, transaminasas glutamicopiruvia o alanino, transaminasas oxacilitica o ASP, TSH, T4, Carga viral para CMV, Carga viral para Ebtein Baar, Consulta médico especialista oncólogo o hematoncologo. .- Un examen de Quimerismo, CD3, CD4, CD8 por Citometría de flujo en el día 90, en el día 180, en el día 365. Única y exclusivamente uno en cada uno de esos periodos. .- Aspirado de médula ósea más biopsia, un TAC de Abdomen simple (incluye medio de contraste), en caso de requerirse se autorizará uno en el tercer mes postrasplante .- Tipificación antigeno leucocitario humano locus DR 906504 (1)
Exclusiones	.- La hospitalización después del día 45 posmovilización efectiva y cualquier procedimiento, examen u hospitalización adicional será facturado por aparte. No Incluye complicaciones relacionadas con los siguientes diagnósticos: * Síndrome de venoclusión hepática * Cistitis hemorrágica Severa * Enfermedad de injerto contra Huésped * Aspergyrosis pulmonar * Neumonitis por CMV. * Cualquier enfermedad y/o infección relacionadas con su proceso de TMO o exámenes que se requieran para el diagnóstico de posibles infecciones. . - No incluye cargar viral para hepatitis, prueba de resistencia para CMV, epstein baar, carga para adenovirus, prueba de resistencia de adenovirus, carga viral de polioma y otras especiales que se requieran para el manejo de su diagnóstico. .- No se incluyen biopsias, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus o cualquier análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye hospitalizaciones después del egreso del paciente, independiente del número de días postrasplante. .- No incluye la realización de diálisis, plasmaferesis y demás procedimientos especiales que se deban realizar de acuerdo a su condición clínica. .- No incluye PET SCAN.
Exclusiones	.- No incluye medicamentos tales como Voriconazol. Factor VIIA recombinante, Factor Coagulación II_VII_IX_X, Posaconazol, Tiotepa, Busulfan EV, Clofarabina, Caspofungina, Anidulafungina, Polimixinab, Meropenem, Vancomicina, Amikacina, Cefepime. Alprostadil, Inmunoglobulina humana, Albumina Humana, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones o cualquier médicamento análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No se incluye inductores como Simulect. .- No se incluyen antivirales como cymevene o ganciclovir y valixa o valganciclovir. .- No se incluyen anticuerpos monoclonales como OKT3 o inmonuglobulina antitimocitica como timoglobulina. .- No incluye inmunoglobulina antilinfocitica. .- No incluye niveles de sirolimus o everolimus .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	

Observaciones
.- Se debe garantizar que los exámenes adicionales que se ordenen en el primer año postrasplante deben ser autorizados de forma oportuna de acuerdo a los requerimientos médicos para ser realizados en Fundación Valle del Lili.
.- Teniendo en cuenta lo consagrado en la Resolución 5395 del 24 de Diciembre de 2013 en su artículo 8 "Reuniones y Actas", donde se se establece que las aseguradoras responsables de la cobertura de atención del paciente de trasplantes deberá garantizar la respuesta a las solicitudes de tecnología en salud NO POS (medicamentos y procedimientos) dentro de los 2 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la radicación, las EPS deben cumplir a cabalidad este parámetro de tiempo definido por la norma y especialmente en los pacientes trasplantados de medula ósea.
.- Cada que se hospitalice un paciente para la realización de trasplante, la EPS deberá garantizar código de autorización para las prestaciones evento que se generen durante su hospitalización.

410501.	TRASPLANTE AUTOLOGO DE MEDULA OSEA	Ver inclusiones y Exclusiones de cada unda de las fases que hacen parte del paquete abajo detalladas (protocolo del receptor, protocolo del donante, movilización y recolección, y trasplante propiamente dicho)	$ 179.347.194
PROTOCOLO PRETRASPLANTE RECEPTOR			
Inclusiones	**PROTOCOLO PRETRASPLANTE RECEPTOR:** .- Incluye dos (2) días de hospitalización unipersonal en el servicio de médula ósea exclusivamente para la realización de los exámenes relacionados a continuación. Si durante el proceso de realización del protocolo requiere manejo de su patología de base y subyacentes, y el paciente debe quedarse hospitalizado a la espera del inicio del protocolo se cobrará adicional al paquete. .- Manejo por Hematología. Interconsulta por Infectologia, Nutrición y Rehabilitación oral u odontopediatría, Psicología, Trabajo social, valoración por otras especialidades que el médico tratante considere necesario de acuerdo a la condición clínica y/o hallazgos en el protocolo. .- Laboratorio: Cubre 1 examen de cada uno de los aquí relacionados Hemograma, Hemoclasificación , PT, PTT, INR, Acido úrico, Calcio por colorimetria, Glicemia, BUN, Creatinina, Sodio, Potasio, Magnesio, ALT, AST, Bilirrubinas, Fosfatasa Alcalina, Gamma Glutamil Transpeptidasa, Albúmina, Ferritina, Globulina, Colesterol total, Colesterol Diferencial, Triglicéridos, VDRL, Elisa HIV, HTLV I y II; HCV, HBsAg, HBsAc, Anti Core Hepatitis B, IgG Hepatitis A, IgG CMV, IgG Toxoplasma, IgG Varicela Zoster, IgG Herpes 1 y 2, IgG Epstein Baar Virus, Tripanosoma cruzy (chagas), Parcial de Orina, PSA (hombres), Citología Vaginal (mujeres), Gonadotropina corionicasubunidad beta cualitativa (prueba de embarazo). Coombs directo prueba cualitativa, gases arteriales en reposo, TSH, Proteínas totales. Recuento de reticulositis código, Anticuerpos irregulares detección (rastreo o rai), Estudio de citometria de flujo en espécimen con múltiples muestreo , Estudio de coloración básica de aspirado de médula ósea mielograma , Capacidad de difusión con monóxido de carbono, Espirometria , PPD, Radiografía de tórax PA y Lateral, Ecocardiograma, Gamagrafia de filtración glomerular con medio de contraste DPTA y Tecnecio 99, (TBIC ADULTO o TBIC PEDIÁTRICO (Irradiación corporal Total). Capacidad de difusión con monóxido de CA, Cultivo de hisopado en rastreo rectal 901217-31 (1). .- Si el paciente requiere tratamiento odontológico se cubrirá hasta 1 SMMLV, cualquier excedente se cobrará adicional al paquete. .**- NOTA:** El protocolo solo incluye UN (1) examen y una valoración de cada uno de las prestaciones listadas en este documento.		
Exclusiones	.- Hospitalización EN UCI /UCIN. .- No incluye pruebas de compatibilidad o cruce de las mismas para evaluación de donantes. .- No incluye complicaciones por procedimientos realizados. .- medicamentos e insumos que por su patología de base requiere durante la realización del protocolo. .- No incluye procesamiento de banco de sangre y sus derivados .- Procedimientos y estudios diagnósticos adicionales a los incluidos que sean requeridos por condición clínica del paciente. .- No cubre vacunación .- medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración pretrasplante. .- medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad y diagnóstico. .- P.R.A, LSA o análogos existentes .- No se incluyen biopsias, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus o cualquier análoga a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- No incluye toxoplasma IgG avidez o cualquier análogo existente .- No incluye estudio de citometria de flujo o cualquier análogo existente. .- No incluye cualquier examen o procedimiento análogos a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- Cuando de una interconsulta se considere necesario la realización de exámenes y/o procedimientos adicionales a los incluidos en el protocolo, estos se facturarán por actividad. .- Cualquier manejo requerido por su patología de base o subyacentes se cobrarán adicional al paquete. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex .- No incluye terapia física, terapia ocupacional, terapia de rehabilitación, Pulmonar, Rehabilitación cardiaca.		
MOVILIZACIÓN Y RECOLECCIÓN			

