

DECRETO N°

1373

TEMUCO,

27 SEP. 2017

VISTOS:

- 1.- La Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Título III, Párrafo I, Artículo 52.
- 2.- La Ley N° 18469 de fecha 12/01/1998, que aprueba Arancel de Régimen de Prestaciones de Salud.
- 3.- D.A. N° 4097 del 19.12.2016, que Aprueba Presupuesto Área Salud Municipal año 2017.
- 4.- Decreto Exento N° 45 de fecha 29.01.2016, que aprueba norma general técnica N° 185 sobre inscripción de beneficios en establecimientos de atención Primaria.
- 5.- Ord. N° 352 de fecha 06.09.2017, que informa Acuerdo Concejo Municipal Temuco, que aprueba la Autorización para fijar aranceles de prestación de salud en APS para el año 2016, en establecimientos de salud dependientes de la Municipalidad de Temuco.

CONSIDERANDO:

- 1.- La necesidad de realizar cobro de prestaciones en atenciones de salud a personas que son atendidas en los distintos Centros de Salud de Atención Primaria de la Comuna de Temuco, cuando corresponda a usuarios beneficiarios de FONASA grupo C y D sin gratuidad, Isapres y Particulares.
- 2.- Las Facultades contenidas en la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Fijase Arancel de prestaciones de salud en APS Comuna de Temuco año 2017, para usuarios beneficiarios del sistema Fondo Nacional de Salud Grupos C y D sin Gratuidad, Isapres y particulares.
- 2.- Las prestaciones que no se mencionan en este listado, se regirán por el Arancel Fonasa vigente en el Nivel III.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE


JUAN ARANEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL

C.V./M.S.R./elp.
DISTRIBUCION:

- Of. de Partes Municipal
- Dirección de Control Municipal
- Unidad de Tesorería DSM
- Gestiones Adm. Y Finanz. Depto. Salud.
- Of. Partes Depto. Salud.


MICHEL BECKER ALVEAR
ALCALDE


DIRECTOR
CONTROL INTERNO


DIRECCION JURIDICA
Vº Bº



ORD. : N° 352

ANT. : No hay

**MAT. : Acuerdo Concejo
Municipal**

Temuco, 06 septiembre de 2017

DE : SECRETARIO MUNICIPAL

A : DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

En Sesión Ordinaria del Concejo Municipal de fecha 05 de septiembre 2017, se aprobó fijar Arancel de Prestaciones de Salud de Atención Primaria en Establecimientos Municipales, para el año 2017, destinado a realizar el cobro de prestaciones, a personas que son atendidas en los distintos Centros de Salud de la comuna de Temuco, según detalle contenido en el Ord. N° 1486 del 18 agosto de 2017, cuya copia se inserta en el original del Acta.

Saluda Atte.,



DAT/jrb

Distribución:

- La indicada
- Concejo Municipal

IDOC 1364393



Oficio. : N° 7486

ANT.: Artículo 52. Ley N° 19.378.-

MAT.: Remite antecedentes. Autorización para fijar arancel prestaciones de salud año 2017.

TEMUCO,

18 AGL 2017

DE : SR. MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO

A : SR. PRESIDENTA DE LA COMISION FINANZAS
CONCEJO MUNICIPAL

1. De acuerdo a La Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Título III, Párrafo I, Artículo 52. Y a la Res. Exta. N° 70 de fecha 03 02 2015, que Modifica Resolución Exenta N° 176 de 1999, del Ministerio de Salud, que Aprueba el Arancel de Prestaciones de Salud del Libro II del D.F.L. N° 01/2005 del Ministerio de Salud.

- A) Solicitud de Autorización del Alcalde al Concejo Municipal, para fijar arancel de prestaciones de salud en Atención Primaria en Establecimientos Municipales, para el año 2017, Considerando la necesidad de realizar cobro de prestaciones, a personas que son atendidas en los distintos Centros de Salud de Atención Primaria, de la Comuna de Temuco, cuando corresponda a usuarios beneficiarios del Sistema Fondo Nacional de Salud tramos C, D, usuarios Isapres y/o Particulares.
- B) Presenta listado de prestaciones de salud en Atención Primaria Municipalizada, valorizado, según arancel APS año 2016, aprobado por D.A. N° 254 de fecha 02.06.2016, sobre el cual se aplica variación IPC año 2016-2017 y aumenta su valor a número entero, para facilitar el pago y el cobro de las prestaciones según corresponda.



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO

- CVF/MSR/EPO/elp.
- El indicado
 - Of Partes Municipal
 - Archivo Depto Salud.
 - Archivo Gestión Adm. Depto. Salud



MUNICIPALIDAD DE
TEMUCO

ARANCEL PRESTACIONES DE SALUD APS (AÑO 2017)

USUARIOS FONASA CLASIFICACION A, B, C, D, ISAPRES Y PARTICULARES

DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPALIDAD DE TEMUCO

CODIGO INTERNO DSM TCO.	PRESTACIÓN	VALORES				
		Isapres y Particulares 2017 VALOR FINAL	Fonasa A	Fonasa B	Fonasa C	Fonasa D
01 00 00	ATENCION ABIERTA					
01 01 01	CONSULTA MEDICA ELECTIVA (morbilidad)	\$ 11.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
01 01 02	CONSULTA MEDICA EN SERVICIO DE URGENCIA	\$ 15.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
01 01 03	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA	\$ 20.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
01 01 04	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGIA	\$ 20.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
02 00 00	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDADES					
02 01 01	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR	\$ 12.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
02 01 02	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	\$ 12.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
02 01 03	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	\$ 12.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
02 01 04	CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA	\$ 14.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
02 01 05	VISITA MEDICA DOMICILIARIA EN HORARIO HABIL	\$ 21.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
02 01 06	VISITA MEDICA DOMICILIARIA EN HORARIO INHABIL	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
02 01 07	ATENCION MEDICA INTEGRAL	\$ 21.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
02 01 08	CONSULTA MATRONA, ENFERMERA O NUTRICIONISTA	\$ 12.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
02 01 09	VISITA DOMICILIARIA MATRONA, ENFERMERA O NUTRICIONISTA	\$ 14.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
02 01 10	ATENCION INTEGRAL POR TERAPEUTA OCUPACIONAL	\$ 5.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03 00 00	EXAMENES DE LABORATORIO					
03 01 01	GRUPOS SANGUINEOS AB0 Y RHO (INCLUYE ESTUDIO DE FACTOR DU EN RH NEGATIVOS)	\$ 3.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03 01 02	HEMATOCRITO (PROC. AUT.)	\$ 900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03 01 03	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	\$ 5.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

03	01	04	HEMOGRAMA (INCLUYE RECuentOS DE LEUCOCITOS Y ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, FORMULA LEUCOCITARIA, CARACTERIS- MENTACION)	\$ 3.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	05	PROTOMBINA, TIEMPO DE O CONSUMO DE (INCLUYE INR, RELACION INTERNACIONAL NORMALIZADA)	\$ 2.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	06	RECuento DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)	\$ 1.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	07	RECuento DIFERENCIAL O FORMULA LEUCOCITARIA (PROC.AUT.)	\$ 2.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	08	VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION (PROC. AUT.)	\$ 800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	09	ACIDO URICO, EN SANGRE	\$ 2.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	10	BILIRRUBINA TOTAL (PROC.AUT.)	\$ 1.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	11	BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA	\$ 2.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	12	COLESTEROL TOTAL (PROC.AUT.)	\$ 1.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	13	COLESTEROL HDL (PROC. AUT.)	\$ 2.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	14	CREATININA EN SANGRE	\$ 1.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	15	CREATININA, DEPURACION DE (CLEARANCE) (PROC.AUT.)	\$ 3.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	16	ELECTROLITOS PLASMATICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U	\$ 1.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	17	PERFIL LIPIDICO (INCLUYE: COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL Y TRIGLICERIDOS).	\$ 8.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	18	FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES	\$ 1.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	19	GLUCOSA EN SANGRE	\$ 1.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	20	GLUCOSA, PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL (PTGO), (DOS DETERMINACIONES; NO INCLUYE LA GLUCOSA QUE SE ADMINISTRA; INCLUYE EL VALOR DE LAS DOS TOMAS DE MUESTRAS)	\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	21	NITROGENO UREICO Y/O UREA, EN SANGRE	\$ 1.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	22	PROTEINAS TOTALES O ALBUMINAS, C/U, EN SANGRE	\$ 1.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	23	TRANSAMINASAS, OXALACETICA (GOT/AST), PIRUVICA (GPT/ALT), C/U	\$ 2.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	24	TRIGLICERIDOS (PROC.AUT.)	\$ 2.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	25	TIROXINA LIBRE (T4L)	\$ 6.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	26	FACTOR REUMATOIDEO POR TECNICA DE SCAT, WAALER ROSE, NEFELOMETRICAS Y/O TURBIDIMETRICAS	\$ 6.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	27	BACILOSCOPIA ZIEHL-NEELSEN, C/U	\$ 2.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	28	EXAMEN DIRECTO AL FRESCO, C/S TINCION (INCLUYE TRICHOMONAS)	\$ 2.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	29	UROCULTIVO, RECuento DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TECNICA) (INCLUYE TOMA DE ORINA ASEPTICA) (NO INCLUYE RECOLECTOR PEDIATRICO)	\$ 4.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	30	NEISSERIA GONORRHOEAE (GONOCOCO)	\$ 3.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