Inclusiones	Movilización y recolección en el receptor: Incluye Se cubre hospitalización en habitación unipersonal a partir de la movilización efectiva. .- Si durante el proceso de atención la movilización es fallida y el paciente requiere quedarse hospitalizado hasta un nuevo intento de movilización o a la espera del acondicionamiento se cobrará adicional al paquete. Todas las prestaciones suministradas al paciente durante el proceso de movilización fallido serán cobradas por evento. Esta fase incluye la Terapia de movilización de células progenitoras periféricas, extracción de la médula ósea y/o separación de las células progenitoras periféricas, criopreservación, almacenamiento, Leucocitos CD34 células progenitoras semiautomatizado o automatizado código (906706). .- Se utilizarán cualquier de los siguientes medicamentos para la movilización: Ciclofosfamida, Etoposido, Citarabina, Melfalan, Carmustina, Filgrastrim, Fludarabina, Busulfano tabletas, según criterio médico y en las dosis que sean necesarias para la recolección. .- Implantación catéter venoso subclavio, Tratamiento para el manejo de síntomas relacionados con los medicamentos empleados en la movilización con ondasetron, metoclopramida, ganisetron, mesna, y acetaminofen. Incluye profilaxis con Ciprofloxacina, Aciclovir, Fluconazol, Nitazoxadina, Trimetoprim sulfametoxazol, Ivermectina.
Exclusiones	.- Hospitalización en UCI, UCIN O UCIP .- No incluye quimioterapia para el manejo de su enfermedad de base. .- No incluye medicamentos adicionales a los descritos. .- No incluye transfusiones de sangre, ni procesamiento de pruebas en banco de sangre. .- No incluye pruebas de compatibilidad o cruce de las mismas para evaluación de donantes. .- No incluye complicaciones por procedimientos realizados. .- medicamentos y procedimientos recomendados como conclusión de la valoración pretrasplante. .- medicamentos para tratamiento médico de su enfermedad de base o novo. .- No incluye medicamentos tales como Globulina timocitica, inmuno globulina humana en cualquier de sus presentaciones, albumina humana, .- P.R.A, LSA. .- No se incluyen biopsias, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus o cualquier análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Ni incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye estudio de citometria de flujo 898226 o cualquier análogo existente. .- No incluye medicamentos tales como Voriconazol. Factor VIIA recombinante, Factor Coagulación II_VII_IX_X, Posaconazol, Tiotepa, Busulfan EV, Clofarabina, Caspofungina, Anidulafungina, Polimixinab, Meropenem, Vancomicina, Amikacina, Polimixina, Cefepime. Alprostadil, Inmunoglobulina humana, Albumina Humana, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones o cualquier médicamento análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- Cualquier manejo requerido por su patología de base o subyacentes se cobrarán adicional al paquete. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
TRASPLANTE AUTOLOGO DE MEDULA OSEA Y/O CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS DE SANGRE PERIFERICA	
Inclusiones	.- Hospitalización en la unidad de trasplante de médula ósea (excepto UCI-UCIN-UCIP) hasta el día 45 postmovilización efectiva. En el acondicionamiento se utilizarán cualquiera de los siguientes medicamentos Carmustina, Melfalan, Citarabina, Busulfano tabletas, Filgrastrim, Etoposido, Ciclofosfamida, Fludarabina. .- Procesos propios del trasplante: cálculo y aplicación del esquema de acondicionamiento (quimioterapia o quimioterapia mas radioterapia corporal total), o, descongelación e implante de la médula ósea o de las células progenitoras periféricas. .- Componentes sanguíneos y/o derivados hasta 10 unidades, quedando por fuera los excluyentes o cualquier médicamento análogo u opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que sean de criterio médico. .- Materiales de sutura y curación. Agentes y gases anestésicos y cualquier elemento médico (reutilizable o desechable), servicio en salas de recuperación y de cirugía, alimentación adecuada al estado del paciente (oral o parenteral) práctica de exámenes y de procedimientos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica excepto las prestaciones excluidas. .- Se Incluye la administración de profilaxis para herpes hasta el día 45 postrasplante con aciclovir y profilaxis para pneumocystis Carinii con Trimetroprim Sulfa y la administración de ciclosporina oral hasta el día 180 postrasplante. Quimerismo durante la hospitalización. .- Control mensual postrasplante durante el primer año, donde de acuerdo a criterio médico se realizarán algunos de los siguientes exámenes una sola vez al mes: Hemograma, Glicemia, Creatinina, Niveles de ciclosporina, Niveles de tacrolimus, bilirrubina, Sodio, Cloro, Potasio, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicéridos, Acido úrico, PT, PPT, Nitrógeno ureico, Gamaglutil transferasa, Fosfatasa, Alcalina, Albumina, Antígeno para citomegalovirus, calcio, deshidrogensa láctica, extendido de sangre periférico, electroforesis de proteínas, ferritina, fosfatasa alcalina, fosforo, hemoclasificación, inmunoglobulina G IgG cuantitativa, magnesio, proteína C reactiva, recuento de reticulocistos, transaminasas glutamicopiruvia o alanino, transaminasas oxacilitica o ASP, TSH, T4, Carga viral para CMV, Carga viral para Ebtein Baar, Consulta médico especialista oncólogo o hematoncologo. .- Un examen de Quimerismo, CD3, CD4, CD8 por Citometría de flujo en el día 90, en el día 180, en el día 365. Única y exclusivamente uno en cada uno de esos periodos. .- Aspirado de médula ósea más biopsia, un TAC de Abdomen simple (incluye medio de contraste), en caso de requerirse se autorizará uno en el tercer mes postrasplante uno en el tercer mes postrasplante. .- Tipificación antigeno leucocitario humano locus DR 906504 (1)

Exclusiones	.- La hospitalización después del día 45 posmovilización efectiva y cualquier procedimiento, examen u hospitalización adicional será facturado por aparte. No Incluye complicaciones relacionadas con los siguientes diagnósticos: * Síndrome de venoclusión hepática * Cistitis hemorrágica Severa * Enfermedad de injerto contra Huésped * Aspergyrosis pulmonar * Neumonitis por CMV. * Cualquier enfermedad y/o infección relacionadas con su proceso de TMO o exámenes que se requieran para el diagnóstico de posibles infecciones. . - No incluye cargar viral para hepatitis, prueba de resistencia para CMV, epstein baar, carga para adenovirus, prueba de resistencia de adenovirus, carga viral de polioma y otras especiales que se requieran para el manejo de su diagnóstico. .- No se incluyen biopsias, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus o cualquier análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye hospitalizaciones después del egreso del paciente, independiente del número de días postrasplante. .- No incluye la realización de diálisis, plasmaferesis y demás procedimientos especiales que se deban realizar de acuerdo a su condición clínica. .- No incluye PET SCAN.
Exclusiones	.- No incluye medicamentos tales como Voriconazol. Factor VIIA recombinante, Factor Coagulación II_VII_IX_X, Posaconazol, Tiotepa, Busulfan EV, Clofarabina, Caspofungina, Anidulafungina, Polimixinab, Meropenem, Vancomicina, Amikacina, Cefepime. Alprostadil, Inmunoglobulina humana, Albumina Humana, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones o cualquier médicamento análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No se incluye inductores como Simulect. .- No se incluyen antivirales como cymevene o ganciclovir y valixa o valganciclovir. .- No se incluyen anticuerpos monoclonales como OKT3 o inmonuglobulina antitimocitica como timoglobulina. .- No incluye inmunoglobulina antilinfocitica. .- No incluye niveles de sirolimus o everolimus .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	
Observación: .- Se debe garantizar que los exámenes adicionales que se ordenen en el primer año postrasplante deben ser autorizados de forma oportuna de acuerdo a los requerimientos médicos para ser realizados en Fundación Valle del Lili. .- Teniendo en cuenta lo consagrado en la Resolución 5395 del 24 de Diciembre de 2013 en su artículo 8 "Reuniones y Actas", donde se se establece que las aseguradoras responsables de la cobertura de atención del paciente de trasplantes deberá garantizar la respuesta a las solicitudes de tecnología en salud NO POS (medicamentos y procedimientos) dentro de los 2 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la radicación, las EPS deben cumplir a cabalidad este parámetro de tiempo definido por la norma y especialmente en los pacientes trasplantados de medula ósea. .- Cada que se hospitalice un paciente para la realización de trasplante, la EPS deberá garantizar código de autorización para las prestaciones evento que se generen durante su hospitalización.	
Trasplante Autologo de Medula Ósea y células progenitoras extraídas de sangre periférica , con criopresipitados en caso de muerte intraoperatoria del paciente o en las primeras 24 horas Postransplante se facturará el 50% del valor del paquete. .- Todos los Trasplantes realizados al paciente se facturarán al 100%. .- Los exámenes pretrasplantes se cobrarán aparte del paquete si el paciente fallece antes de ser realizado su trasplante. .- Antes de la realización del trasplante se deberán realizar exámenes de histocompatibilidad al paciente y sus posibles donante código 906506-001, para los cuales se deberán enviar por separado las respectivas autorizaciones tanto para el paciente como para el donante con la inclusión de ambas pruebas.	