03	01	31	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE (MINIMO 10 FARMACOS) (EN CASO DE UROCULTIVO NO CORRESPONDE SU COBRO; INCLUIDO EN EL VALOR 03-06-011)	\$ 3.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	32	R.P.R.	\$ 3.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	33	COPROPARASITOLOGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNOSTICO DE GUSANOS MACROSCOPICOS Y EXAMEN MICROSCOPICO POR CONCENTRACION DE 3 MUESTRAS SEPARADAS METODO TELEMANN) (PROC. AUT.)	\$ 4.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	34	GRAHAM, EXAMEN DE (INCLUYE DIAGNOSTICO DE GUSANOS MACROSCOPICOS Y EXAMEN MICROSCOPICO DE 5 MUESTRAS SEPARADAS)	\$ 2.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	35	GUSANOS MACROSCOPICOS, DIAGNOSTICO DE (PROC. AUT.)	\$ 2.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	36	VENOSA EN ADULTOS	\$ 1.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	37	VENOSA EN NIÑOS Y LACTANTES	\$ 1.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	38	HEMORRAGIAS OCULTAS, (BENCIDINA, GUAYACO O TEST DE WEBER Y SIMILARES), CUALQUIER METODO, C/MUESTRA	\$ 1.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	39	LEUCOCITOS FECALES	\$ 1.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	40	DIRECTO AL FRESCO C/S TINCION, (INCLUYE TRICHOMONAS)	\$ 2.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	41	FISICO-QUIMICO (INCLUYE ASPECTO, COLOR, PH, GLUCOSA, PROTEINA, PANDY Y FILANCIA)	\$ 3.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	42	CREATININA CUANTITATIVA EN ORINA	\$ 2.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	43	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA	\$ 3.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	44	EMBARAZO. DETECCION DE (CUALQUIER TECNICA)	\$ 3.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	45	GLUCOSA (CUANTITATIVO), EN ORINA	\$ 1.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	46	ORINA COMPLETA, (INCLUYE COD. 03-09-023 Y 03-09-024)	\$ 2.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	47	ORINA, FISICO-QUIMICO (ASPECTO, COLOR, DENSIDAD, PH, PROTEINAS, GLUCOSA, CUERPOS CETONICOS, UROBILI - NOGENO, BILIRRUBINA, HEMOGLOBINA Y NITRITOS) TODOS O CADA UNO DE LOS PARAMETROS (PROC. AUT.)	\$ 1.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	48	ORINA, SEDIMENTO (PROC. AUT.)	\$ 1.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
03	01	49	PROTEINA (CUANTITATIVA), EN ORINA	\$ 2.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

04	01	00	EXAMENES RADIOLOGICOS.					
04	01	00	EXAMENES RADIOLOGICOS SIMPLES					
04	01	01	SIALOGRAFIA (4 EXP.) CUELLO	\$ 29.300	\$ 0	\$ 0	\$ 2.930	\$ 5.860
04	01	02	SENOS PARANASALES	\$ 1.400	\$ 0	\$ 0	\$ 140	\$ 280
04	01	03	PARTES BLANDAS; LARINGE LATERAL, CAVUM RINOFARINGEO (RINOFARINX). C/U. (1 EXP.)	\$ 12.300	\$ 0	\$ 0	\$ 1.230	\$ 2.460
04	01	04	TORAX, PROYECCION COMPLEMENTARIA EN EL MISMO EXAMEN (OBLICUAS, SELECTIVAS U OTRAS). C/U (1 EXP.)	\$ 8.900	\$ 0	\$ 0	\$ 890	\$ 1.780
04	01	05	TORAX SIMPLE (FRONTAL O LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA) (1 PROY.) (1 EXP. PANORAMICA).	\$ 13.200	\$ 0	\$ 0	\$ 1.320	\$ 2.640

04	01	06	TORAX (FRONTAL Y LATERAL) (INCLUYE FLUOROSCOPIA) (2 PROY. PANORAMICAS) (2 EXP.)	\$ 24.200	\$ 0	\$ 0	\$ 2.420	\$ 4.840
04	01	07	RADIOGRAFÍA TORAX POR SOSPECHA NEUMONÍA 2 PROY. FRONTAL Y LATERAL	\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
04	02	00	GLANDULAS MAMARIAS					
04	02	01	MAMOGRAFIA BILATERAL (4 EXP.)	\$ 28.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
04	02	02	MAMOGRAFIA UNILATERAL (2 EXP.)	\$ 16.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
04	02	03	PROYECCION COMPLEMENTARIA DE MAMAS (AXILAR U OTRAS), C/U	\$ 6.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
04	03	00	ABDOMEN					
04	03	01	ABDOMEN SIMPLE (1 PROYECCION) (1 EXP.) (CON EQUIPO ESTATICO O MOVIL)	\$ 11.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
04	03	02	ABDOMEN SIMPLE, PROYECCION COMPLEMENTARIA EN EL MISMO EXAMEN (1 EXP.)	\$ 8.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
04	04	00	APARATO UROGENITAL					
04	04	01	RENAL SIMPLE (PROC. AUT.) (1 EXP.)	\$ 11.300	\$ 0	\$ 0	\$ 1.130	\$ 2.260
04	04	02	CAVIDADES PERINASALES, ORBITAS, ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES, HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ, MALAR, MAXILAR, ARCOCIGOMATICO, CARA , CADA UNA (2 EXP.)	\$ 13.200	\$ 0	\$ 0	\$ 1.320	\$ 2.640
04	04	03	CRANEO FRONTAL Y LATERAL (2 EXP.)	\$ 13.900	\$ 0	\$ 0	\$ 1.390	\$ 2.780
04	04	04	CRANEO, CADA PROYECCION ESPECIAL: AXIAL, BASE, TOWNE, TANGENCIAL, ETC. (1 EXP.)	\$ 9.800	\$ 0	\$ 0	\$ 980	\$ 1.960
04	04	05	COLUMNA CERVICAL O ATLAS-AXIS (FRONTAL Y LATERAL) (2 EXP.)	\$ 13.200	\$ 0	\$ 0	\$ 1.320	\$ 2.640
04	04	06	COLUMNA CERVICAL (FRONTAL, LATERAL Y OBLICUAS) (4 PROY.) (4EXP.)	\$ 23.500	\$ 0	\$ 0	\$ 2.350	\$ 4.700
04	04	07	COLUMNA DORSAL O DORSOLUMBAR LOCALIZADA, PARRILLA COSTAL (FRONTAL Y LATERAL) (2 EXP.)	\$ 15.500	\$ 0	\$ 0	\$ 1.550	\$ 3.100
04	04	08	COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA (AMBAS INCLUYEN QUINTO ESPACIO) (3-4 EXP.)	\$ 22.700	\$ 0	\$ 0	\$ 2.270	\$ 4.540
04	04	09	COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA, OBLICUAS ADICIONALES (2 EXP.)	\$ 13.200	\$ 0	\$ 0	\$ 1.320	\$ 2.640
04	04	10	PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL, C/U (1 EXP.)	\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 1.020	\$ 2.040
04	04	11	PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL DE RN, LACTANTE O NINO MENOR DE 6 ANOS, C/U (1 EXP.)	\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
04	04	12	PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL, PROYECCIONES ESPECIALES; (ROTACION INTERNA, ABDUCCION, LATERAL, LAWENSTEIN U OTRAS) C/U (1 EXP.)	\$ 9.800	\$ 0	\$ 0	\$ 980	\$ 1.960
04	04	13	SACROCOXIS O ARTICULACIONES SACROILIACAS, C/U (2-3 EXP.)	\$ 14.700	\$ 0	\$ 0	\$ 1.470	\$ 2.940
04	05	00	EXTREMIDADES					
04	05	01	BRAZO, ANTEBRAZO, CODO, MUNECA, MANO, DEDOS, PIE O SIMILAR (FRONTAL Y LATERAL) C/U. (2 EXP.)	\$ 11.800	\$ 0	\$ 0	\$ 1.180	\$ 2.360
04	05	02	CLAVICULA (2 EXP.)	\$ 13.700	\$ 0	\$ 0	\$ 1.370	\$ 2.740

04	05	03	HOMBRO, FEMUR, RODILLA, PIERNA, COSTILLA O ESTERNON (FRONTAL Y LATERAL: 2 EXP), C/U	\$ 13.700	\$ 0	\$ 0	\$ 1.370	\$ 2.740
04	05	04	PROYECCIONES ESPECIALES OBLICUAS U OTRAS EN HOMBRO, BRAZO, CODO, RODILLA, ROTULAS, SESAMOIDEOS, AXIAL DE AMBAS ROTULAS O SIMILARES, C/U	\$ 9.800	\$ 0	\$ 0	\$ 980	\$ 1.960

05	00	00	EQUIPOS SIMPLES					
05	01	01	ECOGRAFIA OBSTETRICA	\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

06	00	00	EQUIPOS DE MEDIANA A ALTA RESOLUCION					
06	01	01	ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL (INCLUYE HIGADO, VIA BILIAR, VESICULA, PANCREAS, RINONES, BAZO, RETROPERITONEO Y GRANDES VASOS)	\$ 32.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
06	01	02	ECOTOMOGRAFIA COMO APOYO A CIRUGIA, O A PROCEDIMIENTO (DE TORAX, MUSCULAR, PARTES BLANDAS, ETC.)	\$ 20.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
06	01	03	ECOTOMOGRAFIA TRANSVAGINAL O TRANSRECTAL	\$ 18.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
06	01	04	ECOTOMOGRAFIA GINECOLOGICA, PELVIANA FEMENINA U OBSTETRICA CON ESTUDIO FETAL	\$ 17.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
06	01	05	ECOTOMOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA SEGUIMIENTO DE OVULACION, PROC. COMPLETO (6-8 SESIONES)	\$ 25.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
06	01	06	ECOTOMOGRAFIA PARA SEGUIMIENTO DE OVULACION, PROCEDIMIENTO COMPLETO (6 A 8 SESIONES)	\$ 25.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
06	01	07	ECOTOMOGRAFIA PELVICA MASCULINA (INCLUYE VEJIGA Y PROSTATA)	\$ 18.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
06	01	08	ECOTOMOGRAFIA RENAL (BILATERAL), O DE BAZO	\$ 22.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