Paquete Trasplante de Intestino

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
456601.	TRASPLANTE DE INTESTINO VIA ABIERTA	Ver inclusiones y Exclusiones abajo		$ 287.953.616

Inclusiones	RESCATE DEL ÓRGANO EN DONANTE CADAVÉRICO: Derecho de sala, Materiales y medicamentos en sala, honorarios, soluciones de preservación, pruebas infecciosas, procedimientos que a criterio médico se requieran para definir la condición del donante. TRASPLANTE DEL ÓRGANO : .- Exámenes de Laboratorio y radiológicos. .- Interconsultas con diferentes especialidades en caso de ser necesario. .- Derecho de Sala. .- Honorarios Médicos. .- Hospitalización Post Trasplante: 15 días en UCI, 30 días en UCIN (hasta 45 días), siempre y cuando el manejo este relacionado con el proceso de trasplante. (Aislamiento si es necesario). .- medicamentos hasta el día 45 post trasplante (diferentes a los detallados en los NO INCLUYE, ni homólogos a los mismos). .- Se incluyen médicaciones para el manejo del dolor postoperatorio (no se incluyen intervenciones, ni dispositivos para manejo de dolor). Se incluyen inmunosupresores como el tacrolimus o ciclosporina, Sirolimus o Everolimus y micofenolato (cellcept o myfortic), esteroides, Incluye hasta 3 unidades de globulina timocitica, hasta 15 unidades ganciclovir. Se incluyen antivirales valganciclovir 1 tableta cada día durante estancia post Trasplante. .- Antibióticos profiláctico como cefepime y vancomicina, Anfotericina, trimetoprim Sulfa, aciclovir, meropenem, Polimixina B. .- Incluye hasta 6 cargas virales de citomegalovirus y epstein baar. .- Endoscopia hasta 6 y Colonoscopia hasta 2 con o sin Banda Estrecha. Banco de Sangre: Componentes sanguíneos y/o derivados hasta 12 unidades. Terapias : Terapia Respiratoria, Terapia Física, Rehabilitación.
Exclusiones	.- Rescate del órgano: No incluye utilización de vuelo chárter en caso de ser necesaria su utilización. .- No incluye ningún tipo complicación. .- No se incluyen en el paquete medicamentos de uso ambulatorio después del día 45. .- A partir del día 46 del postrasplante se cobraran todos los servicios bajo la modalidad de actividad. .- En caso de requerir un segundo trasplante por falla del injerto en los primeros 7 días, se cobrara el valor del primer trasplante al 100% y el segundo al 75% del valor del paquete, teniendo en cuentas las inclusiones y exclusiones del mismo aún estando dentro de la misma hospitalización. A partir de un tercer trasplante se cobrará al 100%. .- Solo en caso de muerte intraoperatoria del receptor y hasta en las primeras 24 horas se cobrara el 50% del valor del paquete. .- Cuando por causa clínica se requiera realizar el Trasplante Bilateral se cobrará el primero al 100% y segundo al 75%. .- Si el paciente se va a trasplantar con Diagnósticos de Hepatitis B o C y requiere medicamentos antivirales, Inmunoglobulina hiperinmune, interferon, se cobraran en forma adicional al paquete. .- No incluye banco de sangre de acuerdo a lo expresamente anotado en el item de incluyes. .- No se incluyen anticuerpos monoclonales como OKT3 o inmonuglobulina antitimocitica. .- No incluye inmunoglobulina antilinfocitica. .- No incluye exámenes de Remisión (Procesados por fuera de la FVL). .- No incluye antimicóticos como la caspungina, anidulafungina, voriconazol, posoconazol, o cualquier médicamento análogo a los anteriormente mencionados. .- No incluye plasmaferesis insumos y materiales utilizados para su realización, Banco de sangre y todos los laboratorios y demás procesados para su realización. .- No incluye alprostadil, filgrastim, inmunoglobulina humana, Milrinona, Rituximab, Anfotericina liposomal B x 50 mg en cualquiera de sus presentaciones. .- No incluye Vuelo chárter en caso de ser necesario trasladarse a otra ciudad a realizar el rescate o que el componente anatómico sea enviado desde otra ciudad.
Exclusiones	.- Pacientes que requieran Terapia Hematológica. Ej Factor VII, Factor VIII, o cualquier recombinante que exista en el mercado. .- No incluye Terapia Fonoaudiológica, Ocupacional, Pulmonar, Rehabilitación Cardiaca .- No incluye cargas virales de cualquier examen que sea necesaria su realización a excepción de las mencionadas en las inclusiones. .- No incluye cargar viral para hepatitis, prueba de resistencia para CMV, carga para adenovirus, prueba de resistencia de adenovirus, carga viral de polioma y otras especiales que se requieran para el manejo de su diagnóstico. .- No se incluyen biopsias adicionales a las mencionadas en los incluye, ni patologías tales como C4D, inmunohistoquimica, polioma virus o cualquier análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye hospitalizaciones después del egreso del paciente, independiente del número de días postrasplante. .- No incluye la realización de diálisis, plasmaferesis que se deban realizar de acuerdo a su condición clínica. .- No incluye PET SCAN. Terapia VAC. .- No incluye ECMO. .- No incluye exámenes, ayudas diagnósticas o procedimientos que ordenen los médicos interconsultantes diferentes al grupo de trasplante. .- No incluye cualquier médicamento, procedimiento o ayuda diagnóstica análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias. .- No incluye insumos VAC .- medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.	

890392-02.	CONTROL POST TRASPLANTE DE INTESTINO SEGUNDO Y TERCER MES	.- Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, Albumina, Colesterol total, Creatinina en suero, Creatinina en orina, Fosfatasa Alcalina, Gamma Glutamil Transferasa, Glucosa en suero, ALT, AST, Triglicéridos, Proteínas en Orina, Epstein Barr Virus, Niveles de tacrolimus, Anticuerpos contra antígeno único clase I y II por luminometria (LSA) .- Consulta médico especialista Hepatólogo o Cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario .- Biopsia de intestino .- (4) Estudios patológicos .- (4) Curación mayor .- (4) Carga viral de Citomegalovirus	.- Estudios patológicos de alta complejidad como C4D, Polioma virus, inmunohistoquimica o carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria .- Antígeno CMV .- Endoscopia gástrica, colonoscopia .- No incluye anestesia .- No cubre Medicamentos .- No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos .- En el seguimiento postrasplante no se incluyen exámenes diferentes a los relacionados en las inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 18.157.076
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
890392-01.	CONTROL POST TRASPLANTE DE INTESTINO APARTIR DEL CUARTO MES	.- Hemoglobina Glicosilada, Hemograma, Albumina, Colesterol total, Creatinina, Fosfatasa Alcalina, Gamma Glutamil Transferasa, Glucosa en suero, ALT, AST, Triglicéridos, Creatinina en suero, Creatinina en orina, Proteínas en Orina, Niveles de tacrolimus, Anticuerpos contra antígeno único clase I y II por luminometria (LSA) .- Consulta médico especialista Hepatólogo o Cirujano de trasplante y psicóloga de la unidad de trasplantes, dentro del mismo mes las veces que sea necesario. .- Biopsia de intestino .- (2) Estudios patológicos .- (2) Curación mayor .- (1) Carga viral de Citomegalovirus .- (1) Epstein Barr Virus	.- Estudios patológicos de alta complejidad como C4D, Polioma virus, inmunohistoquimica o carga viral de cualquier patología que el médico considere necesaria. .- Antígeno CMV .- Endoscopia gástrica, colonoscopia .- No incluye anestesia .- No cubre Medicamentos .- No incluye valoración con especialistas diferentes a los mencionados en las inclusiones .- No incluye la realización de gases arteriales o venosos .- En el seguimiento postrasplante no se incluyen exámenes diferentes a los relacionados en las inclusiones .- No incluye insumos VAC .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 7.198.840
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observaciones: .- Se debe garantizar que los exámenes adicionales que se ordenen en el primer año postrasplante deben ser autorizados de forma oportuna de acuerdo a los requerimientos médicos para ser realizados en Fundación Valle del Lili. .- Teniendo en cuenta lo consagrado en la Resolución 5395 del 24 de Diciembre de 2013 en su artículo 8 "Reuniones y Actas", donde se se establece que las aseguradoras responsables de la cobertura de atención del paciente de trasplantes deberá garantizar la respuesta a las solicitudes de tecnología en salud NO POS (medicamentos y procedimientos) dentro de los 2 días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de la radicación, las EPS deben cumplir a cabalidad este parámetro de tiempo definido por la norma y especialmente en los pacientes trasplantados de medula ósea. .- Cada que se hospitalice un paciente para la realización de trasplante, la EPS deberá garantizar código de autorización para las prestaciones evento que se generen durante su hospitalización.				