07	00	00	EQUIPOS DE ALTA RESOLUCION.					
07	01	01	ECOTOMOGRAFIA CEREBRAL (R N. O LACTANTE)	\$ 22.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
07	01	02	ECOTOMOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	\$ 22.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
07	01	03	ECOTOMOGRAFIA OCULAR BIDIMENSIONAL, UNO O AMBOS OJOS.	\$ 22.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
07	01	04	ECOTOMOGRAFIA TESTICULAR (UNO O AMBOS)	\$ 22.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
07	01	05	ECOTOMOGRAFIA TIROIDEA	\$ 22.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
07	01	06	ECOTOMOGRAFIA VASCULAR PERIFERICA, ARTICULAR O DE PARTES BLANDAS	\$ 22.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

08	00	00	EQUIPOS CON DOPPLER.					
08	01	01	ECOTOMOGRAFIA VASCULAR (ARTERIAL Y VENOSA) PERIFERICA (BILATERAL)	\$ 74.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
08	01	02	ECOTOMOGRAFIA CAROTIDEA BILATERAL	\$ 74.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

09	00	00	KINESITERAPIA					
09	01	01	ATENCION KINESIOLOGICA INTEGRAL	\$ 7.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

09	01	02	* EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y PROCEDIMIENTOS DE KINESITERAPIA TORACICA (VENTILACION PULMONAR LOCALIZADA, ESTIMULACION DE LA TOS, BLOQUEOS TORACICOS, VIBRACIONES, PERCUSIONES Y TA POTEOS) (PROC.AUT.)	\$ 3.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
09	01	03	ENTRENAMIENTO CARDIORESPIRATORIO (SESIONES INDIVIDUALES, MINIMO 30 MINUTOS) (PROC.AUT.)	\$ 2.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
09	01	04	ENTRENAMIENTO ERGOMETRICO CON TREADMILL O CICLOERGOMETRO (PROC.AUT.)	\$ 3.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
09	01	05	ENTRENAMIENTO ORTESICO DE GRAN INCAPACITADO (PROC.AUT.)	\$ 3.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
09	01	06	ENTRENAMIENTO PROTESICO EXTREMIDADES (PROC.AUT.)	\$ 2.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
09	01	07	MANIPULACION OSTEOPATICA (LIBERACION ARTICULAR, MANIPULACION VERTEBRAL) (PROC.AUT.)	\$ 1.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
09	01	08	* MASOTERAPIA, POR SESION (PROC.AUT.)	\$ 3.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
09	01	09	* ORIENTACION Y ENTRENAMIENTO DE CIEGOS (REEDUCACION POSTURAL, ENTRENAMIENTO VICARIANTE, DESPLAZAMIENTO) (PROC.AUT.)	\$ 5.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
09	01	10	* REEDUCACION MOTRIZ (EJERCICIOS TERAPEUTICOS PARA RECUPERACION MUSCULAR, CAPACIDAD DE TRABAJO, COORDINACION, GIMNASIA ORTOPEDICA, REEDUCACION FUNCIONAL, DE MARCHA) (INDIVIDUAL Y POR SESION, MINIMO 30 MINUTOS) (PROC.AUT.)	\$ 2.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
09	01	11	* TECNICAS DE FACILITACION, TECNICAS DE INHIBICION (KABAT Y/O BOBATH) (PROC.AUT.)	\$ 2.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
09	01	12	* TECNICAS DE RELAJACION (ENTRENAMIENTO AUTOGENO SCHULTZ - JACOBSON O SIMILAR) (PROC.AUT.)	\$ 4.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
09	01	13	* DRENAJES POSTURALES BRONQUIALES (PROC.AUT.)	\$ 1.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

10	00	00	KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA					
10	01	00	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS					
10	01	01	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR, ARTICULAR, POSTURAL, NEUROLOGICA Y FUNCIONAL (MAXIMO 2 POR TRATAMIENTO)	\$ 2.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

11	00	00	PSICOLOGIA CLINICA					
11	01	01	CONSULTA PSICOLOGO CLINICO (SESIONES 45')	\$ 11.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	01	02	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (SESIONES 45')	\$ 13.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	01	03	PSICOTERAPIA DE PAREJA (CADA MIEMBRO DE LA PAREJA) (SESION 45')	\$ 13.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	02	00	EVALUACION DE PERSONALIDAD					
11	02	01	TEST DE RORSCHACH	\$ 38.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	02	02	TEST DE RELACIONES OBJETALES	\$ 30.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	02	03	TEST DE APERCEPCION TEMATICA, T.A.T., C.A.T.-H O C.A.T.-A	\$ 30.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