CAPÍTULO X

SERVICIO DE AMBULANCIA

TRASLADO TERRESTRE URBANO SIMPLE		
Descripción Prestación	**DESTINO**	**Valor 601T02**

TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	La tarifa aplica solo para el perimetro urbano de la ciudad de Cali	$ 73.194

TRASLADO TERRESTRE BASICO INTERMUNICIPAL SIMPLE		
Descripción Prestación	**DESTINO**	**Valor 601T02**
TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Aeropuerto, Buitrera (Club Campestre), Candelaria, Dapa Bajo, Guacarí, Jamundí, Palmira, Yumbo.	$ 197.822
	Buitrera (Palmira), Florida, La cumbre	$ 237.386
	Ginebra, Pradera, Santader de Quilichao	$ 257.169
	Dagua, El Cerrito, Restrepo	$ 296.734
	Yotoco	$ 316.514
	Buga, Corinto	$ 336.299
	Caldono, Darien	$ 395.647
	Tulúa	$ 435.209
	Andalucia, Bugalagrande, Obando, Piendamo - Cauca, Roldanillo.	$ 494.555
	Sevilla	$ 504.446
	Buenventura, Trujillo	$ 553.905
	Caicedonia, La Unión - Valle, Zarzal	$ 593.468
	Popayan	$ 633.032
	Cartago	$ 771.508
	Versalles	$ 791.292
	Cerritos	$ 830.856
	Pereira	$ 890.201
	Armenia, El Dovio, Valle del Patia.	$ 989.114
	Chinchina	$ 1.384.760
	Manizales	$ 1.780.402
	Medellín	$ 2.571.693
	Bogota	$ 2.769.515
	Florencia, Tumaco	$ 2.967.337
	Bucaramanga, Cartagena	$ 3.560.805
	Barranquilla, Villavicencio	$ 3.956.451
	Santa Martha	$ 6.923.788

TRASLADO TERRESTRE URBANO REDONDO		
Descripción Prestación	**DESTINO**	**Valor 601T02**
TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	La tarifa aplica solo para el perimetro urbano de la ciudad de Cali	$ 109.792

TRASLADO TERRESTRE BASICO INTERMUNICIPAL REDONDO		
Descripción Prestación	**DESTINO**	**Valor 601T02**
	Aeropuerto, Buitrera (Club Campestre), Candelaria, Dapa Bajo, Guacarí, Jamundí, Palmira, Yumbo.	$ 296.734
	Buitrera (Palmira), Florida, La cumbre	$ 356.081
	Ginebra, Pradera, Santader de Quilichao	$ 385.754
	Dagua, El Cerrito, Restrepo	$ 445.100
	Yotoco	$ 474.775
	Buga, Corinto	$ 504.446
	Caldono, Darien	$ 593.468
	Tulúa	$ 652.816

TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO	Andalucia, Bugalagrande, Obando, Piendamo - Cauca, Roldanillo.	$ 741.835
	Sevilla	$ 756.673
	Buenventura, Trujillo	$ 830.856
	Caicedonia, La Unión - Valle, Zarzal	$ 890.201
	Popayan	$ 949.549
	Cartago	$ 1.157.261
	Versalles	$ 1.186.933
	Cerritos	$ 1.246.282
	Pereira	$ 1.335.301
	Armenia, El Dovio, Valle del Patia.	$ 1.483.668
	Chinchina	$ 2.077.135
	Manizales	$ 2.670.604
	Medellín	$ 3.857.539
	Bogota	$ 4.154.273
	Florencia, Tumaco	$ 4.451.005
	Bucaramanga, Cartagena	$ 5.341.207
	Barranquilla, Villavicencio	$ 5.934.675
	Santa Martha	$ 10.385.682

TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO URBANO SIMPLE		
Descripción Prestación	**DESTINO**	**Valor 602T02**
TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	La tarifa aplica solo para el perimetro urbano de la ciudad de Cali	$ 415.425

TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO INTERMUNICIPAL SIMPLE		
Descripción Prestación	**DESTINO**	**Valor 602T02**
TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Dapa Bajo,	$ 395.647
	Buitrera (Club Campestre),	$ 435.209
	El Cerrito	$ 454.992
	Buitrera (Palmira), Yotoco	$ 474.775
	Aeropuerto, Candelaria, Dagua, Jamundí, Santander de Quilichao, Yumbo	$ 494.555
	Buga, Corinto	$ 504.446
	Palmira,	$ 514.339
	Pradera	$ 534.122
	Ginebra, La Cumbre	$ 553.905
	Guacarí, Restrepo	$ 573.686
	Caldono, Darien	$ 593.468
	Florida	$ 613.250
	Tulúa	$ 652.816
	Andalucia, Bugalangrande, Obando, Piendamo - Cauca, Roldanillo.	$ 741.835
	Sevilla	$ 756.673
	Buenaventura, Trujillo	$ 830.856
	Caicedonia, La Unión - Valle, Zarzal	$ 890.201
	Popayan	$ 949.549
	Cartago	$ 1.157.261
	Versalles	$ 1.186.933
	Cerritos	$ 1.246.282
	Pereira	$ 1.335.301
	Armenia, El Dovio, Valle del Patia	$ 1.483.668
	Chinchina	$ 2.077.135
	Manizales	$ 2.670.604

	Medellín	$ 3.857.539
	Bogota	$ 4.154.273
	Florencia, Tumaco	$ 4.451.005
	Bucaramanga, Cartagena	$ 5.341.207
	Barranquilla, Villavicencio	$ 5.934.675
	Santa Martha	$ 10.385.682

TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO URBANO REDONDO		
Descripción Prestación	**DESTINO**	**Valor 602T02**
TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	La tarifa aplica solo para el perimetro urbano de la ciudad de Cali	$ 623.140

TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO INTERMUNICIPAL REDONDO		
Descripción Prestación	**DESTINO**	**Valor 602T02**
TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	Dapa Bajo,	$ 593.468
	Buitrera (Club Campestre),	$ 652.816
	El Cerrito	$ 682.487
	Buitrera (Palmira), Yotoco	$ 712.161
	Aeropuerto, Candelaria, Dagua, Jamundí, Santander de Quilichao, Yumbo	$ 741.835
	Buga, Corinto	$ 756.673
	Palmira,	$ 771.508
	Pradera	$ 801.179
	Ginebra, La Cumbre	$ 830.856
	Guacarí, Restrepo	$ 860.528
	Caldono, Darien	$ 890.201
	Florida	$ 919.875
	Tulúa	$ 979.221
	Andalucia, Bugalangrande, Obando, Piendamo - Cauca, Roldanillo.	$ 1.112.752
	Sevilla	$ 1.135.005
	Buenaventura, Trujillo	$ 1.246.282
	Caicedonia, La Unión - Valle, Zarzal	$ 1.335.301
	Popayan	$ 1.424.324
	Cartago	$ 1.735.892
	Versalles	$ 1.780.402
	Cerritos	$ 1.869.422
	Pereira	$ 2.002.952
	Armenia, El Dovio, Valle del Patia	$ 2.225.505
	Chinchina	$ 3.115.704
	Manizales	$ 4.005.906
	Medellín	$ 5.786.306
	Bogota	$ 6.231.409
	Florencia, Tumaco	$ 6.676.510
	Bucaramanga, Cartagena	$ 8.011.811
	Barranquilla, Villavicencio	$ 8.902.012
	Santa Martha	$ 15.578.524

CAPÍTULO XI

MEDICAMENTOS REGULADOS

LA FUNDACIÓN VALLE DEL LILI se acoge al régimen de control directo que en el ejercicio de las facultades legales contenidas en el artículo Ley 100 de 1993, en desarrollo de la Ley 1797 de 2016 y la Resolución 06066 de 2016 confiere a la Comisión Nacional de Precios de medicamentos y Dispositivos Médicos para fijar el precio máximo de venta. De acuerdo con lo anterior se tienen en cuenta los siguientes considerandos:

.- Que dadas las condiciones de la Comisión Nacional de Precios por medio de circulares y resoluciones, la Fundación Clínica Valle del Lili realiza la homologación al vademécum ofertado y define la tarifa de venta con respecto a los precios máximos de venta.