11	02	04	TEST DE EDWARDS	\$ 14.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	02	05	TEST DE M.M.P.I.	\$ 14.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	03	00	EVALUACION DE NIVEL INTELECTUAL, DESARROLLO Y FUNCIONES					
11	03	01	TEST DE WESCHLER, WAIS, WISC O WPPSI	\$ 22.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	03	02	TEST DE DOMINO O TEST DE RAVEN	\$ 14.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	04	00	EVALUACION FUNCIONES GNOSOPRACTICAS					
11	04	01	TEST DE BENDER	\$ 14.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	04	02	BENDER BIP	\$ 14.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	04	03	TEST DE GOLDSTEIN	\$ 22.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	04	04	TEST DE LURIA-NEBRASKA	\$ 38.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	04	05	CONSULTA DE SALUD MENTAL POR OTROS PROFESIONALES	\$ 3.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

12	00	00	OFTALMOLOGIA					
12	01	00	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS					
12	01	01	CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA, C/OJO	\$ 21.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
12	01	02	CUANTIFICACION DE LAGRIMACION (TEST DE SCHIRMER), UNO O AMBOS OJOS	\$ 2.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
12	01	03	CURVA DE TENSION APLANATICA (POR CADA DIA), C/OJO	\$ 7.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
12	01	04	DIPLOSCOPIA CUANTITATIVA, AMBOS OJOS	\$ 4.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
12	01	05	EXPLORACION SENSORIOMOTORA: ESTRABISMO, ESTUDIO COMPLETO, AMBOS OJOS	\$ 16.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
12	01	06	TONOMETRIA APLANATICA, C/OJO	\$ 2.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
12	01	07	TRATAMIENTO ORTOPTICO Y/O PLEOPTICO (POR SESION), AMBOS OJOS	\$ 5.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
12	01	08	EXAMEN OPTOMETRICO C/S PRESCRIPCION DE LENTES	\$ 10.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
04	01	09	AUTORREFRACTOMIA	\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 1.020	\$ 2.040
04	01	10	HEMOGLOCOTEST INSTANTANEO	\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 1.020	\$ 2.040

13	00	00	OTORRINOLARINGOLOGIA					
13	01	00	PROCEDIMIENTOS.					
13	01	01	PRUEBA DE AUDIFONOS	\$ 5.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
13	02	00	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS.-					
13	02	00	FOSAS NAALES Y CAVIDADES PERINAALES					
13	02	01	** TAPONAMIENTO ANTERIOR (PROC. AUT.)	\$ 5.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
13	02	02	** TAPONAMIENTO POSTERIOR	\$ 17.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
13	03	00	CUERPO EXTRANO EN FOSAS NAALES, EXTRACCION DE:					
13	03	01	- EN ADULTOS	\$ 8.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
13	03	02	- EN NINOS	\$ 16.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
13	04	00	LARINGE Y TRAQUEA					
13	04	00	CUERPO EXTRANO EN LARINGE Y/O TRAQUEA, EXTRACCION DE (INCLUYE LA ENDOSCOPIA CON TUBO RIGIDO)					
13	04	01	- EN ADULTOS	\$ 30.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
13	04	02	- EN NINOS	\$ 37.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
13	05	00	CUERPO EXTRANO EN OIDO, EXTRACCION DE (INCLUYE TAPON DE CERUMEN) (PROC. AUT.)					

13	05	01	- EN ADULTOS	\$ 5.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
13	05	02	- EN NIÑOS	\$ 16.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