.- Que existen medicamentos que no están incluidos en el régimen de control directo de la Comisión Nacional de Precios y aparecen regulados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

CAPÍTULO XII

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL UFCA (UNIDAD FUNCIONAL DE CÁNCER ADULTO) - UACAI (UNIDAD DE ATENCIÓN CÁNCER INFANTIL)

Unidad de Cáncer - Consultas

Código	Descripción	Observación	Valor
890232	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890255	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento.	$ 106.376
890267	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	Honorarios. Se factura cuando la orden de servicios especifica valoración o concepto de Medicina Nuclear. No se cobra cuando la orden viene remitida como Terapia. El primer control Post-Terapia no se cobra.	$ 106.376
890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista.	$ 106.376
890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista.	$ 106.376
890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	Honorario especialista.	$ 106.376
890332	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376

890355	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA	Honorario especialista. Este valor se factura adicional al valor de los honorarios del procedimiento. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890367	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	Honorarios. Se factura cuando la orden de servicios especifica valoración o concepto de Medicina Nuclear. No se cobra cuando la orden viene remitida como Terapia. El primer control Post-Terapia no se cobra. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	Honorario especialista. La consulta médica que se atiende en un lapso de tiempo menor a 15 días contados después de la primera consulta y por el mismo diagnóstico. Incluye la consulta para lectura de exámenes. A partir del día 16 la atención por parte del médico se cobra a tarifa de consulta de primera vez.	$ 106.376
890297-01	CONSULTA PSICOLOGIA ONCOLOGICA	Honorario profesional.	$ 53.990

Unidad de Oncología

Las tarifas de la Unidad de Oncología no incluyen derechos de sala, insumos ni médicamento para su realización:
Los insumos y medicamentos se cobrarán por actividad según el precio de venta del catálogo definido por la FVL. Cuando para los insumos y medicamentos por cambios en las condiciones del mercado, Devaluación Súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back- order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se de la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.

Adicional al Honorario en la Biopsia de Mama se cobra: Derecho de Sala, Aguja Trucut, Insumos, Citología Aspirativa en la parte de Cirugía Oncológica o en la Unidad de Cáncer.

Paquetes de Braquiterapia

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
No se aceptaran glosas, ni intensiones de pago parciales, cuando por situaciones propias del paciente y su condición clínica o muerte; o por decisiones de la entidad aseguradora, el paciente no termina el total de las sesiones planeadas.				
922607.	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	.- Derechos clínicos (sala, insumos y medicamentos) .- Honorario Especialista .- (1) Salida de Fuente .- Tomografía durante sesión	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Valoración preanestésica .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.127.546
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Indicaciones: .- CA Cérvix .- CA Endometrio .- CA Vagina				
Observación: .- Se factura el número de sesiones de acuerdo a protocolo clínico .- Se incluye para Braquiterapia de Cérvix, tratamiento CA Cérvix paciente sin Histerectomía y como complemento a radioterapia externa. .- Se incluye para Braquiterapia Ginecológica, tratamiento a pacientes de post operatorio Ginecológico				
922612.	BRAQUITERAPIA DE CONTACTO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	.- Honorario especialista .- Derechos de sala .- (1) Salida de Fuente .- (1) Aplicación .- (1) Tac	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Valoración preanestésica .- Complicaciones .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.519.677
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Se indica para Braquiterapia de piel.				
La decisión de la técnica de braquiterapia a utilizar se revalora de acuerdo a la situación clínica de cada paciente y será justificada en la historia clínica. La presente guía sirve sólo como orientación.				

Paquetes de Cirugía Ortopédica Oncológica

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
841700-1.	CIRUGIA ONCOLOGICA ORTOPEDICA COMPLEJIDAD MEDIANA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Recuperación .- Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 3 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en piso .- Valoración preanestésica (1) .- Anatomía patológica - 898241 (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Derecho de equipo EQ009 Intensificador de Imagen	**.- Linfogamagrafia** **.- Pinza desechable Ligasure** .- Material de osteosíntesis (Aloinjertos, Tornillos, Placas, Prótesis articulares etc) .- UCI .- Complicaciones .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- Manejo del Dolor. .- Interconsulta con otras especialidades .- Terapia Fisica .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 10.503.105
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Cirugía de reseccion de tumor óseo o de tejidos blandos en extremidades superiores o inferiores o de sus secuelas, que no requieran reconstrucción. Incluye resecciones y ampurtaciones en miembros superiores o inferiores, así como los vaciamientos ganglionares axilares o inguinales. Tambien se Se incluye para el tratamiento de tumores o quistes óseos con inyecciones de sustancias terapéuticas en hueso, realizado en quirofáno. Aplica tambien para los procedimientos de ganglio centinela en extremidades, por tecnicas de tincion o radiomarcacion (No incluye linfogamagrafia).				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				

849501-04.	CIRUGIA ONCOLOGICA ORTOPEDICA COMPLEJIDAD ALTA	.- Honorarios médicos (cirujano, anestesiólogo y ayudante) .- Derechos de sala .- Recuperación .- Instrumentación .- Hospitalización postquirúrgica 7 días en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos y medicamentos en piso .- Valoración preanestésica (1) .- Anatomía patológica - 898241 (1) .- Materiales y medicamentos en sala "cubre los siguientes medicamentos: anestesia, analgesia intraoperatoria y antibióticos profilácticos excepto Ertapenem". Todos los demás medicamentos empleados en el quirófano diferentes a estos grupos se cobrarán por actividad .- Derecho de equipo EQ009 Intensificador de Imagen	**.- Linfogamagrafia** **.- Pinza desechable Ligasure** .- Material de osteosíntesis (Aloinjertos, Tornillos, Placas, Prótesis articulares etc) .- UCI .- Complicaciones .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- Manejo del Dolor .- Interconsulta con otras especialidades .- Terapia Fisica .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 14.574.887
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Cirugia de resección de tumores muscoesqueliticos o de sus secuelas en extremidades, con reconstrucción que puede ser con osteosíntesis y/o cementado, transferencias tendinosas, uso de suturas de anclaje óseo, injertos óseos no estructurales (Corticoesponjoso, matriz ósea, sustitutos óseos). Incluye manejo de fracturas patológicas o por metástasis óseas que no requieran protesis articulares. Se aplica tambien para las desarticulaciones mayores interescapulotoracica o de cadera.				
Observación: Este paquete aplica para la práctica de los siguientes CUPS:				
878905.	ABLACION DE LESION O TEJIDO VIA PERCUTANEA	.- Honorarios médicos (cirujano, radiólogo y anestesiólogo) .- Derechos de sala .- Derechos de recuperación .- Instrumentación .- Guía Tomográfica .- Equipo de radiofrecuencia .- Placa y electrodo de radiofrecuencia .- Hospitalización postquirúrgica (1) día en piso (después de realizado el procedimiento) .- Insumos en cirugía y hospitalización	.- Aguja de Radiofrecuencia .- Valoración preanestésica y prequirúrgica .- Hospitalización UCI .- Material de osteosíntesis (Aloinjertos, Tornillos, Placas, Prótesis articulares etc) .- Complicaciones .- Anatomía patológica .- Inmunohistoquímica .- Kit de Vertebroplastia ni Cemento Óseo .- Los insumos especiales diferentes a los descritos en las inclusiones se facturarán por fuera del paquete .- No incluye ningún tipo de ALOINJERTO .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 8.171.442
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

Paquetes de Quimioterapia

Código	Descripción	Inclusiones	Exclusiones	Valor
389103.	INSERCION DE CATETER CENTRAL, VIA PERIFERICA	.- Honorarios médicos cirujano .- Derecho de sala de procedimiento especial .- Insumos básicos del procedimiento .- Insumos especiales; Catéter implantable, sistema de posicionamiento .- Guía ecográfica .- Hasta 4 controles post implante	.- Honorarios de Anestesia .- Insumos de anestesia .- Consulta e interconsulta .- Curaciones	$ 3.056.849
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Procedimiento donde se implanta un dispositivo (catéter) a nivel central.				