14	00	00	DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS					
14	01	00	PROCEDIMIENTOS					
14	01	00	EN CONSULTA O SALA DE PROCEDIMIENTO. LA CURACION SIMPLE DE HERIDAS ESTA INCLUIDA EN LA CONSULTA. CUANDO SEA NECESARIA ANESTESIA GENERAL PARA CUALQUIERA DE ESTOS					
14	01	01	REMOCIÓN IMPLANTE ANTICONCEPTIVO	\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 1.020	\$ 2.040
14	01	02	INSERCIÓN PELLETS SUBCUTÁNEO	\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 1.020	\$ 2.040
14	01	03	INSERCIÓN IMPLANTE ANTICONCEPTIVO	\$ 10.200	\$ 0	\$ 0	\$ 1.020	\$ 2.040
14	01	04	CURETAJE DE LESIONES VIRALES Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES	\$ 33.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	01	05	IMPLANTES SUBCUTANEOS	\$ 24.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	01	06	BIOPSIA DE PIEL Y/O MUCOSA POR CURETAJE O SECCION TANGENCIAL C/S ELECTRO X 1 LESION	\$ 56.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	02	00	EXTIRPACION, REPARACION O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTANEAS POR EXCISION					
14	02	01	* TOMA MUESTRA BIOPSIA TEJIDO (INCLUYE INSUMOS) (08,01,008 X 2) (ENVIO MUESTRA A HOSPITAL REGIONAL PARA ESTUDIO)	\$ 3.700	\$ 0	\$ 0	\$ 4.700	\$ 8.500
14	02	02	- CABEZA, CUELLO, GENITALES HASTA 3 LESIONES	\$ 100.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	02	03	- RESTO DEL CUERPO HASTA 3 LESIONES	\$ 66.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	02	04	- CABEZA, CUELLO Y GENITALES DESDE 4 Y HASTA 6 LESIONES	\$ 200.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	02	05	- RESTO DEL CUERPO DESDE 4 Y HASTA 6 LESIONES	\$ 133.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	02	06	EXTIRPACION DE LESIONES BENIGNAS POR SEC TANGENCIAL, CURETAJE Y/O FULGURACION HASTA 15 LESIONES	\$ 66.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	02	07	TRATAMIENTO POR ELECTRO DE HEMANGIOMAS O TELANGECTASIAS HASTA 15 LESIONES	\$ 66.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	03	00	TUMOR MALIGNO POR EXCISION TOTAL O PARCIAL, CON O SIN SUTURA, POR CADA LESION					
14	03	01	- CABEZA, CUELLO, GENITALES	\$ 208.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	03	02	- RESTO DEL CUERPO	\$ 167.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	04	00	AMPLIACION DE MARGENES QUIRURGICOS DE TUMOR MALIGNO EXTIRPADO PREVIAMENTE					
14	04	01	- CABEZA, CUELLO, GENITALES O MELANOMA CUALQUIER UBICACION	\$ 167.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	04	02	- RESTO DEL CUERPO	\$ 125.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	04	03	TUMORES VASCULARES PROFUNDOS CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, GENITALES	\$ 208.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	04	04	TUMORES VASCULARES PROFUNDOS RESTO DEL CUERPO	\$ 167.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	04	05	HERIDA CORTANTE O CONTUSA COMPLICADA, REPARACION Y SUTURA (UNA O MULTIPLE DE MAS DE 5 CMS. DE LARGO TOTAL Y/O QUE COMPROMETA MUSCULOS Y/O CONDUCTOS Y/O VASOS O SIMILARES)	\$ 95.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	04	06	HERIDA CORTANTE O CUNTUSA NO COMPLICADA, REPARACION Y SUTURA (UNA O MULTIPLE HASTA 5 CMS DE LARGO TOTAL QUE COMPROMETA SOLO LA PIEL)	\$ 25.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

EXTIRPACION DE LESION BENIGNA SUBEPIDERMICA, INCLUYE TUMOR SOLIDO, QUISTE EPIDERMICO Y LIPOMA POR LESION								
14	05	01	- CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, GENITALES	\$ 125.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	05	02	- RESTO DEL CUERPO	\$ 104.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	05	03	VACIAMIENTO Y CURETAJE QUIRURGICO DE LESIONES QUISTICAS O ABSCESOS	\$ 66.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	05	04	ONICECTOMIA TOTAL O PARCIAL SIMPLE	\$ 26.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	05	05	CIRUGIA REPARADORA UNGUEAL POR PROCESO INFLAMATORIO	\$ 83.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	05	06	CORRECCION QUIRURGICA DE DEFECTO CONGENITO O POR TUMOR UNGUEAL	\$ 133.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	05	07	CURACION POR MEDICO, QUEMADURA O SIMILAR MENOR AL 5% SUPERFICIE CORPORAL EN PABELLON	\$ 18.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	05	08	CURACION POR MEDICO, QUEMADURA O SIMILAR 5 A 10% SUPERFICIE CORPORAL EN PABELLON	\$ 33.500	\$ 8	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	05	09	CURACION POR MEDICO, QUEMADURA O SIMILAR MAYOR AL 10% SUPERFICIE CORPORAL EN PABELLON	\$ 60.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

PROCEDIMIENTOS								
15	01	01	LAVADO DE OIDOS	\$ 7.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	02	ADMINISTRACIÓN FLEBOCLISIS	\$ 11.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	03	DESPECHO DE RECETAS A CRONICOS (EMISIÓN)	\$ 4.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	04	AUTOCONTROL PACIENTES D.I.D. (MENSUAL)	\$ 17.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	05	LAVADO INTESTINAL	\$ 6.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	06	CURACION CON DRENAJE	\$ 6.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	07	CURACION PLANA	\$ 7.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	08	EXTRACCION DE PUNTOS	\$ 8.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	09	TOMA DE MUESTRA DE SANGRE	\$ 3.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	10	TOMA DE MUESTRA DE ORINA	\$ 3.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	11	CONTROL DE SIGNOS VITALES	\$ 3.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	12	EXTRACCION ORINA CON DRENAJE	\$ 9.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	13	INYECCION INTRAMUSCULAR	\$ 6.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	14	INYECCION SUBCUTANEA	\$ 6.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	15	INYECCION ENDOVENOSA	\$ 9.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	16	TOMA DE PAP	\$ 14.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	17	CURACION QUEMADURAS 1% SUPERFICIE CORPORAL	\$ 13.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	18	CURACION QUEMADURA 5% SUPERFICIE CORPORAL	\$ 19.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	19	(POR CADA 10% ADICIONAL O FRACCION, HASTA EL 50%)	\$ 2.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	20	VACUNACIONES (SOLO CONSIDERA ADMINISTRACION)	\$ 900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	21	DESPARASITACION SARNA (CADA PERSONA)	\$ 200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	22	DESPARASITACION PEDICULOSIS (CADA PERSONA)	\$ 200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	23	CURACION SIMPLE AMBULATORIA	\$ 800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	24	AUTOCONTROL PACIENTES D.I.D. (MENSUAL)	\$ 17.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
15	01	25	OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA (PACIENTES OXIGENO DEPENDIENTES)	\$ 39.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