992501	TERAPIA ANTINEOPLASICA DE INDUCCION	Incluye honorarios médicos del Oncólogo y/o Hemato-oncólogo para: .- Atención inicial .- Estudio del caso .- Planeación y formulación del tratamiento .- La atención de las complicaciones inherentes que sean de manejo ambulatorio y hospitalario hasta por los 2 días siguientes a la aplicación de la última dosis del médicamento .- Incluye: formulación y control de quimioterapia sistémica, quimioterapias intratecales y cuidado médico durante el período de inducción (21 días) Manejo diario durante el ciclo de quimioterapia	.- Derechos de sala .- Insumos ni Medicamentos .- No incluye cualquier médicamento análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias .- Controles médicos para el manejo de complicaciones no inherentes al manejo quimio-terapéutico .- Interconsultas y/o manejo por otras especialidades .- Punción lumbar, aspirado de medula ósea, Mielograma, Biopsia de hueso .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos)	$ 2.341.511
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
992502	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	Incluye honorarios médicos del Oncólogo y/o Hemato-oncólogo para: .- Atención inicial .- Estudio del caso .- Planeación y formulación del tratamiento .- La atención de las complicaciones inherentes que sean de manejo ambulatorio y hospitalario hasta por los 2 días siguientes a la aplicación de la última dosis del médicamento	.- Derechos de sala .- Insumos ni Medicamentos .- No incluye cualquier médicamento análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias .- Controles médicos para el manejo de complicaciones no inherentes al manejo quimio-terapéutico .- Interconsultas y/o manejo por otras especialidades .- Punción lumbar, aspirado de medula ósea, Mielograma, Biopsia de hueso .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos)	$ 249.377
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
992504	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE BAJA TOXICIDAD	Incluye honorarios médicos del Oncólogo y/o Hemato-oncólogo para: .- Atención inicial .- Estudio del caso .- Planeación y formulación del tratamiento .- La atención de las complicaciones inherentes que sean de manejo ambulatorio y hospitalario hasta por los 2 días siguientes a la aplicación de la última dosis del médicamento	.- Derechos de sala .- Insumos ni Medicamentos .- No incluye cualquier médicamento análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias .- Controles médicos para el manejo de complicaciones no inherentes al manejo quimio-terapéutico .- Interconsultas y/o manejo por otras especialidades .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos)	$ 481.894
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
992505	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	Incluye honorarios médicos del Oncólogo y/o Hemato-oncólogo para: .- Atención inicial .- Estudio del caso .- Planeación y formulación del tratamiento .- La atención de las complicaciones inherentes que sean de manejo ambulatorio y hospitalario hasta por los 2 días siguientes a la aplicación de la última dosis del médicamento	.- Derechos de sala .- Insumos ni Medicamentos .- No incluye cualquier médicamento análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias .- Controles médicos para el manejo de complicaciones no inherentes al manejo quimio-terapéutico .- Interconsultas y/o manejo por otras especialidades .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos)	$ 748.988
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

992508	TERAPIA ANTINEOPLASICA MIELOABLATIVA	Incluye honorarios médicos del Oncólogo y/o Hemato-oncólogo para: .- Atención inicial .- Estudio del caso .- Planeación y formulación del tratamiento .- La atención de las complicaciones inherentes que sean de manejo ambulatorio y hospitalario hasta por los 2 días siguientes a la aplicación de la última dosis del médicamento .- Incluye: formulación y control de quimioterapia sistémica, cuidado médico, manejo diario durante el ciclo de quimioterapia	.- Derechos de sala .- Insumos ni Medicamentos .- Controles médicos para el manejo de complicaciones no inherentes al manejo quimio-terapéutico .- Interconsultas y/o manejo por otras especialidades .- Punción lumbar, aspirado de medula ósea, Mielograma, Biopsia de hueso .- Quimioterapia Intratecal	$ 1.639.017
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE BAJA TOXICIDAD	Incluye honorarios médicos del Oncólogo y/o Hemato-oncólogo para: .- Atención inicial .- Estudio del caso .- Planeación y formulación del tratamiento .- La atención de las complicaciones inherentes que sean de manejo ambulatorio hasta por los 2 días siguientes a la aplicación de la dosis del médicamento	.- Derechos de sala .- Insumos ni Medicamentos .- Controles médicos para el manejo de complicaciones no inherentes al manejo quimio-terapéutico .- Interconsultas y/o manejo por otras especialidades	$ 185.443
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	Incluye honorarios médicos del Oncólogo y/o Hemato-oncólogo para: .- Atención inicial .- Estudio del caso .- Planeación y formulación del tratamiento .- La atención de las complicaciones inherentes que sean de manejo ambulatorio y hospitalario hasta por los 2 días siguientes a la aplicación de la última dosis del médicamento .- Incluye ciclo hasta por 4 semanas de tratamiento	.- Derechos de sala .- Insumos ni Medicamentos .- No incluye cualquier médicamento análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias .- Controles médicos para el manejo de complicaciones no inherentes al manejo quimio-terapéutico .- Interconsultas y/o manejo por otras especialidades .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos)	$ 289.753
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Esta prestación se cobrará para aquellos medicamentos que requieren de una vigilancia y control estricto por la toxicidad y los efectos adversos que se pueden presentar por los medicamentos infundidos.				
389103-11.	INSERCION DE CATETER PICC Paciente Ambulatorio	.- Atención por enfermería .- Sala de Quimioterapia hasta por 3 tiempos .- Ecógrafo para terapia intravenosa EQ175 (uso total) .- Rx de Tórax post inserción (1) .- Portátil radiográfico (1) .- Insumos y medicamentos básicos requeridos para el procedimiento .- Incluye hasta 6 curaciones o mantenimiento (Atención por enfermería, derecho de sala de quimioterapia, insumos y medicamentos básicos)	.- Hospitalización ni prestaciones relacionadas en ésta .- Catéter PICC o similar .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Anestesia (Honorario, insumos y Medicamentos)	$ 1.529.724
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

389103-12.	MANTENIMIENTO DE CATETER PICC	.- Atención por enfermería .- Sala de Quimioterapia .- Insumos básicos requeridos para el procedimiento	.- Hospitalización ni prestaciones relacionadas en ésta .- Catéter PICC o similar .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Anestesia (Honorario, insumos y Medicamentos)	$ 80.986
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: El mantenimiento del Catéter PICC se debe realizar de manera semanal, durante el tiempo que dure insertado el Catéter. (Este paquete Se incluye para un (1) mantenimiento).				
389103-13.	INSERCION DE CATETER PICC Paciente Hospitalario y Cirugia	.- Atención por enfermería .- Sala de procedimiento especial o Cirugía .- Ecógrafo para terapia intravenosa EQ175 (uso total) .- Rx de Tórax post inserción (1) .- Portátil radiográfico (1) .- Insumos y medicamentos básicos requeridos para el procedimiento .- Incluye hasta 6 curaciones o mantenimiento (Derecho de sala de quimioterapia, insumos y medicamentos básicos)	.- Hospitalización ni prestaciones relacionadas en ésta .- Catéter PICC o similar .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Anestesia (Honorario, insumos y Medicamentos)	$ 1.349.757
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Si el procedimiento se realiza bajo anestesia se cobrará adicional el Recargo de Anestesia y los honorarios de anestesiólogo $ 350.006				
389104-02.	MANTENIMIENTO DE CATETER IMPLANTABLE	.- Atención por enfermería .- Sala de Quimioterapia .- Insumos básicos requeridos para el procedimiento	.- Hospitalización ni prestaciones relacionadas en ésta .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Anestesia (Honorario, insumos y Medicamentos)	$ 112.299
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
389300	CATETERISMO O CANALIZACIÓN DE VENA	.- Derechos de sala de procedimiento especial o cirugía .- Atención por enfermería .- Insumos y medicamentos del procedimiento	.- Guía ecográfica .- Catéter .- Insumos y medicamentos de anestesia .- Honorarios de anestesiólogo .- Curaciones	-
		S41101	SERVICIOS PROFESIONALES DE CIRUJANO O GINECOBSTETRA	$ 220.837
		7DS0DC	DERECHOS CLINICOS	$ 343.576
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Procedimiento donde se implanta un dispositivo (catéter) o se canaliza con una cánula corta a nivel de la vena umbilical.				
7DS005	DERECHOS DE SALA DE QUIMIOTERAPIA	1/2 hora o fracción		$ 20.317

912002-01.	TRANSFUSION SANGUINEA PACIENTE AMBULATORIO	.- Atención por enfermería .- Derecho de sala de Quimioterapia .- Insumos para la Aplicación: ((1) Bolsa de recolección Cód. 911000 y (1) Equipo para admon de sangre Cód. 1600002882) .- Aplicación de la unidad de glóbulos rojos o eritrocitos Cód. 912002 (1) .- Procesamiento de la unidad de glóbulos rojos o eritrocitos irradiados Cód. 911107 (1) .- Prueba de compatibilidad cruzada por microtécnica Cód. 911021 (1) .- Anticuerpos irregulares detección [rastreo o rai] por microtécnica Cód. 911003(1) .- HTLV-I y II anticuerpos totales cód. 906232 (1)	.- Hospitalización ni prestaciones relacionadas en ésta .- Exámenes diagnósticos pre y post quirúrgicos .- Complicaciones médicas o quirúrgicas .- Anestesia (Honorarios, insumos y Medicamentos) .- Hemoclasificación .- Sangre Filtrada y Leucorreducida (BIOR 01 PLUS BBS) .- Canalización y mantenimiento de catéter implantable	$ 1.647.062
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: Este paquete Se incluye para la transfusión de una (1) Unidad de Sangre (Glóbulos Rojos)				
990213.	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	.- Consulta con Medico General (Tamizaje Cuidado Paliativo) .- Consulta primera vez Psicología .- Consulta primera vez Nutrición .- Consulta por Fisioterapia	.- Valoración con otras especialidades médicas .- Terapia física	$ 85.429
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
992502-2	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL EN CIRUGIA	Incluye honorarios médicos del Oncólogo y/o Hemato-oncólogo para: .- Atención inicial .- Estudio del caso .- Planeación y formulación del tratamiento .- La atención de las complicaciones inherentes que sean de manejo ambulatorio y hospitalario hasta por los 2 días siguientes a la aplicación de la última dosis del médicamento	.- Derechos de sala .- Insumos ni Medicamentos .- No incluye cualquier médicamento análogo a los anteriormente relacionados o nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médico sean necesarias .- Controles médicos para el manejo de complicaciones no inherentes al manejo quimio-terapéutico .- Interconsultas y/o manejo por otras especialidades .- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos)	$ 249.377
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
992990-02.	CLINICA DE INFUSIONES	.- Honorario Especialista .- Derecho de Sala .- Insumos para la aplicación .- El paquete solamente Se incluye para una sola aplicación	.- Interconsultas .- Exámenes diagnósticos .- Insumos para la aplicación de premédicación así como Medicamentos incluidos los de premédicación .- Pacientes de atención por urgencias .- Medicamentos .- Hospitalización	$ 383.696
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				

ARTÍCULO 56: En los procedimientos de Quimioterapia, entiéndase como "ciclo completo de tratamiento", el período de tiempo durante el cual el paciente recibe uno o más medicamentos de tipo quimioterapéutico-oncológico, bien sea por vía oral, endovenosa o intratecal, independientemente del número de días o de la dosis de cada médicamento, hasta completar una fase de saturación que posteriormente se repite y durante la cual es controlado médicamente. Las sesiones de cada ciclo y su frecuencia, así como los medicamentos administrados y los controles médicos, varían según la patología del tumor y del estado clínico y patológico de la enfermedad.

PARAGRAFO 1: Los pacientes que requieran quimioterapia de consolidación posterior a la quimioterapia de inducción se cobrará quimioterapia de alto riesgo y adicional quimioterapia intratecal.

PARAGRAFO 2: El manejo quimioterapéutico subsiguiente al de inducción, en el paciente leucémico, la aseguradora lo reconocerá en forma adicional de acuerdo con la tarifa establecida según el código correspondiente al tratamiento que se aplique.

PARAGRAFO 3: Las visitas pre (incluye la visita donde se prescribe y formula la quimioterapia) y post ciclo de quimioterapia se cobrarán adicionales en los pacientes hospitalizados.
PARAGRAFO 4: Para el cobro de las quimioterapias, la Fundación Valle del Lili se acoge a los esquemas definidos por la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología.

Paquetes de Radioterapia				
Código	**Descripción**	**Inclusiones**	**Exclusiones**	**Valor**
En estos paquetes no esta incluida la interconsulta inicial ni los controles post tratamiento.				
No se aceptaran glosas, ni intensiones de pago parciales, cuando por situaciones propias del paciente y su condición clínica o muerte; o por decisiones de la entidad aseguradora, el paciente no termina el total de las sesiones planeadas.				
911113-01.	IRRADIACION LINFOIDE TOTAL TLI	.- 879990-31 Apoyo diagnóstico Radioterapia .- 879991 Simulación RNM y/o TAC Para IMRT .- Derecho de equipo (Acelerador Lineal) .- Planeación 3D, Inmovilizadores .- Medio de Contraste .- Incluye todas las sesiones del tratamiento si lo requiere .- Insumos y medicamentos básicos	.- Anestesia general (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 18.896.580
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Observación: La Técnica de Irradiación Linfática Total tiene indicación en protocolo de trasplante para entidades benignas con buen resultado, respaldado en la literatura. Es una importante opción para el trasplante en anemia de células falciformes y otros como consolidación en algunos casos de estudios de linfoma. Algunos de los beneficios es que los pacientes presentan menos efectos secundarios lo cual se ve reflejado en acortamiento en el tiempo de hospitalización. La técnica incluye Control de movimientos respiratorios, imágenes, definición detallada de órganos a riesgo y volúmenes a tratar con reconstrucción 3D, optimización dosimétrica computarizada, Evaluación Histograma dosis volumen (cumplimiento de dosis a tratar y dosis límites tolerables), Sistemas de planeación IPLAN, Dosis hipofraccionada.				
Indicaciones: .- Principalmente protocolo de TMO				
922443.	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL	.- 879990-31 Apoyo diagnóstico Radioterapia .- Planeación 3D, Inmovilizadores .- Todas las sesiones de tratamiento por isocentro planeado .- Medio de contraste .- Insumos y medicamentos básicos	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 6.812.848
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Indicaciones: .- Metastasis Ósea .- Metastasis Cerebrales .- CA Mama .- CA Endometrio (Solo Pelvis) .- CA de Cérvix (sin boost a paramétricos)				
922444.	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT]	.- 879991 Simulación RNM y/o TAC IMRT .- 879990-31 Apoyo diagnóstico Radioterapia .- Derecho de equipo (Acelerador Lineal) .- Planeación 3D, Inmovilizadores .- Todas las sesiones de tratamiento .- Medio de contraste .- Insumos y medicamentos básicos	.- Anestesia (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 18.716.611

Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Indicaciones: .- CA Próstata .- CA Canal anal .- Vía Biliar .- Pulmón .- Re-irradiación .- Boost integrado simultaneo .- Casos que requieran modulación en la intensidad de la radiación .- Cabeza y cuello .- Gliomas .- Recto .- CA de Cérvix (con boost a paramétrios) .- CA Endometrio (Pelvis + Paraorticos)				
923104.	RADIOCIRUGIA INTRACRANEAL DE FUENTE UNICA DE FOTONES (PLANEACION COMPUTARIZADA Y SIMULACION VIRTUAL)	.- Anestesia local .- 879990-31 Apoyo diagnóstico Radioterapia .- 879991 Simulación RNM y/o TAC Para IMRT .- Derecho de equipo (Acelerador Lineal) .- Incluye dosis única de radioterapia .- Medio de contraste .- Insumos y medicamentos básicos	.- Anestesia general (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 29.946.578
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Indicaciones: .- Tumores Benignos y Malignos en cerebro y cabeza .- Metástasis				
En caso de que se requiera anestesia para la radiocirugía se cobrará adicional el recargo de anestesia y los honorarios del anestesiólogo $ 657.715				
923104-01.	RADIOCIRUGIA CRANEAL VASCULAR	.- Insumos y medicamentos básicos del procedimiento .- Anestesia local para radiocirugía .- Derecho de equipo (Acelerador Lineal) .- Apoyo diagnóstico de Radioterapia (Simulación TAC y Resonancia) .- 879991 Simulación RNM y/o TAC Para IMRT .- Medio de contraste .- Dosis única de Radioterapia .- 874100 Angiografía cerebral de planeación estereotaxica bajo anestesia .- Derecho de equipo (Cineangio) .- Insumos y medicamentos especiales para Angiografía: Iopramida 100 Ml (1), Kit Angiografía (1), Catéter guía (1), Guía Hidrofílica o similar (1), Introductor (1) .- Insumos y medicamentos básicos de anestesia para Angiografía	.- Anestesia durante la radiocirugía (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 33.707.922
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Indicaciones: .- Malformaciones arteriovenosas				
En caso de que se requiera anestesia para la radiocirugía se cobrará adicional el recargo de anestesia y los honorarios del anestesiólogo $ 657.715				

923105.	RADIOCIRUGIA EXTRACRANEAL DE FUENTE UNICA DE FOTONES (PLANEACION COMPUTARIZADA Y SIMULACION VIRTUAL)	.- Anestesia local .- 879990-31 Apoyo diagnóstico Radioterapia .- 879991 Simulación RNM y/o TAC Para IMRT .- Derecho de equipo (Acelerador Lineal) .- Medio de contraste .- Incluye todas las sesiones del tratamiento .- Insumos y medicamentos básicos	.- Procedimiento intervencionista y/o quirúrgico .- Anestesia general (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Hospitalización .- Insumos ni fiduciales .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 35.561.563
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Indicaciones: .- Tumores en hígado, pulmón, páncreas, columna y medula espinal				
923201.	RADIOCIRUGIA INTRACRANEAL DE MULTIPLE FUENTE DE FOTONES (PLANEACION COMPUTARIZADA Y SIMULACION VIRTUAL)	.- Anestesia local .- 879990-31 Apoyo diagnóstico Radioterapia .- 879991 Simulación RNM y/o TAC Para IMRT .- Derecho de equipo (Acelerador Lineal) .- Incluye todas las sesiones del tratamiento (Radioterapia Fraccionada) .- Medio de contraste .- Insumos y medicamentos básicos	.- Anestesia general (Honorario, Medicamentos e insumos) .- Hospitalización .- Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 33.689.901
Nota: Prestaciones diferentes o en cantidades superiores a las mencionadas en las inclusiones; serán facturadas adicionales a la tarifa del paquete, de acuerdo a su consumo o actividad.				
Indicaciones: .- Tumores malignos y benignos cercanos a estructuras críticas de acuerdo al tamaño .- Metástasis				
En caso de que se requiera anestesia para la radiocirugía se cobrará adicional el recargo de anestesia y los honorarios del anestesiólogo $ 657.715				
La decisión de la técnica de radioterapia y/o Radiocirugía a utilizar se revalora de acuerdo a la situación clínica de cada paciente y será justificada en la historia clínica. La presente guía sirve sólo como orientación.				
En caso de tratamiento de más de una lesión en la misma área anatómica se factura el segundo paquete de Radiocirugía de acuerdo con el porcentaje de las vías quirúrgicas.				
La consulta de Radiocirugía se realiza en consulta externa por las especialidades de Neurocirugía y/o Radioterapia				

CONDICIONES GENERALES
1. La FVL se acoge al Artículo 57 de la Resolución 6408 de 2016 que contempla "Dispositivos médicos: En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo". Se entiende como insumo PBS todos aquellos que sean necesarios e insustituibles para la prestación integral de un procedimiento u actividad definida en el Plan de beneficios del PBS.
2. La FUNDACION VALLE DEL LILI es un entidad pionera en Colombia, siendo una de las principales instituciones de Servicios de Salud que desarrolla continuamente nuevos servicios y propuestas tarifarias los cuales serán notificados mensualmente por escrito al contratante para que en un término máximo de siete (7) días calendario contados desde la fecha de notificación por parte de FVL, se hagan las respectivas observaciones a los nuevos servicios ofertados. En caso de no recibir respuesta frente a los servicios notificados (incluidos nuevos medicamentos y dispositivos médicos), los mismos se darán por aceptados por el CLIENTE y se facturaran al precio notificado. No se aceptaran glosas por estos conceptos.
3. En los eventos donde el procedimiento paquete no se realice y ya se hallan efectuado cobros ambulatorios y prequirurgicos se facturará por actividad y con la orden de la cirugía expedida por la entidad. En los eventos en que no se lleve a cabo la cirugía, todo lo realizado al paciente (ambulatorio y prequirúrgico) se facturará por actividad y con la orden de la cirugía expedida por la entidad.
4. La estabilidad de los medicamentos preparados se encuentran definidas en la POLITICA INSTITUCIONAL "ESTABILIDAD DE medicamentos PREPARADOS EN LA FUNDACION VALLE DE LILI", la cual hará parte integral de este manual. Este documento será el parámetro de análisis por parte de los CONTRATANTES y no se aceptaran glosas u objeciones realizadas bajo estándares diferentes a los allí plasmados.
5. Medicamentos vitales no disponibles: Según la Resolución número 2022001026 del 14 de enero de 2022 "por la que se actualizan las tarifas en el INVIMA". Modificada por la Resolución número 2022043168 del 19 de diciembre de 2022. El valor del tramite ante el INVIMA, para Medicamentos vitales no disponibles se hará con cargo a la cuenta del paciente para el procedimiento que haya sido requerido, y según los valores determinados por dicho ente en la siguiente tabla. Se anexará a la factura los soportes de dicho trámite y no será causal de glosa". Si durante la vigencia se presentan cambios en la Normatividad del INVIMA o en la tarifa, esta será notificada oportunamente a la aseguradora y esto no podrá ser causal de glosa.

Código	Concepto	UVT	TARIFA $
4002-24	Autorización importación como medicamento vital no disponible para un paciente.	27,85	$ 1.181.174
4002-25	Autorización de Importación como medicamento vital no disponible para varios pacientes y de producción nacional.	36,12	$ 1.531.921
4002-26	Autorización importación vital no disponible en caso de urgencia clínica.	32,68	$ 1.386.024

6. Para los pacientes que tengan indicación de egreso con medicamentos NO PBS, medicamentos que no cuenten con registro invima para la patología de base y nutriciones, serán entregados por parte de la Fundación Valle del Lili hasta por tres días para dar la continuidad del tratamiento.
POLITICAS PARA LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS
1) Todos los medicamentos suministrados a las pacientes en los servicios de internación (incluidas urgencias y clínica de infusión), así como los empleados en procedimiento ambulatorios, para tratamientos agudos o crónicos serán dispensados por el servicio farmacéutico de la Fundación.
2) El personal de enfermería y asistencial de la Fundación solo administrará medicamentos que sean dispensados y/o autorizados por el servicio farmacéutico de la fundación.
3) Solo se dispensaran para garantizar continuidad del tratamiento ambulatorio, medicamentos a pacientes del Plan de Beneficios en Salud; el periodo usual de días de tratamiento a dispensar será de 72 horas y máximo 7 días en casos excepcionales con aval de la Aseguradora.
4) Cuando un paciente reingresa y trae medicamentos que han sido dispensados por la Fundación por ser parte de paquetes o los que se entregaron con autorización de la Aseguradora para continuidad del tratamiento, el personal de enfermería avisará al servicio farmacéutico para que avale sus condiciones de calidad y autorice su administración previa prescripción médica.

ALVARO QUINTERO CASTAÑO

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

NIT: 890.324.177-5

Representante Legal Suplente

Nombre:

DISPENSARIO MEDICO NIVEL I- BAHIA MALAGA NAVAL

NIT:

Reprentante Legal Aseguradora