16	00	00	CARDIOLOGIA.-						
16	01	01	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS						
16	01	02	ELECTROCARDIOGRAMA (E C G.)	\$ 6.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
17	00	00	ESPIROMETRIAS						
17	01	01	ESPIROMETRIA BASAL	\$ 8.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
17	01	02	ESPIROMETRIA BASAL Y CON BRONCODILATADOR	\$ 14.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
17	01	03	PROVOCACION CON EJERCICIO, TEST DE	\$ 22.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
18	00	00	GASTROENTEROLOGIA						
18	01	00	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS,						
18	01	00	INCLUYE USO DE ANESTESIA TOPICA						
18	01	00	ENDOSCOPIAS/ BIOPSIAS						
18	01	01	GASTRODUODENOSCOPIA (INCLUYE ESOFAGOSCOPIA).	\$ 49.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
18	01	02	INTUBACION CON Sonda GASTRICA	\$ 3.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
18	01	03	* TOMA DE MUESTRA ENDOSCOPIA PORCION ANTRO. (INCLUYE INSUMOS) (08,01,005X1) (ENVIO MUESTRA A HOSPITAL REGIONAL PARA ESTUDIO)	\$ 3.700	\$ 0	\$ 0	\$ 4.700	\$ 8.500	\$ 0
19	00	00	PROCTOLOGIA .						
19	01	01	INSTILACION VESICAL (INCLUYE COLOCACION DE Sonda) PROC. AUT	\$ 10.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
19	01	02	VAC VESICAL POR Sonda URETRAL, (PROC. AUT)	\$ 10.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
20	00	00	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA I.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS.ENDOSCOPIAS C/S BIOPSIAS C/S TOMA DE MUESTRAS.						
20	01	01	COLOCACION O EXTRACCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (NO INCLUYE EL VALOR DEL DISPOSITIVO)	\$ 13.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
21	00	00	TRASLADOS						
21	01	02	TRASLADO AMBULANCIA DENTRO DE LA COMUNA	\$ 44.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
22	00	00	ATENCIONES INTEGRALES, OTROS PROFESIONALES						
22	01	01	I.- ENFERMERIA (consulta)	\$ 12.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
22	01	02	ATENCION INTEGRAL DE ENFERMERIA EN DOMICILIO	\$ 14.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
23	00	00	NUTRICIONISTAS						
23	01	01	ATENCION INTEGRAL DE NUTRICIONISTA	\$ 12.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
23	01	02	ATENCION INTEGRAL DE NUTRICIONISTA EN DOMICILIO	\$ 14.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	00	00	ODONTOLOGÍA						
24	01	01	CONSULTA ODONTOLOGICA	\$ 22.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	02	CONSULTA URGENCIA DENTAL	\$ 37.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	03	APLICACIÓN DE SELLANTES	\$ 18.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

24	01	04	DESTARAJE Y PULIDO CORONARIO	\$ 45.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	05	FLUORACIÓN TÓPICA	\$ 52.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	06	MANTENEDORES DE ESPACIO (EL PACIENTE PAGA EL COSTO DEL APARATO DIRECTAMENTE EN LABORATORIO)	\$ 13.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	07	PULPOTOMÍA	\$ 49.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	08	EXAMEN DE SALUD ORAL	\$ 2.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	09	BARNIZ DE FLÚOR	\$ 8.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	10	EXODONCIA PERMANENTE	\$ 45.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	11	EXODONCIA TEMPORAL	\$ 47.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	12	OBTURACIÓN COMPOSITE	\$ 45.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	13	OBTURACIÓN VIDRIO IONÓMERO	\$ 5.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	14	SUTURAS SIMPLES DE TEJIDOS BLANDOS	\$ 27.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	15	TREPANACIÓN	\$ 40.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
24	01	16	REPARACION DE CORONA	\$ 32.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

* TODAS AQUELLAS PRESTACIONES QUE REQUIERAN PROCEDIMIENTOS ADICIONALES, DEBERAN SER COBRADAS POR SEPARADO

~~CYF/MSR/EPO/elp.~~



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO