

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE JUSTICIA

2614 *Resolución de 28 de febrero de 2014, de la Mutualidad General Judicial, por la que se desarrolla el régimen de prestación de asistencia sanitaria transfronteriza para el colectivo de mutualistas adscrito a entidades médicas privadas.*

1. Objeto

1.1 La disposición adicional tercera del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación dispone que en el ámbito de los regímenes especiales de funcionarios, las Comunidades Autónomas y el INGESA son las administraciones competentes en los procedimientos relativos a la asistencia transfronteriza de mutualistas y beneficiarios que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de los servicios públicos de salud de las Comunidades Autónomas o del INGESA.

1.2 Asimismo, el punto 2 de dicha disposición adicional tercera dispone que las mutualidades de funcionarios son competentes para regular el instrumento jurídico, la forma y el procedimiento de gestión para hacer efectivo el derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza de los mutualistas y beneficiarios que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de entidades médicas privadas, así como las tarifas aplicables para el reembolso.

1.3 De conformidad con lo dispuesto en la cláusula 4.4 del concierto suscrito entre la Mutualidad General Judicial (Mugeju) y las Entidades Médicas, para la prestación de la asistencia sanitaria a los beneficiarios de Mugeju en 2014 (BOE 08/01/2014), en adelante, concierto sanitario, la entidad médica se obliga a la cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza de su colectivo protegido, conforme a la Directiva 2011/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, al R.D 81/2014, de 7 de febrero y a las condiciones establecidas en la presente resolución.

1.4 La presente resolución viene a regular el ejercicio del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza por parte de los mutualistas y beneficiarios de Mugeju, su alcance, las condiciones y requisitos para su prestación y el procedimiento para el reembolso de los gastos por dicha asistencia.

2. Principios generales y alcance de la asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la entidad médica

2.1 La asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la entidad médica es aquella que se recibe cuando el beneficiario decide acudir a servicios sanitarios ubicados en otro Estado Miembro de la Unión Europea (UE).

2.2 La asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la entidad médica tiene el alcance definido en el artículo 3 del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, siempre que dicha asistencia sanitaria figure entre las prestaciones incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, cuya cobertura corresponde a la entidad médica, de conformidad con lo establecido en el Capítulo 2 del concierto sanitario.

2.3 La asistencia sanitaria transfronteriza se prestará al amparo de la normativa del Estado miembro de la UE incluidas las normas y directrices sobre calidad y seguridad y de la legislación europea en materia de normas de seguridad.

2.4 Están excluidos del ámbito de aplicación de la asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la entidad médica:

- a) Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración, cuya finalidad sea ayudar a quienes requieran asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias.
- b) La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante.
- c) Los programas de vacunación pública contra enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio español y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución, sin perjuicio de los relativos a la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la UE.
- d) La asistencia sanitaria prestada en supuestos de estancias temporales de los beneficiarios, cuya cobertura, con carácter general, corresponde a Mugeju directamente o a través de los mecanismos de coordinación con las instituciones del resto de Estados Miembros de la UE.
- e) Los gastos por la dispensación ambulatoria de medicamentos, productos dietéticos, y otros productos sanitarios objeto de la prestación farmacéutica de Mugeju que se puedan generar en un proceso de asistencia sanitaria transfronteriza y cuyo reintegro puede ser a cargo de Mugeju en los términos previstos en su normativa específica.
- f) La prestación ortoprotésica que se pueda generar en un proceso de asistencia sanitaria transfronteriza, no cubierta por las entidades médicas, según lo previsto en la cláusula 2.10.2 del concierto sanitario y cuyo reintegro puede ser a cargo de Mugeju en los términos previstos en su normativa específica.
- g) La asistencia sanitaria prestada en territorio nacional por medios distintos a los asignados por Mugeju al beneficiario a través del concierto sanitario.

3. *Otras obligaciones de la entidad*

Con objeto de favorecer la continuidad de la atención sanitaria, la entidad médica deberá garantizar al beneficiario que reciba asistencia sanitaria en otro Estado miembro de la UE:

- a) La disponibilidad de una copia, en soporte adecuado de los informes clínicos y de los resultados de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos.
- b) El seguimiento sanitario posterior, a través de los correspondientes servicios concertados, en las mismas condiciones que si la asistencia se hubiera llevado a cabo por medios de la entidad.

4. *Modalidad de cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la entidad médica*

4.1 Los gastos abonados por un beneficiario que haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza serán reembolsados por Mugeju con cargo a la entidad médica a la que ese beneficiario esté adscrito en los términos, con los límites, condiciones y requisitos que se determinan en la presente resolución y en el concierto sanitario, sin exceder el coste real de la asistencia efectivamente prestada y sin considerar los gastos conexos, tales como los de alojamiento, viaje o necesidades especiales de personas con discapacidad.

4.2 Mugeju procederá al reembolso de los gastos al interesado cuando proceda, de acuerdo con las tarifas que están contenidas en el anexo de esta resolución y conforme al procedimiento regulado en el punto 5 de la presente disposición.

4.3 El reembolso de los gastos estará supeditado a la autorización previa de Mugeju en los supuestos relacionados en el apartado 6 de esta resolución.

5. *Procedimiento para el reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria transfronteriza*

5.1 El procedimiento se iniciará a instancia del interesado. No obstante, podrá iniciarse de oficio por Mugeju, cuando el interesado haya presentado una solicitud de reintegro de gastos en el exterior y de la instrucción del expediente se deduzca que se trata de un supuesto de asistencia sanitaria transfronteriza.

5.2 La solicitud de reembolso se presentará por el interesado a Mugeju, en un plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida, acompañada de:

a) Factura original del proveedor de la asistencia en la que quede acreditado su abono y en la que se detallen los conceptos asistenciales realizados y se identifique al paciente, al servicio o unidad clínica y al responsable de la asistencia.

b) Copia del informe clínico de la atención prestada, en el que se identifique el motivo clínico de la asistencia, los procedimientos diagnósticos o terapéuticos principales y secundarios realizados y las revisiones que se estimen.

5.3 Recibida la solicitud, Mugeju realizará las comprobaciones oportunas para determinar el derecho al reembolso, la concurrencia de autorización previa en su caso y el importe correspondiente de acuerdo con las tarifas aplicables en cada caso según se recoge en el anexo de esta resolución.

5.4 Finalizada la instrucción del procedimiento, Mugeju dictará resolución en el plazo de tres meses a partir de la fecha de recepción de la solicitud, la cual se notificará al interesado con expresión de los recursos procedentes, de acuerdo con lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

5.5 Siempre que se reconozca el derecho a reembolso, Mugeju procederá al pago al interesado y repercutirá su importe a la entidad, conforme al procedimiento establecido en el apartado primero de la cláusula 5.5.3 del concierto sanitario.

6. *Prestaciones sanitarias sujetas a autorización previa*

La prestación de asistencia sanitaria transfronteriza estará sujeta a autorización previa de Mugeju para las siguientes técnicas o procedimientos:

a) Cualquier tipo de atención sanitaria que implique que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche.

b) Independientemente de lo determinado en el apartado a), aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud que han sido seleccionadas en base a la exigencia del uso de procedimientos o equipos médicos sumamente especializados, a la necesidad de atención a pacientes con problemas complejos, o a su elevado coste económico:

– Tomografía por emisión de positrones (PET), y combinada con el TC (PET-TC) y SPECT.

– Reproducción humana asistida.

– Diálisis.

– Cirugía mayor ambulatoria intervencionista o que requiera la utilización de un implante quirúrgico.

– Tratamiento de radioterapia.

– Tratamientos farmacológicos o con productos biológicos cuyo importe mensual supere los 1.500 euros.

– Radiocirugía.

– Análisis genéticos orientados a diagnósticos de casos complejos, incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores, análisis de farmacogenética y farmacogenómica.

- Tratamientos de discapacidades que requieran para su corrección o mejoría: sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior excepto las prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto las prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores.
- Tratamientos con fórmulas completas para nutrición enteral domiciliaria y módulos nutricionales para trastornos congénitos del metabolismo de los hidratos de carbono, aminoácidos y lípidos.
- Atención a patologías y realización de procedimientos para los cuales se han designado servicios de referencia de los recogidos en el Anexo 3, punto 3.10 del concierto sanitario o se han establecido redes de referencia en Europa.

7. Procedimiento para la obtención de la autorización previa

7.1 La solicitud de autorización previa se presentará en Mugeju, acompañada del informe médico en el que conste la indicación de la asistencia o tratamiento requerido. Si de la solicitud, se apreciara que concurre alguno de los supuestos recogidos en el punto 8 de esta resolución, Mugeju denegará la autorización, mediante resolución motivada, notificándolo al interesado con expresión de los recursos que procedan de acuerdo con lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. En los demás casos, Mugeju dará traslado de la solicitud a la entidad médica a la que está adscrito el interesado, para que esta, en el plazo de diez días emita informe en el que conste:

- a) La conformidad de la entidad con la autorización del tratamiento.
- b) La disconformidad de la entidad a la autorización del tratamiento. En este supuesto la entidad deberá indicar el motivo y en su caso, los medios asignados para facilitar la asistencia en territorio nacional, en los términos estipulados en el concierto sanitario.

De no emitirse el informe de la entidad médica en el plazo de diez días, se entenderá que la misma está conforme con la autorización.

7.2 A la vista del informe emitido por la entidad, o transcurrido el plazo de diez días sin que se haya recibido el mismo, Mugeju dictará resolución motivada, con expresión de las reclamaciones y recursos procedentes, de acuerdo con lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

7.3 El plazo máximo para la notificación de la mencionada resolución de concesión o, en su caso, denegación de la autorización previa será de cuarenta y cinco días a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

8. Causas de denegación de la autorización previa

Mugeju podrá denegar una autorización previa en los siguientes casos:

- a) Cuando se trate de una prestación no incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- b) Cuando exista un grado razonable de certeza de que el paciente, según una evaluación clínica, vaya a exponerse a un riesgo que no pueda considerarse aceptable, teniendo en cuenta la evidencia del beneficio potencial que pueda obtener de la asistencia sanitaria transfronteriza solicitada.
- c) Cuando exista un grado razonable de certeza de que la población en general pueda quedar expuesta a un riesgo sustancial como consecuencia de la asistencia sanitaria transfronteriza considerada.
- d) Cuando la prestación vaya a ser proporcionada por un proveedor de asistencia sanitaria que suscite motivos graves y específicos de inquietud respecto a las normas y directrices de calidad y seguridad del paciente.
- e) Cuando la atención sanitaria pueda prestarse en el territorio nacional, en los términos estipulados en el concierto sanitario en un plazo que sea médicamente justificable.

Madrid, 28 de febrero de 2014.–La Gerente de la Mutualidad General Judicial, Celima Gallego Alonso.

ANEXO

Tarifas para el reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza

1. Tarifas para el reembolso de prestaciones sanitarias que no requieren autorización previa

| ASISTENCIA SANITARIA | TARIFAS (EUROS) |
|---|-----------------|
| ASISTENCIA PRIMARIA | |
| <i>ATENCIÓN EN CENTRO</i> | |
| PRIMERA CONSULTA SIN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | 69 |
| CONSULTAS SUCESIVAS SIN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | 34 |
| PRIMERA CONSULTA CON PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | 84 |
| CONSULTAS SUCESIVAS CON PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | 46 |
| CONSULTA DE ENFERMERÍA | 21 |
| CONSULTA DE ODONTOLOGÍA | 67 |
| CONSULTA DE MATRONA | 43 |
| <i>ATENCIÓN DOMICILIARIA</i> | |
| CONSULTA MÉDICA | 98 |
| CONSULTA MÉDICA SUCESIVA | 44 |
| CONSULTA O CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA | 60 |
| CONSULTA CON CUIDADOS COMPLEJOS DE ENFERMERÍA | 93 |
| CIRUGÍA MENOR | 252 |
| <i>ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN CONSULTA AMBULATORIA</i> | |
| PRIMERA CONSULTA SIN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | 106 |
| CONSULTAS SUCESIVAS SIN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | 70 |
| PRIMERA CONSULTA CON PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | 155 |
| CONSULTAS SUCESIVAS CON PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | 95 |
| <i>ASISTENCIA POR SERVICIOS DE URGENCIA</i> | |
| ASISTENCIA PRIMARIA | 237 |
| ASISTENCIA HOSPITALARIA | 383 |
| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | |
| RADIODIAGNÓSTICO | |
| ALTERNATIVA RX ECO SIMPLE | 94 |
| ANGIOGRAFÍA | 898 |
| ARTROGRAFÍA DE HOMBRO | 421 |
| CISTOGRAFÍA | 257 |
| CISTOURETROGRAFÍA CON CAD | 431 |
| COLANGIOGRAFÍA TRANS-KERH | 276 |
| CT ARTRO-TAC | 303 |
| CT CONVENCIONAL ÓSEO | 130 |
| CT HUESOS PARTES BLANDAS | 344 |
| CT PORTOGRAFÍA | 303 |
| CT SIMULACIONES | 130 |
| CTPH + DRENAJE + ENDOPRÓTESIS (OTROS) | 535 |
| CTPH + DRENAJE BILIAR EXTERNO | 849 |

| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | TARIFAS (EUROS) |
|---|-----------------|
| DEFECOGRAFÍA..... | 321 |
| ESTUDIO GASTRODUODENAL (E.G.D.)..... | 200 |
| ECO COLECIST. POR TROCAR (PERCUTÁNEA ASPIRACIÓN)..... | 479 |
| ECO CON BIOPSIA HEPÁTICA..... | 259 |
| ECO DOPPLER CONTRASTE..... | 255 |
| ECO DOPPLER TIROIDEA..... | 215 |
| ECO HIDROCÓLICA..... | 118 |
| ECO TIROIDES..... | 118 |
| ECOGRAFÍA CONVENCIONAL..... | 118 |
| ECOGRAFÍA DE CUELLO..... | 118 |
| ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS..... | 118 |
| ECOGRAFÍA DE PELVIS..... | 118 |
| ECOGRAFÍA TESTICULAR..... | 218 |
| ECOGRAFÍA. DRENAJE ABCESOS..... | 1.039 |
| ECOGRAFÍA. PUNCIÓN PLEURAL..... | 144 |
| ECOGRAFÍA. ESCLEROSIS QUÍSTICA..... | 498 |
| ECOGRAFÍA. PAAF. TIROIDES Y (PUNCIÓN ASPIRACIÓN AGUJA FINA DIRIGIDA POR ECO)..... | 287 |
| ECOGRAFÍA ENDOANAL-ENDORRECTAL..... | 335 |
| ENEMA OPACO..... | 240 |
| ENTEROCLISIS..... | 549 |
| ESOFAGOGRAMA..... | 321 |
| EXPLORACIÓN DE MAMA..... | 21 |
| FISTULOGRAFÍA..... | 355 |
| MAMOGRAFÍA..... | 110 |
| MAMOGRAFÍA GALACTOGRAFÍA..... | 190 |
| MAMOGRAFÍA SPOT..... | 171 |
| MAMOGRAFÍA P.A.A.F..... | 138 |
| MAMOGRAFÍA P.A.A.F. CON ESTEROTAXIA..... | 373 |
| BIOPSIA PERCUTÁNEA DE MAMA CON MAMOTOMO DIRIGIDA POR ESTEROTAXIA..... | 520 |
| MELOGRAFÍA O RADICULOGRAFÍA..... | 206 |
| MAMOGRAFÍA DE LOCALIZACIÓN..... | 340 |
| MAMOGRAFÍA NEUMOCISTOGRAF..... | 164 |
| RX CT ABDOMEN Y PELVIS..... | 343 |
| RX CT ANGIO TAC..... | 310 |
| RX CT BIOPSIA POR ASPIRACIÓN (BAP)..... | 722 |
| RX CT COLUMNA LUMBAR C/C..... | 256 |
| RX CT CUERPO ENTERO..... | 343 |
| RX CT HÍGADO S/C..... | 275 |
| RX CT RIÑÓN S/C Y C/C..... | 343 |
| RX CT TÓRAX HÍGADO SUPRARRENAL..... | 343 |
| RX CT TÓRAX S/C..... | 149 |
| RX CT TÓRAX Y ABDOMEN..... | 343 |
| RX ECO ALCO. PARATIROIDES..... | 240 |
| RX ECO ALCOHO. PLEXO ESPLÉNICA..... | 240 |
| RX ECO CONVENCIONAL..... | 94 |
| RX ECO DOPPLER ABDOMINAL..... | 124 |
| RX ECO DOPPLER MAMA..... | 124 |
| RX ECO DOPPLER MIEMBRO..... | 124 |
| RX ECO DOPPLER PARATIROIDE..... | 108 |
| RX ECO DOPPLER RENAL..... | 124 |
| RX ECO DOPPLER TRANSULTRASÓNICA..... | 124 |
| RX ECO INTRAOPERATORIA..... | 112 |

| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | TARIFAS (EUROS) |
|--|-----------------|
| RX ECO MAMA | 137 |
| RX ECO TÓRAX TORACOCENTESIS | 115 |
| RX ECO TÓRAX | 94 |
| RX ECOBIOPSIA MAMA | 373 |
| RX ESTEROTAXIA SCREENING | 127 |
| RX MAMOGRAFÍA ESPECIMEN MAMA | 340 |
| RX PAAF SCREENING MAMA | 431 |
| RX SCREENING MAMA | 137 |
| RX TRASRECTAL DE PRÓSTATA | 95 |
| SCANNER CT CADERA | 240 |
| SCANNER CT CERVICAL DORSAL | 343 |
| SCANNER CT COLUMNA DORSAL | 243 |
| SCANNER CT COLUMNA LUMBAR | 144 |
| SCANNER CT CRÁNEO CON CONTRASTE | 240 |
| SCANNER CT CRÁNEO ESTEROTAXIA | 324 |
| SCANNER CT CRÁNEO SIN CONTRASTE | 129 |
| SCANNER CT CUELLO | 240 |
| SCANNER CT HÍGADO DINÁMICO | 275 |
| SCANNER CT HÍGADO-PÁNCREAS | 343 |
| SCANNER CT LARINGE | 240 |
| SCANNER CT LUMBAR CON CONTRASTE | 257 |
| SCANNER CT OÍDO CORONAL | 240 |
| SCANNER CT ÓRBITAS CON CONTRASTE | 240 |
| SCANNER CT SENOS | 144 |
| SCANNER CT SENOS CON CONTRASTE | 244 |
| SCANNER CT SILLA TURCA/AXIAL | 260 |
| SCANNER CT SILLA TURCA/CORONAL | 253 |
| SCANNER CT SUPRARRENALES | 268 |
| SCANNER CT TÓRAX CONTRASTE | 271 |
| SCANNER CT TÓRAX PATRÓN INTERMEDIO | 240 |
| SCANNER CT TÓRAX ABDOMEN | 288 |
| SCANNER CT ABDOMEN CONTRASTE | 271 |
| SCANNER CT C.A.I. CISTERNOGRAFÍA | 287 |
| SCANNER CT C.A.I. CORONAL | 240 |
| SCANNER CT. COLUMNA CERVICAL | 359 |
| SIALOGRAFÍA (DIGESTIVO) | 352 |
| SINUGRAFÍA | 423 |
| SONDAJE DUODENAL | 240 |
| TRÁNSITO INTESTINAL | 378 |
| URETROGRAFÍA | 439 |
| UROGRAFÍA INTRAVENOSA | 338 |
| VIDEO FLUOROSCOPIA | 321 |
| PIELOGRAFÍA | 287 |
| DENSITOMETRÍA ÓSEA SENCILLA | 90 |
| DENSITOMETRÍA ÓSEA DOBLE | 175 |
| DENSITOMETRÍA TRIPLE | 216 |
| RX. ECO-PAAF (PUN. CON ASP. AG. FINA) | 287 |
| PAAF | 57 |
| PAAF/ECO | 391 |
| PAAF-TAC | 507 |
| RADIOLOGÍA CONVECCIONAL | 31 |
| NEUMOCARTROGRAFÍA | 173 |

| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | TARIFAS (EUROS) |
|---|-----------------|
| ECOGRAFÍA CON BIOPSIA (SOLO ECO) | 101 |
| ESTUDIOS CON CONTRASTE | 85 |
| ESTUDIOS FUNCIONALES CEREBRALES CON RM | 586 |
| RMN ESTUDIO SIMPLE | 374 |
| RMN ESTUDIO DOBLE | 569 |
| RMN ESTUDIO TRIPLE | 764 |
| PLUS ANESTESIA RMN | 156 |
| PLUS DE CONTRASTE RMN | 128 |
| TAC SIMPLE | 270 |
| TAC DOBLE | 214 |
| TAC VASCULAR (ANGIO TAC) | 201 |
| SUPLEMENTO ANESTESIA TAC | 153 |
| SUPLEMENTO CONTRASTE TAC | 159 |
| TELERRADIOGRAFÍA | 151 |
| MEDICINA NUCLEAR – ONCOLOGÍA | |
| ANGIOGAMMAGRAFÍA | 92 |
| CISTERNOGAMMAGRAFÍA | 587 |
| ESTUDIO HEMODINÁMICO CON ISOTOPOS | 251 |
| FILTRADO GLOMERULAR | 113 |
| GAMMAGRAFÍA SIMPLE | 108 |
| GAMMAGRAFÍA DE ALTA RESOLUCIÓN | 597 |
| GAMMAGRAFÍA ABDOMINAL DIVERTÍCULO DE MECKEL | 159 |
| GAMMAGRAFÍA CEREBRAL | 377 |
| GAMMAGRAFÍA DE MAMA | 296 |
| GAMMAGRAFÍA ESPLÉNICA | 61 |
| GAMMAGRAFÍA HEPÁTICA | 105 |
| GAMMAGRAFÍA INFARTO DE MIOCARDIO | 148 |
| GAMMAGRAFÍA ÓSEA | 174 |
| GAMMAGRAFÍA PERFUSIÓN PULMONAR | 175 |
| GAMMAGRAFÍA SUPRARENAL | 617 |
| GAMMAGRAFÍA TESTICULAR | 85 |
| GAMMAGRAFÍA TIROIDEA | 61 |
| GAMMAGRAFÍA VENTILACION PULMONAR | 185 |
| GAMMAGRAFÍA VIAS BILIARES | 148 |
| GAMMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVARES | 85 |
| HEMATÍES MARCADOS | 244 |
| INMUNOGAMMAGRAFÍA | 713 |
| RASTREO CON YODO -131-I | 180 |
| RASTREO CON MIBI | 354 |
| REFLUJO GASTRO ESOFÁGICO | 140 |
| RENOGRAMA | 199 |
| SESIÓN ACELERADOR LINEAL | 43 |
| TEST DE SHILING | 120 |
| TRATAMIENTO CON 131-I | 603 |
| VACIAMIENTO GÁSTRICO | 145 |
| VOLUMEN SANGUÍNEO TOTAL, CELULAR Y PLASMÁTICO | 180 |
| LEUCOCITOS MARCADOS | 436 |
| IBZM | 894 |
| DATSCAN | 906 |
| VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA | 143 |

| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | TARIFAS (EUROS) |
|--|-----------------|
| RESPIRATORIO – NEUMOLOGÍA | |
| BIOPSIA PLEURAL | 197 |
| DIFUSIÓN ALVEOLO CAPILAR. | 488 |
| ESPIROMETRÍA SIMPLE | 41 |
| ESPIROMETRÍA BRONCODILATACIÓN. | 92 |
| GASOMETRÍA | 49 |
| MANTOUX | 36 |
| PLETISMOGRAFÍA | 155 |
| TBD | 72 |
| TORACOCENTESIS EVACUADORA | 185 |
| TORACOCENTESIS DIAGNÓSTICA. | 151 |
| BRONCOSCOPIA ENF. INTERSTICIAL | 375 |
| BRONCOSCOPIA NEOPLASIAS. | 626 |
| BRONCOSCOPIA ENF. INFECCIOSAS | 526 |
| BRONCOSCOPIA SIMPLE | 260 |
| TEST DEL SUDOR. | 65 |
| TEST DEL EJERCICIO | 104 |
| TEST DE METACOLINA | 139 |
| POLISOMNOGRAFÍA DOMICILIARIA | 290 |
| CIRUGÍA GENERAL DIGESTIVO | |
| ANOSCOPIAS | 80 |
| BIOPSIA CIEGA DE ESÓFAGO O ESTOMAGO | 88 |
| BIOPSIA CIEGA DE HÍGADO (ECO BIOPSIA HEPÁTICA). | 164 |
| BIOPSIAS (HEPÁTICAS, RENALES, ÓSEAS, TORACOCENTESIS, ETC.) CON ECOGRAFÍA | 363 |
| BIOPSIAS (HEPÁTICAS, RENALES, ÓSEAS, TORACOCENTESIS, ETC.) CON TAC | 530 |
| COLOCACIÓN DRENAJE BILIAR. | 884 |
| DILATACIONES ESOFÁGICAS ÚNICAS CON EDER-PUERTO. | 729 |
| EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO | 1.894 |
| LAPAROSCOPIA CON O SIN BIOPSIA. | 494 |
| MANOMETRÍA (ESOFÁGICA). | 308 |
| MANOMETRÍA RECTAL. | 135 |
| PARACENTESIS | 438 |
| PHMETRIA. | 290 |
| POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA. | 165 |
| RECTOSCOPIAS CON O SIN BIOPSIA | 58 |
| SONDA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA | 540 |
| UROLOGÍA – EXPLORACIONES Y CIRUGÍA | |
| EXPLORACIÓN URODINÁMICA (VARIOS) | 163 |
| ESTUDIO VIDEOURODINÁMICO | 274 |
| FLUJOMETRÍA AISLADA. | 110 |
| CITOSCOPIA | 161 |
| ALERGIAS | |
| PRUEBAS ALERGIAS A MEDICAMENTOS (VARIOS) | 58 |
| PRUEBAS EPICUTÁNEAS (POR SESIÓN) (VARIOS) | 211 |
| CIRUGÍA MAXILOFACIAL | |
| ORTOPANTOMOGRFÍA | 41 |
| SIALOGRAFÍA | 139 |

| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | TARIFAS (EUROS) |
|--|-----------------|
| BLOQUEO INTERMAXILAR | 666 |
| DRENAJE (ABSCESO) | 360 |
| QUISTECTOMÍA | 646 |
| GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA | |
| AMNIOCENTESIS | 148 |
| AMNIOCENTESIS CONTROL ECOGRÁFICO | 450 |
| BIOPSIA CORIAL | 77 |
| CITOLOGÍA | 29 |
| ECOGRAFÍA SELECTIVA DE MALFORMACIONES FETALES | 43 |
| ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL | 194 |
| ECOGRAFÍA Y DIAGNÓSTICO PRENATAL | 36 |
| ESPERMIOGRAMA | 10 |
| HISTEROSALPINGOGRAFÍA | 112 |
| HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA AMBULATORIA | 358 |
| HISTEROSONOGRAFÍA | 139 |
| MICROLEGRADO (BIOPSIA ENDOMETRIAL) | 230 |
| MONITORIZACIÓN DE LA OVULACIÓN | 119 |
| PUNCIÓN-CITOLOGÍA DE MASAS ANEXIALES | 80 |
| OTORRINOLARINGOLOGÍA | |
| AUDIOMETRÍA | 189 |
| LARINGOSCOPIA | 123 |
| PRUEBAS VESTIBULARES | 204 |
| OTOEMISIONES | 195 |
| RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA | |
| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS | 484 |
| PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS | 1.733 |
| ANGIODINOGRAFÍA ABDOMEN (ANGIOGRAFÍAS DINAMICAS) | 237 |
| ANGIODINOGRAFÍA CUELLO | 236 |
| ANGIODINOGRAFÍA MALFORMACIÓN | 237 |
| ANGIODINOGRAFÍA MM.SS. (MM.II.) | 416 |
| ANGIODINOGRAFÍA VARICOCELE | 237 |
| ANGIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA MEDULAR | 2.315 |
| ANGIOGRAFÍA PULMONAR DIGITAL | 653 |
| ANGIOGRAFÍA RENAL DIGITAL | 509 |
| ANGIOGRAFÍA PULMONAR | 1.241 |
| AORTOGRAMA ABDOMINAL | 660 |
| ARTERIOGRAFÍA DE MIEMBROS INFERIORES | 627 |
| ARTERIOGRAFÍA ESTÁNDAR DE MIEMBRO SUPERIOR | 627 |
| ARTERIOGRAFÍA BRONQUIAL/ (TORÁCICA) | 638 |
| ARTERIOGRAFÍA FÍSTULA ARTERIOVENOSA | 528 |
| ARTERIOGRAFÍA MM.II. (VÍA) AX/BRAG | 630 |
| ARTERIOGRAFÍA MM.II. (VÍA FEMORAL) TRANS. | 575 |
| ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA ABDOMINAL | 715 |
| ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA CARÓTIDA | 502 |
| ARTERIOGRAFÍA TSA VÍA VENOSA | 723 |
| ARTERIOGRAFÍA | 908 |
| CAMBIO DE CATÉTER DE GASTROSTOMÍA | 738 |
| CAMBIO DE CATÉTER DE NEFROSTOMÍA | 380 |
| CAVOGRAFÍA | 747 |

| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | TARIFAS (EUROS) |
|---|-----------------|
| COLANGIOGRAFÍA TRANSPARIETOHEPÁTICA..... | 774 |
| CONTROL DE FIBRINOLISIS..... | 618 |
| CONTROL DRENAJE BILIAR-ENDOPRÓTESIS..... | 488 |
| CONTROL GASTROSTOMÍA..... | 395 |
| CONTROL NEFROSTOMÍA..... | 376 |
| CONTROL SHUNT PORTO CAVA..... | 1.021 |
| DACRIOCISTOGRAFÍA..... | 3.308 |
| DILATACIÓN BILIAR..... | 1.435 |
| DILATACIÓN DE ESÓFAGO PÉPTICO..... | 1.776 |
| DOPPLER DINÁMICO..... | 1.202 |
| DOPPLER MM. II..... | 219 |
| DOPPLER MM.SS..... | 668 |
| DOPPLER DE TRONCOS SUPRAÓRTICOS..... | 155 |
| ESTUDIOS ARTERIAL Y VENOSO..... | 82 |
| DRENAJE BILIAR INTERNO/EXTERNO..... | 810 |
| ECO DOPPLER MM.II..... | 1.252 |
| ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR CAROT. BILATERAL..... | 354 |
| ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN..... | 1.289 |
| ESTUDIO DIAGNÓSTICO SANGRANTE..... | 1.069 |
| FIBRINOLISIS VENOSA MM.II..... | 462 |
| FLEBOGRAFÍA ESPERMÁTICA..... | 753 |
| FLEBOGRAFÍA MM.SS..... | 642 |
| FLEBOGRAFÍAS MIEMBROS INFERIORES..... | 520 |
| RASTREO VENOSO SUPRARRENAL..... | 630 |
| RECOLOCACION CATÉTER DE NEFROSTOMÍA..... | 435 |
| REPARACIÓN CATÉTER HICKMAN..... | 513 |
| REPOSICIÓN CATÉTER..... | 383 |
| REPOSICIÓN DRENAJE BILIAR..... | 533 |
| RETIRADA CATÉTER HICKMAN..... | 258 |
| RETIRADA CATÉTER RESERVORIO..... | 268 |
| RETIRADA CATÉTER VENOSO CENTRAL TUNELIZADO..... | 188 |
| RETIRADA DE CATÉTER DE GASTROSTOMÍA..... | 339 |
| RETIRADA CATÉTER NEFROSTOMÍA..... | 388 |
| MICROBIOLOGÍA | |
| BIOLOGÍA MOLECULAR..... | 94 |
| CULTIVOS GRALS. MICOL Y ANAER..... | 14 |
| HEMOCULTIVOS..... | 13 |
| INMUNOLOGÍA INFECCIOSA..... | 10 |
| MICOBACTERIAS..... | 20 |
| UROCULTIVOS, COPROC, Y PARAS..... | 5 |
| VIROLOGÍA..... | 43 |
| CARDIOLOGÍA | |
| ERGOMETRÍA (PRUEBA DE ESFUERZO)..... | 177 |
| HOLTER..... | 175 |
| ECOCARDIOGRAMA / ESTUDIO E INFORME..... | 108 |
| ECOCARDIOGRAMA STRESS FARMACOLÓGICO..... | 376 |
| ECO TRANSESOFÁGICO..... | 208 |
| ELECTROCARDIOGRAMA..... | 21 |
| ESTUDIO ELECTROFISIOLOGIA (EEF)..... | 892 |

| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | TARIFAS (EUROS) |
|---|-----------------|
| NEUROFISIOLOGÍA | |
| ELECTROENCEFALOGRAMA /SIMPLE | 130 |
| EEC CON PRIVACIÓN DE SUEÑO | 320 |
| ESTUDIO PATOLOGÍA DEL SUEÑO | 385 |
| ELECTROENCEFALOGRAMA CON CUANTIFICACIÓN | 236 |
| EMG ELECTROMIELOGRAFÍA | 155 |
| EMG ESTUDIO DE PLEXO NERVIOSO | 315 |
| POTENCIALES EVOCADOS – EXPLORACIÓN (PEATC) | 194 |
| TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA (INCLUYE FÁRMACO) | |
| DISTONÍA CERVICAL – SESIÓN | 1.577 |
| DISTONÍA CRANEAL – SESIÓN | 264 |
| DISTONÍA EXTREMIDADES – SESIÓN | 607 |
| OTRAS DISTONÍAS SEGMENTARIAS – SESIÓN | 825 |
| INYECCIÓN TOXINA BOTULÍNICA | 496 |
| ANATOMÍA PATOLÓGICA | |
| CITOLOGÍA | 83 |
| BIOPSIA | 183 |
| BIOPSIA HEPÁTICA TRANSYUGULAR | 156 |
| BIOPSIA PREOPERATORIA | 115 |
| BIOPSIA SIMPLE (PARA PIEZA QUIRÚRGICA MAYOR) | 218 |
| BIOPSIA SIMPLE (PARA PIEZA QUIRÚRGICA MENOR) | 140 |
| DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO ELECTRÓNICO | 494 |
| INMUNOFLOURESCENCIA-ESTUDIO | 274 |
| AUTOPSIA / NECROPSIA | 2.714 |
| PRUEBAS FUNCIONALES | |
| CAMPIMETRÍA | 91 |
| NISTAGMOGRAMA | 257 |
| TRATAMIENTO DEL DOLOR | |
| ANESTESIA EPIDURAL | 272 |
| BLOQUEO PUNTOS TRIGGER | 129 |
| CARGA Y/O PRECARGA BOMBA | 129 |
| INFILTRACIÓN SUBCUTÁNEA PLUS ANALGESIA CON PRESENCIA DE ANESTESISTA | 161 |
| TRATAMIENTO DEL DOLOR | 378 |
| PRUEBA DE UNIDAD DEL DOLOR | 176 |
| ENDOSCOPIA | |
| ECOENDOSCOPIA GÁSTRICA | 584 |
| GASTROSCOPIA | 224 |
| GASTROSCOPIA DIAGNÓSTICA | 175 |
| GASTROSCOPIA TERAPÉUTICA | 105 |
| ECOENDOSCOPIA RECTAL | 526 |
| COLONOSCOPIA | 263 |
| COLONOSCOPIA CORTA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA | 140 |
| COLONOSCOPIA LARGA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA | 245 |
| CÁPSULA ENDOSCÓPICA (COSTE DE CÁPSULA APARTE) | 239 |
| CÁPSULA ENDOSCÓPICA | 976 |
| CREP. CONCLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRO/COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA CPRE | 709 |
| DILATACIÓN ESOFÁGICA SESIÓN | 56 |

| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | TARIFAS (EUROS) |
|--|-----------------|
| LASERTERAPIA | |
| TRATAMIENTO CON LÁSER OFTALMOLÓGICO EN RÉGIMEN AMBULATORIO | 114 |
| REPARACIÓN DE RETINA CON LÁSER | 352 |
| LASERTERAPIA EN MALFORMACIONES VASCULARES CONGÉNITAS | 181 |
| SESIÓN PUVA | 103 |
| REHABILITACIÓN (POR SESIÓN) | 18 |
| ACTIVIDADES Y SERVICIOS DE HEMOTERAPIA Y TRANSFUSIÓN | |
| <i>COMPONENTES SANGUÍNEOS</i> | |
| SANGRE TOTAL PARA TRANSFUNDIR | 95 |
| SANGRE TOTAL CPD – ADENINA | 110 |
| CONCENTRADO DE HEMATÍES CPD – ADENINA | 140 |
| AUTOTRANSFUSIÓN | 124 |
| CONCENTRADO DE HEMATÍES FILTRADO | 140 |
| POOL DE PLAQUETAS FILTRADO | 350 |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS DE AFÉRESIS | 400 |
| POOL DE PLAQUETAS INACTIVADO | 319 |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS DE AFÉRESIS INACTIVADAS | 344 |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS CONGELADAS | 450 |
| UNIDAD DE BUFFY-COAT | 15 |
| PLASMA FRESCO CONGELADO INACTIVADO CON AZUL DE METILENO | 50 |
| PLASMA FRESCO CONGELADO CUARENTENADO | 48 |
| PLASMA FRESCO DEFICIENTE EN IgA | 70 |
| UNIDAD DE SANGRE CORDÓN UMBILICAL PARA INVESTIGACIÓN | 20 |
| <i>SUPLEMENTOS DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS</i> | |
| LAVADO | 108 |
| FILTRADO | 53 |
| IRRADIACIÓN | 27 |
| FENOTIPO ERITROCITARIO | 32 |
| FENOTIPO PLAQUETARIO | 120 |
| CONGELACIÓN DE HEMATÍES | 137 |
| <i>ANALÍTICA DE INMUNOHEMATOLOGÍA</i> | |
| GRUPO ABO Y RH | 14 |
| ESTUDIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES PARA TRASFUNDIR | 35 |
| FENOTIPO RH | 20 |
| FENOTIPO EXTENDIDO (SEROLOGÍA) | 80 |
| GENOTIPO DE ANTÍGENOS ERITROCITARIOS (TÉCNICA MICROARRAYS) | 200 |
| PRUEBA DIRECTA AGH (COOMBS DIRECTO) | 53 |
| ESTUDIO DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE | 113 |
| ESTUDIO ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS | 126 |
| ESTUDIO ANTICUERPOS ANTILEUCOCITARIOS | 126 |
| TIPAJE DE ANTÍGENOS PLAQUETARIOS | 105 |
| TIPAJE DE ANTÍGENOS LEUCOCITARIOS | 105 |
| <i>ANALÍTICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS</i> | |
| DETERMINACIÓN ANTICUERPOS ANTI-VIH | 12 |
| DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-HCV | 14 |
| DETERMINACIÓN DE Ag HBs | 11 |
| CONFIRMATORIO ANTI-VIH (BLOT) | 57 |

| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | TARIFAS (EUROS) |
|--|-----------------|
| CONFIRMATORIO ANTI-HCV (BLOT) | 65 |
| NAT PARA VIH | 31 |
| NAT PARA HCV | 30 |
| NAT PARA HBV | 34 |
| NAT VHC+VIH+VHB EN POOL | 117 |
| ANTICORE | 14 |
| ANTI S | 15 |
| ANTI E | 15 |
| ANTÍGENO E | 15 |
| DETERMINACIÓN ANTICUERPOS ANTI-CMV | 14 |
| TEST REAGÍNICO PARA LA SÍFILIS | 9 |
| TEST CONFIRMATORIO PARA SÍFILIS TPHA | 18 |
| ANTICUERPOS ANTI T CRUZI | 20 |
| ANTICUERPOS MALARIA | 20 |
| <i>PRUEBAS ANALÍTICAS DE BIOLOGÍA MOLECULAR</i> | |
| TIPAJE HLA BAJA RESOLUCIÓN CLASE II(A+B+C) | 153 |
| TIPAJE HLA BAJA RESOLUCIÓN CLASE II(A o B o C) | 48 |
| TIPAJE HLA BAJA RESOLUCIÓN CLASE II (DRB1 + DBR3/4/5) | 138 |
| TIPAJE HLA BAJA RESOLUCIÓN CLASE II (DRB1 + DBR3/4/5 + DQB1) | 125 |
| TIPAJE HLA BAJA RESOLUCIÓN CLASE II (DQA1 + DQB1) | 65 |
| HLA ALTA RESOLUCIÓN CLASE I (A+B+C) | 275 |
| HLA ALTA RESOLUCIÓN CLASE II (DRB1 + DBR3/4/5 + DQB1) | 280 |
| HLA ALTA RESOLUCIÓN POR SERIE ALÉLICA (A o B o C o DRB1 o 3/4/5 o DQB1) | 143 |
| PRUEBA CRUZADA LINFOCITARIA | 20 |
| ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS ANTI HLA | 125 |
| ICA | 34 |
| CUANTIFICACIÓN CÉLULAS CD-34 | 55 |
| HIBRIDACIÓN CROMOSÓMICA (FISH) | 88 |
| CICLO CELULAR | 52 |
| QUIMERISMO POST-TMO | 115 |
| REORDENAMIENTO CLONAL SOBRE DNA | 74 |
| REORDENAMIENTO CLONAL SOBRE RNA | 108 |
| SECUENCIACIÓN AUTOMÁTICA DE PRODUCTOS DE PCR O CLONES | 41 |
| INMUNOFENOTIPO EN LEUCEMIAS AGUDAS Y LINFOMAS | 190 |
| ENVÍO MUESTRAS DE SANGRE DE DONANTES DE MÉDULA ÓSEA/DNA UNIDADES DE CORDÓN | 65 |
| DETERMINACIÓN CUANTITATIVA DE ENFERMEDAD RESIDUAL | 176 |
| RECUENTO ABSOLUTO DE LEUCOCITOS | 17 |
| <i>PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ESPECÍFICAS</i> | |
| ELASTOMETRÍA DE TRANSICIÓN | 211 |
| MEDICIÓN DE NIVELES FARMACOLÓGICOS EN SANGRE | 106 |
| <i>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS</i> | |
| CULTIVO: BACTERIOLÓGICO, MICOLÓGICO | 21 |
| IDENTIFICACIÓN MICROORGANISMOS | 63 |
| TEST DE RESISTENCIA | 211 |
| RECUENTO CELULAR | 106 |
| ANTIBIOGRAMA | 63 |
| CARGA VIRAL | 79 |
| OTROS ESTUDIOS INMUNOLÓGICOS | 21 |

| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | TARIFAS (EUROS) |
|---|-----------------|
| <i>LABORATORIO – HEMATOLOGÍA (POR CADA DETERMINACIÓN)</i> | |
| PRUEBAS DE BIOLOGÍA MOLECULAR | 323 |
| PRUEBAS DE COAGULACIÓN | 14 |
| PRUEBAS DE HEMATOLOGÍA | 4 |
| PRUEBAS DE SERIE BLANCA | 89 |
| PRUEBAS DE SERIE ROJA | 73 |
| PRUEBAS DE URGENCIA | 7 |
| FENOBARBITAL | 15 |
| DIFERIL HIDANTOMIA | 15 |
| CARBAMAZEPINA | 15 |
| DIGOXINA | 17 |
| TEOFILINA | 15 |
| BARBITÚRICOS | 6 |
| OSMOLARIDAD | 11 |
| PRUEBAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS, DETERMINACIONES HORMONAS Y ALERGIAS | 8 |
| PRUEBAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS, DETERMINACIONES DE BIOQUÍMICA | 1 |
| PRUEBAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS, DETERMINACIONES MANUALES Y LÍPIDOS | 2 |
| PRUEBAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS, DETERMINACIONES PROTEÍNAS | 17 |
| PRUEBAS DE ANÁLISIS CLÍNICOS, DETERMINACIONES ORINAS | 2 |
| BENZODIACEPINAS | 6 |
| CLOZAPINA | 52 |
| COCAÍNA Y METABOLITOS | 5 |
| DIAZEPAM | 23 |
| DOPAMINA | 14 |
| PRUEBA DE ALCOHOLEMIA (ETANOL) | 117 |
| TEST DEL ALIENTO HELICOBACTER PYLORI | 54 |
| CONSULTA DE SINTROM | 122 |
| <i>ANALÍTICAS BÁSICAS</i> | |
| ANALÍTICA BÁSICA (HEMOGRAMA, BIOQUÍMICA Y ORINA) | 55 |
| ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO Y/O PARASITOLÓGICO BÁSICO | 15 |
| ANTIBIOGRAMA | 29 |
| DETERMINACIÓN ANALÍTICA POR PCR | 94 |
| HEPATITIS A, B o C | 76 |
| HEPATITIS B COMPLETO | 235 |
| HEPATITIS C COMPLETO | 119 |
| HIV | 76 |
| HIV COMPLETO | 119 |
| PERFIL BIOQUÍMICO BÁSICO | 141 |
| UNIDAD ANALÍTICA | 20 |
| TEST DE ALCOHOLEMIA | 72 |
| DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN ORINA | 59 |
| CONFIRMACIÓN ANALÍTICA DE DROGAS | 141 |

2. Tarifas para el reembolso de prestaciones sanitarias que requieren autorización previa

| HOSPITALIZACIÓN | TARIFAS (EUROS) |
|---|-----------------|
| HOSPITAL GENERAL | |
| POR DÍA DE ESTANCIA EN PLANTA | 482 |
| POR DÍA DE ESTANCIA EN UVI | 1.567 |
| HOSPITALIZACIÓN UNIDAD DE PSIQUIATRÍA | |
| POR DÍA DE ESTANCIA | 234 |
| HOSPITALIZACIÓN DE DÍA | |
| SESIÓN QUIMIOTERAPIA (CON MEDIACIÓN INCLUIDA) | 765 |
| SESIÓN QUIMIOTERAPIA (SIN COSTE DE LA MEDICACIÓN QUE SE FACTURARA APARTE) | 151 |
| QUIMIOTERAPIA | |
| QUIMIOTERAPIA SESIÓN (COSTE DEL FÁRMACO APARTE) | 151 |
| SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA | 511 |
| SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA HEMATOLÓGICA | 765 |
| BRAQUITERAPIA | |
| APLICACIÓN DE BR. INTERSTICIAL (BOOST) DE MAMA ALTA | 712 |
| APLICACIÓN DE BR. CERVIX Y E. NO OPERADO | 815 |
| APLICACIÓN DE BR. HEÑIDO Y C. OPERADO | 858 |
| BRAQUITERAPIA OFTÁLMICA | 8.475 |
| BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA | 12.172 |
| BRAQUITERAPIA EN OTRAS LOCALIZACIONES | 827 |
| BRAQUITERAPIA CONSULTA | 134 |
| BRAQUITERAPIA PLANIFICACIÓN | 447 |
| PLANIFICACIONES SUCESIVAS | 224 |
| SESIÓN | 1.117 |
| BRAQUITERAPIA NIVEL I | 600 |
| BRAQUITERAPIA NIVEL II | 3.600 |
| BRAQUITERAPIA NIVEL III | 8.700 |
| RADIOTERAPIA | |
| RADIOTERAPIA (TRATAMIENTO COMPLETO) | 2.645 |
| RADIOTERAPIA SOLO CONSULTA | 134 |
| RADIOTERAPIA PALIATIVA SENCILLA NIVEL I | 833 |
| RADIOTERAPIA PALIATIVA COMPLEJA NIVEL II | 1.753 |
| RT ADYUVANTE NIVEL III | 3.099 |
| RT RADICAL NIVEL IV | 3.453 |
| RT COMPLEJA Y TRATAMIENTOS ESPECIALES NIVEL V | 7.500 |
| SESIÓN – CAMPO DE RADIOTERAPIA SUPERFICIAL | 24 |
| SESIÓN – CAMPO DE RADIOTERAPIA PROFUNDA | 64 |
| FISIOTERAPIA – REHABILITACIÓN | |
| SESIÓN NO NEUROLÓGICA | 22 |
| SESIÓN NEUROLÓGICA | 34 |
| SESIÓN DE REHABILITACIÓN | 78 |
| SESIÓN DE ELECTROTERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE | 163 |
| SESIÓN DE CINESITERAPIA COLOPROCTOLÓGICA | 125 |
| SESIÓN BIOFEEDBACK | 198 |
| AEROSOLTERAPIA (SESIÓN) | 23 |

| HOSPITALIZACIÓN | TARIFAS (EUROS) |
|--|--------------------|
| ESTUDIOS GENÉTICOS | |
| CARIOTIPO EN SANGRE | 210 |
| CARIOTIPOS DE LIQUIDO AMNIÓTICO | 334 |
| CARIOTIPOS DE BIOPSIA | 620 |
| CARIOTIPOS DE TEJIDOS | 351 |
| CARIOTIPOS DE MÉDULA ÓSEA | 257 |
| PROTOCOLO LIG. AMNIÓTICO (CULTIVO Y BIOQUÍMICA) | 556 |
| MEDICINA NUCLEAR | |
| SHUNT | 7.873 |
| SESIÓN DE ACELERADOR LINEAL | 43 |
| SPEC CEREBRAL CON ANESTESIA GENERAL | 510 |
| SPECT MIOCÁRDICO | 283 |
| TOMOGRFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET-TAC) | 1.143 |
| PET CORPORAL | 1.012 |
| PET CRANEAL | 803 |
| RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA | |
| RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA PARA TUMORES CEREBRALES Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO | 7.653 |
| RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS | 9.450 |
| PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS | 807 |
| ANGIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA | 1.331 |
| ANGIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA MEDULAR | 2.315 |
| ANGIOPLASTIA | 6.605 |
| ANGIOPLASTIA MM.II. DISTAL | 2.169 |
| ANGIOPLASTIA MMSS HUMERAL | 2.603 |
| ANGIOPLASTIA RENAL | 2.841 |
| ANGIOPLASTIA DIAGNÓSTICA | 1.410 |
| ANGIOPLASTIA TERAPÉUTICA | 5.684 |
| ANGIOPLASTIA MIXTA | 6.344 |
| ATEROTOMÍA (HEMODINÁMICA) | 4.771 |
| ARTERIOGRAFÍA | 893 |
| BIOPSIA HEPÁTICA | 916 |
| BIOPSIA DIGESTIVA | 322 |
| CAMBIO DE CATÉTER DE GASTROSTOMÍA | 711 |
| CAMBIO DE CATÉTER DE NEFROSTOMÍA | 380 |
| CAVOGRAFÍA | 747 |
| COLANGIOGRAFÍA TRANSPARIETOHEPÁTICA | 774 |
| COLOCACIÓN CATÉTER HICKMAN | 930 |
| COLOCACIÓN CATÉTER INFUSIÓN RENAL | 632 |
| COLOCACIÓN CATÉTER VENOSO | 1.064 |
| COLOCACIÓN FILTRO CAVA VÍA FEMORAL | 2.618 |
| COLOCACIÓN STENT LACRIMONASAL | 3.372 |
| CONTROL CATÉTER HICKMAN | 418 |
| CONTROL CATÉTER RESERVORIO | 354 |
| CONTROL DE FIBRINÓLISIS | 618 |
| CONTROL DRENAJE BILIAR-ENDOPRÓTESIS | 488 |
| CONTROL GASTROSTOMÍA | 395 |
| CONTROL NEFROSTOMÍA | 376 |
| CONTROL SHUNT PORTO CAVA | 1.021 |
| DACRIOCISTOGRAFÍA | 3.308 |
| DILATACIÓN BILIAR | 1.273 |

| HOSPITALIZACIÓN | TARIFAS (EUROS) |
|--|--------------------|
| DILATACIÓN DE ESÓFAGO PÉPTICO | 1.776 |
| DRENAJE BILIAR INTERNO/EXTERNO. | 810 |
| EMBOLIZACIÓN. MALFORMACIÓN A.V.C. | 2.440 |
| EMBOLIZACIÓN ANEURISMA CEREBRAL | 16.733 |
| EMBOLIZACIÓN BRONQUIALES | 1.916 |
| EMBOLIZACIÓN CARÓTIDA EXTERNA. | 2.266 |
| EMBOLIZACIÓN ESPERMÁTICA | 1.161 |
| EMBOLIZACIÓN ESPLÉNICA | 1.744 |
| EMBOLIZACIÓN MALFORMACIÓN | 2.224 |
| EMBOLIZACIÓN TRACTO DIGESTIVO | 1.975 |
| EMBOLIZACIÓN HEPÁTICA | 2.682 |
| ENDOPRÓTESIS CAVA O VENA PERIFÉRICA | 2.668 |
| ENDOPRÓTESIS COLON. | 3.450 |
| ENDOPRÓTESIS ARTERIAL MMI. | 2.916 |
| ENDOPRÓTESIS BILIAR. | 3.033 |
| ENDOPRÓTESIS CUBIERTA MM. | 2.086 |
| ENDOPRÓTESIS URÉTER. | 2.894 |
| ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN | 1.289 |
| ESTUDIO DIAGNÓSTICO SANGRANTE | 1.069 |
| ESTUDIO HEMODINÁMICA PRENTG (HIPERTENSIÓN PORTAL). | 1.064 |
| ESTUDIO HEMODINÁMICA PULMONAR. | 462 |
| EXTRACCIÓN FILTRO CAVA | 1.515 |
| FIBRINÓLISIS ARTERIAL MM. | 1.954 |
| FIBRINÓLISIS BY PASS | 1.997 |
| FIBRINÓLISIS ENDOPRÓTESIS. | 3.770 |
| FIBRINÓLISIS VENOSA MM.II. | 462 |
| GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA. | 899 |
| NEFROSTOMÍA | 1.206 |
| RASTREO VENOSO SUPRARRENAL | 630 |
| SHUNT PORTO CAVA | 7.714 |
| SHUNT PORTO CAVA PERCUTÁNEO | 6.925 |
| ULTRASONIDO INTRAVASCULAR. | 1.614 |
| EMBOLIZACIÓN ARTERIA HIPOGÁSTRICA | 2.490 |
| ENDOPRÓTESIS AORTA | 2.698 |
| EMBOLIZACIÓN VARICES ESOFÁGICAS | 2.092 |
| INTENTO SHUNT PORTO CAVA. | 3.279 |
| CONTROL EMBOLIZACIÓN TRACTO DIGESTIVO (SANGRÍA) | 1.348 |
| EMBOLIZACIÓN A. PULMONAR. | 1.917 |
| ANGIOP. ATER. FÍSTULA ARTERIOVEN. | 2.332 |
| EMBOLIZACIÓN TUMORAL | 1.648 |
| EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO RXVI | 1.703 |
| VALVULOPLASTIA. | 4.914 |
| CORONARIOGRAFÍA + ACTP. | 3.309 |
| CORONARIOGRAFÍA + ACTP + ATRECTOMÍA. | 6.321 |
| CORONARIOGRAFÍA + ACTP + ATRECTOMÍA + STENT | 9.834 |
| CORONARIOGRAFÍA + ACTP + STENT. | 7.823 |
| CIRUGÍA CARDIACA INFANTIL | |
| VÁLVULAS CARDIACAS CON CATETERISMO | 16.785 |
| VÁLVULAS CARDIACAS SIN CATETERISMO | 13.307 |
| PROCED. CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC | 10.675 |
| PROCED. CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC | 7.600 |

| HOSPITALIZACIÓN | TARIFAS (EUROS) |
|---|-----------------|
| CIRUGÍA TORÁCICA | |
| TORACOTOMÍA..... | 5.421 |
| ESTERNOTOMÍA..... | 1.960 |
| TORACOSCOPIA + TALCAJE..... | 553 |
| DRENAJE PLEURAL..... | 237 |
| TRAQUEOTOMÍA..... | 358 |
| TERAPIA FOTODINÁMICA..... | 1.777 |
| ACTIVIDADES Y SERVICIOS DE HEMOTERAPIA Y TRANSFUSIÓN | |
| UNIDAD DE SANGRE CORDÓN UMBILICAL..... | 21.000 |
| CRIOPRESERVACIÓN CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS..... | 350 |
| DIAGNÓSTICO GENÉTICO MOLECULAR..... | 475 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|--|--|-----------------|
| PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE | | |
| 00.50 | TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN (MARCAPASO)..... | 14.224 |
| 00.6 | ACTP O AITP O ACETP..... | 2.259 |
| 00.6 | ACTP + ATERECTOMÍA..... | 5.271 |
| 00.6 | ACTP + ATERECTOMÍA + STENT..... | 8.784 |
| 00.6 | ACTP + STENT O AITP O ACETP..... | 5.773 |
| 00.6 | ATERECTOMÍA, FILTROS DE CAVA..... | 3.066 |
| 00.61 | ANGIOPLASTIAS, EMBOLIZACIONES, ACCESOS VENOSOS CENTRALES Y EXTRACCIONES DE CUERPOS EXTRAÑOS INTRAVASCULARES..... | 2.618 |
| OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO | | |
| 01.13 | BIOPSIA CEREBRAL ESTEREOTÁCTICA..... | 1.331 |
| 01.14 | BIOPSIA CEREBRAL..... | 154 |
| 01.24 | CRANEOTOMÍA..... | 1.377 |
| 01.24 | CRANEOTOMÍA FOSA POSTERIOR..... | 2.456 |
| 03.01 | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO ESPINAL..... | 1.473 |
| 03.09 | OTRA EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CONDUCTO ESPINAL..... | 3.024 |
| 03.09 | HEMILAMINECTOMÍA..... | 761 |
| 03.09 | LAMINECTOMÍA..... | 625 |
| 03.09 | LAMINECTOMÍA CERVICAL..... | 1.432 |
| 04.07 | OTRAS ESCISIONES O EVULSIONES DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS SIN CC..... | 1.078 |
| 04.43 | LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO..... | 693 |
| 04.44 | LIBERACIÓN DE TÚNEL TARSAL..... | 983 |
| 04.49 | OTRA DECOMPRESIÓN O LISIS DE ADHERENCIA DE NERVIOS O GANGLIO PERIFÉRICO..... | 700 |
| 04.92 | IMPLANTACIÓN SISTEMA COMPLETO NEUROESTIMULACIÓN..... | 721 |
| OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA ENDOCRINO | | |
| 06 | PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES..... | 1.500 |
| 06 | PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES..... | 1.100 |
| 06.3 | TIROIDECTOMÍA PARCIAL..... | 1.346 |
| 06.4 | TIROIDECTOMÍA TOTAL..... | 1.617 |
| 06.7 | EXTIRPACIÓN DE CONDUCTO TIROGLOSO..... | 854 |
| 06.81 | PARATIROIDECTOMÍA TOTAL..... | 1.475 |
| 06.89 | OTRA PARATIROIDECTOMÍA..... | 1.475 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|---------------------------------|--|-----------------|
| OPERACIONES SOBRE EL OJO | | |
| 08 | PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD>17..... | 804 |
| 08 | PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD<18..... | 601 |
| 08.20 | ELIMINACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADO, N. E. O. M..... | 341 |
| 08.21 | ESCISIÓN DE CHALAZIÓN..... | 303 |
| 08.22 | ESCISIÓN DE OTRA LESIÓN MENOR DE PÁRPADO..... | 341 |
| 08.32 | REPARACIÓN DE BLEFAROPTOSIS POR TÉCNICA DEL MÚSCULO FRONTAL CON SUSPENSIÓN FACIAL..... | 1.061 |
| 08.33 | REPARACIÓN DE BLEFAROPTOSIS POR RESECCIÓN O AVANCE DE MÚSCULO ELEVADOR O APONEUROSIS..... | 1.061 |
| 08.36 | REPARACIÓN DE BLEFAROPTOSIS POR OTRAS TÉCNICAS..... | 340 |
| 08.38 | CORRECCIÓN DE RETRACCIÓN DEL PÁRPADO..... | 1.061 |
| 08.4 | REPARACIÓN ENTROPIÓN O ENTROPIÓN..... | 261 |
| 08.44 | REPARACIÓN DE ENTROPIÓN O ECTROPIÓN CON RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO..... | 846 |
| 08.49 | OTRA REPARACIÓN DE ENTROPIÓN O ECTROPIÓN..... | 786 |
| 08.59 | OTRO AJUSTE DE POSICIÓN DE PÁRPADO NEOM..... | 1.061 |
| 08.61 | RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL..... | 1.205 |
| 08.64 | RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL..... | 1.205 |
| 08.89 | OTRA REPARACIÓN DE PÁRPADO..... | 786 |
| 09.2 | ESCISIÓN LESIÓN GLÁNDULA LACRIMAL..... | 244 |
| 09.81 | DACRIOCISTORINOSTOMÍA (DCR)..... | 939 |
| 09.82 | CONJUNTIVOCISTORINOSTOMÍA..... | 786 |
| 10.31 | ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CONJUNTIVA..... | 616 |
| 10.4 | CONJUNTIVOPLASTIA..... | 256 |
| 10.41 | REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO LIBRE..... | 616 |
| 10.42 | RECONSTRUCCIÓN DE FONDO DE SACO CONJUNTIVAL CON INJERTO LIBRE..... | 616 |
| 10.44 | OTRO INJERTO LIBRE A LA CONJUNTIVA..... | 704 |
| 10.99 | OTRA OPERACIÓN SOBRE CONJUNTIVA NCOC..... | 616 |
| 11 | PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS Y CRISTALINO..... | 1.024 |
| 11.39 | OTRA ESCISIÓN DE PTERIGIÓN / ESCISIÓN DE PTERIGIÓN..... | 412 |
| 11.52 | REPARACIÓN DE DEHISCENCIA DE HERIDA POSTOPERATORIA DE CÓRNEA..... | 704 |
| 11.99 | OTRA OPERACIÓN SOBRE CÓRNEA NCOC..... | 616 |
| 12 | PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS..... | 873 |
| 12.53 | GONIOTOMÍA CON GONIOPUNTURA..... | 832 |
| 12.59 | OTRA FACILITACIÓN DE LA CIRCULACIÓN INTRAOCULAR..... | 832 |
| 12.64 | TRABECULECTOMÍA DESDE EL EXTERIOR..... | 1.356 |
| 12.65 | OTRA FISTULIZACIÓN ESCLERAL CON IRIDECTOMÍA..... | 1.356 |
| 12.79 | OTROS PROCEDIMIENTOS DE GLAUCOMA..... | 789 |
| 13 | PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMÍA..... | 988 |
| 13.2 | EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR CRISTALINO, TÉCNICA EXTRACCIÓN LÍNEA..... | 967 |
| 13.3 | EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR CRISTALINO, TÉCNICA SIMPLE ASPIRACIÓN E IRRIGACIÓN SIMPLE..... | 967 |
| 13.8 | EXTRACCIÓN DE CRISTALINO IMPLANTADO..... | 967 |
| 13.19 | OTRA EXTRACCIÓN INTRACAPSULAR DE CRISTALINO..... | 967 |
| 13.41 | FACOEMULSIFICACIÓN Y ASPIRACIÓN DE CATARATA/CATARATAS/INSERCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO..... | 977 |
| 13.59 | OTRA EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO..... | 821 |
| 13.64 | DISECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUÉS DE CATARATA)..... | 693 |
| 13.66 | FRAGMENTACIÓN MECÁNICA MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUÉS DE CATARATA)..... | 784 |
| 13.69 | OTRA EXTRACCIÓN DE CATARATA / CATARATAS/INSERCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO..... | 809 |
| 13.71 | CATARATAS/INSERCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO..... | 821 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|-------|--|-----------------|
| 13.72 | INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS DE CRISTALINO INTRAOCULAR. | 967 |
| 13.90 | OPERACIÓN SOBRE CRISTALINO, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO. | 967 |
| 13.91 | IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS TELESCÓPICA INTRAOCULAR. | 967 |
| 14 | PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA. | 1.140 |
| 14.22 | DESTRUCCIÓN DE LESIÓN CORIORRETINAL POR CRIOTERAPIA | 967 |
| 14.24 | DESTRUCCIÓN LESIÓN CORIORRETINAL POR FOTOCOAGULACIÓN CON LÁSER | 967 |
| 14.52 | OTRA REPARACIÓN DE DESPRENDIMIENTO RETINAL CON CRIOTERAPIA. | 335 |
| 14.27 | DESTRUCCIÓN LESIÓN CORIORRETINAL POR IMPLANTACIÓN FUENTE DE RADIACIÓN | 967 |
| 14.41 | INDENTACIÓN ESCLERAL CON IMPLANTACIÓN. | 1.300 |
| 14.49 | OTRA INDENTACIÓN ESCLERAL. | 1.300 |
| 14.6 | EXTRACCIÓN MATERIAL QUIRÚRGICAMENTE IMPLANTADO, SEGMENTO POSTERIOR OJO | 967 |
| 14.71 | EXTRACCIÓN DE CUERPO VÍTREO, ACCESO ANTERIOR. | 848 |
| 14.72 | OTRA EXTRACCIÓN DEL CUERPO VÍTREO | 848 |
| 14.73 | VITRECTOMÍA MECÁNICA POR ACCESO ANTERIOR | 848 |
| 14.74 | OTRA VITRECTOMÍA MECÁNICA. | 1.085 |
| 14.75 | INYECCIÓN DE SUSTITUTO VÍTREO (INCLUIDA FARMACOLOGÍA) | 307 |
| 14.79 | OTRAS OPERACIONES SOBRE EL CUERPO VÍTREO | 1.600 |
| 14.9 | OTRAS OPERACIONES SOBRE RETINA, COROIDES Y CÁMARA POSTERIOR. | 1.085 |
| 15.3 | OPERACIONES S/DOS O MÁS MÚSCULOS EXTRAOCULARES C/ DESPRENDIMIENTO TEMPORAL GLOBO, UNO O AMBOS OJOS. | 1.085 |
| 15.4 | OTRAS OPERACIONES S/DOS O MÁS MÚSCULOS EXTRAOCULARES, UNO O AMBOS OJOS | 1.046 |
| 15.7 | REPARACIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO EXTRAOCULAR. | 1.046 |
| 15.9 | OTRAS OPERACIONES SOBRE MÚSCULOS Y TENDONES EXTRAOCULARES / ESTRABISMO/ OPERACIONES SOBRE MÚSCULOS EXTRA-OCULARES. | 810 |
| 16 | PROCEDIMIENTOS SOBRE ÓRBITA. | 1.650 |
| 16.0 | OPERACIONES SOBRE ÓRBITA Y GLOBO. | 307 |
| 16.09 | OTRA ORBITOTOMÍA | 1.220 |
| 16.89 | OTRA REPARACIÓN DE LESIÓN DE GLOBO O DE ÓRBITA | 1.220 |
| 16.92 | ESCISIÓN DE LESIÓN DE ÓRBITA | 1.220 |
| | OPERACIONES SOBRE EL OÍDO | |
| 18.21 | ESCISIÓN DE SENO PREAURICULAR | 1.047 |
| 18.29 | EXTIRPACIÓN DE QUISTE RETROAURICULAR. | 139 |
| 18.39 | OTRA ESCISIÓN DEL OÍDO EXTERNO NCOC | 721 |
| 18.5 | CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE PABELLÓN AURICULAR PROMINENTE. | 1.046 |
| 18.79 | OTRA REPARACIÓN PLÁSTICA DE OÍDO EXTERNO | 847 |
| 18.9 | OTRAS OPERACIONES SOBRE EL OÍDO EXTERNO | 721 |
| 19.1 | ESTAPEDECTOMÍA. | 662 |
| 19.3 | OTRAS OPERACIONES SOBRE LA CADENA OSICULAR | 1.154 |
| 19.4 | MIRINGOPLASTIA. | 1.154 |
| 19.6 | REVISIÓN DE TIMPANOPLASTIA. | 1.154 |
| 20.01 | MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO 606/MIRINGOPLASTIA. DRENAJE TRANSTIMPÁNICO. | 423 |
| 20.01 | MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17. | 1.007 |
| 20.01 | MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18. | 604 |
| 20.09 | OTRA MIRINGOTOMÍA 606 / MIRINGOPLASTIA. DRENAJE TRANSTIMPÁNICO | 423 |
| 20.51 | ESCISIÓN DE LESIÓN DE OÍDO MEDIO | 742 |
| 20.7 | INCISIÓN, ESCISIÓN Y DESTRUCCIÓN DEL OÍDO INTERNO | 742 |
| 20.95 | IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS AUDITIVA ELECTROMAGNÉTICA. | 1.013 |
| 20.96 | INTERV. QUIRÚRGICA IMPLANTE COCLEAR. | 1.031 |
| | OPERACIONES SOBRE LA NARIZ, BOCA Y FARINGE | |
| 21.30 | POLIPECTOMÍA NASAL CON BIOPSIA | 398 |
| 21.32 | POLIPECTOMÍA NASAL CON BIOPSIA | 398 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|-------|--|-----------------|
| 21.5 | RESECCIÓN SUBMUCOSA DEL TABIQUE NASAL | 818 |
| 21.6 | TURBINECTOMÍA | 387 |
| 21.61 | TURBINECTOMÍA POR DIATERMIA O CRIOCIRUGÍA | 536 |
| 21.69 | OTRA TURBINECTOMÍA | 536 |
| 21.87 | OTRA RINOPLASTIA | 1.062 |
| 21.88 | OTRA SEPTOPLASTIA / TABIQUE NASAL DESVIADO/SEPTOPLASTIA | 773 |
| 22.9 | OTRAS OPERACIONES SOBRE SENOS NASALES (PARANASALES) | 709 |
| 23.1 | EXTRACCIÓN DE CORDALES/EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DENTAL, CON SEDACIÓN | 290 |
| 23.11 | RESTOS RADICULARES / EXTRACCIÓN DE RAÍZ RESIDUAL | 144 |
| 23.19 | OTRA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTE / CANINOS INCLUIDOS | 286 |
| 23.73 | APICECTOMÍA | 143 |
| 24 | TRAST. DENTALES Y BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES Y REPOSICIONES EDAD <18 | 1.137 |
| 24.2 | GINGIVOPLASTIA | 550 |
| 24.3 | OTRAS OPERACIONES SOBRE ENCÍAS | 426 |
| 24.4 | ESCISIÓN DE LESIÓN DE MAXILAR, DE ORIGEN DENTARIO | 467 |
| 25.1 | ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LENGUA | 550 |
| 25.2 | GLOSECTOMÍA PARCIAL | 550 |
| 25.91 | FRENOTOMÍA LINGUAL | 550 |
| 25.92 | FRENECTOMÍA LINGUAL / FRENOTOMÍA | 377 |
| 26.0 | INCISIÓN GLÁNDULAS O CONDUCTO SALIVAR | 290 |
| 26.29 | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL | 821 |
| 26.30 | SIALOADENECTOMÍA, N. E. O. M. | 619 |
| 26.31 | SIALOADENECTOMÍA PARCIAL | 821 |
| 26.99 | PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMÍA | 694 |
| 27 | PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA | 1.171 |
| 27 | OTROS DIAGNÓSTICOS DE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD >17 | 1.548 |
| 27 | OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA | 1.682 |
| 27.31 | ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN LESIÓN O TEJIDO DEL PALADAR ÓSEO | 550 |
| 27.4 | PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC | 979 |
| 27.41 | FRENECTOMÍA LABIAL | 341 |
| 27.42 | ESCISIÓN AMPLIA DE LESIÓN DE LABIO | 798 |
| 27.43 | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LABIO | 550 |
| 27.49 | OTRA ESCISIÓN DE BOCA | 550 |
| 27.54 | REPARACIÓN DE LABIO FISURADO | 868 |
| 27.62 | CORRECCIÓN DE PALADAR FISURADO | 868 |
| 27.64 | INSERCIÓN DE IMPLANTE DE PALADAR | 893 |
| 27.69 | OTRA REPARACIÓN PLÁSTICA DE PALADAR | 550 |
| 27.7 | RESECCIÓN PARCIAL PALADAR. UVULOPLASTIA | 398 |
| 27.92 | INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECIFICADA | 977 |
| 28.0 | INCISIÓN Y DRENAJE DE AMÍGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMIGDALINAS | 853 |
| 28.2 | AMIGDELECTOMÍA SIN ADENOIDECTOMÍA | 541 |
| 28.3 | AMIGDELECTOMÍA CON ADENOIDECTOMÍA | 574 |
| 28.6 | ADENOIDECTOMÍA SIN AMIGDALECTOMÍA | 562 |
| 28.99 | OTRAS OPERACIONES SOBRE AMÍGDALAS Y ADENOIDES (CON LÁSER) | 539 |
| 28.99 | PROCED. S. AMÍGDALAS Y ADENOIDES EXCEPTO AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA SOLO, EDAD>17 | 828 |
| 28.99 | PROCED. S. AMÍGDALAS Y ADENOIDES EXCEPTO AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA SOLO, EDAD<18 | 675 |
| 28.99 | PROCED. S. AMÍGDALAS Y ADENOIDES EXCEPTO AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA SOLO, EDAD>17 | 831 |
| 28.99 | PROCED. S. AMÍGDALAS Y ADENOIDES EXCEPTO AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA SOLO, EDAD<18 | 713 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|--|---|-----------------|
| 29.2 | ESCISIÓN DE QUISTE O VESTIGIO DE HENDIDURA BRANQUIAL | 1.415 |
| 26.21 | DRENAJE (ABSCESO) | 360 |
| 26.29 | QUISTECTOMÍA | 646 |
| 29.39 | OTRA ESCISIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LA FARINGE | 445 |
| 29.52 | CIERRE DE FÍSTULA DE HENDIDURA BRANQUIAL | 1.099 |
| 26.99 | PAROTIDECTOMÍA | 934 |
| OPERACIONES SOBRE EL APARATO RESPIRATORIO | | |
| 30.09 | OTRA ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LARINGE / ESCISIÓN O RESECCIÓN LESIÓN O TEJIDO DE LARINGE. | 612 |
| 30.22 | CORDECTOMÍA VOCAL | 1.013 |
| 31.3 | OTRA INCISIÓN DE LARINGE O TRAQUEA | 1.000 |
| 31.42 | LARINGOSCOPIA Y OTRA TRAQUEOTOMÍA | 463 |
| 33 | OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC | 3.155 |
| 31.69 | COLOCACIÓN DE PRÓTESIS EN VÍAS RESPIRATORIAS | 3.012 |
| 31.7 | COLOCACIÓN DE PRÓTESIS TRAQUEOBRONQUIAL | 2.217 |
| 33 | BIOPSIA (NEUMOLOGÍA) | 302 |
| OPERACIONES SOBRE EL APARATO CARDIOVASCULAR | | |
| 35.20 | REC. VALVULAR MITRO-CÓRTICO | 12.770 |
| 35.22 | RECAMBIO VALVULAR CÓRTICO | 7.834 |
| 35.24 | RECAMBIO VÁLVULA MITRAL | 12.775 |
| 36.03 | ENDARTERECTOMÍA CARÓTIDA | 1.441 |
| 36.10 | BY PASS AORTO CORONARIO | 8.145 |
| 37.23 | TRAST. CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO | 1.150 |
| 37.24 | BIOPSIA ENDOMIOCÁRDICA | 1.456 |
| 37.33 | ABLACIÓN CARDIACA | 5.206 |
| 37.34 | ABLACIÓN DE ARRITMIA CON NAVEGADOR | 9.225 |
| 37.80 | IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. SIN IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SUST. GENERADOR | 5.905 |
| 37.85 | SUSTITUCIÓN CUALQUIER TIPO MARCAPASOS APARATO DE CÁMARA ÚNICA, NO ESPECIFICADO RITMO SENSIBLE | 3.401 |
| 37.86 | SUSTITUCIÓN CUALQUIER TIPO MARCAPASOS CON APAR. CÁMARA ÚNICA, RITMO SENSIBLE | 3.401 |
| 37.87 | SUSTITUCIÓN CUALQUIER TIPO MARCAPASOS CON DISPOSITIVO DE CÁMARA DOBLE | 4.846 |
| 37.89 | REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDIACO EXCEPTO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR | 3.400 |
| 37.89 | REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDIACO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR | 4.158 |
| 38.5 | LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS | 973 |
| 38.50 | LIGADURA Y EXTIRPACIÓN DE V. VARICOSAS SITIO NO ESPECIFICAD | 837 |
| 38.59 | LIGADURA Y EXTIRPACIÓN DE VARICES V. DE MIEMBROS INFERIORES | 1.043 |
| 38.69 | OTRA ESCISIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES | 1.017 |
| 38.89 | OTRA OCLUSIÓN QUIRÚRGICA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES | 1.017 |
| 38.95 | CATETERISMO VENOSO PARA DIÁLISIS RENAL | 661 |
| 39 | OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE APARATO CIRCULATORIO | 1.215 |
| 39 | PROCEDIMIENTOS HEMODINÁMICOS DIAGNÓSTICOS | 2.420 |
| 39 | PROCEDIMIENTOS HEMODINÁMICOS TERAPÉUTICOS | 4.460 |
| 39 | HEMODINÁMICA PORTAL | 904 |
| 39.27 | ARTERIOVENOSTOMÍA PARA DIÁLISIS RENAL / FÍSTULA ARTERIOVENOSA/FAVI | 907 |
| 39.29 | BY PASS FEMORO POPLÍTEO | 1.675 |
| 39.42 | REVISIÓN DE DERIVACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL | 917 |
| 39.43 | EXTRACCIÓN DE DESVIACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL | 1.429 |
| 39.5 | OTRA REPARACIÓN DE VASOS | 2.152 |
| 39.53 | REPARACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA | 1.492 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|--|--|-----------------|
| 39.59 | OTRAS OPERACIONES DE VASO: ARTERIOPLASTIA Y OTROS | 2.152 |
| 39.92 | INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA | 103 |
| 39.95 | HEMODIÁLISIS EN RÉGIMEN AMBULATORIO PACIENTE/MES | 3.610 |
| 39.95 | HEMODIÁLISIS EN RÉGIMEN AMBULATORIO SESIÓN | 251 |
| OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO | | |
| 40.21 | ESCISIÓN DE NÓDULO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO | 1.009 |
| 40.23 | ESCISIÓN DE NÓDULO LINFÁTICO AXILAR | 1.009 |
| 40.29 | ESCISIÓN SIMPLE DE OTRA ESTRUCTURA LINFÁTICA / EXTIRPACIÓN SIMPLE DE OTRA ESTRUCTURA LINFÁTICA | 438 |
| 40.3 | ESCISIÓN DE NÓDULO LINFÁTICO REGIONAL | 1.009 |
| OPERACIONES SOBRE EL APARATO DIGESTIVO | | |
| 42.81 | COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE TUBO DIGESTIVO | 1.255 |
| 42.92 | DILATACIONES ESOFÁGICAS ÚNICAS CON EDER-PUERTO | 729 |
| 43 | OSTOMÍAS PERCUTÁNEAS. SONDA NASOYEYUNAL DE ALIMENTACIÓN ENTERAL | 1.610 |
| 43.1 | GASTROSTOMÍA | 700 |
| 43.11 | SONDA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA | 540 |
| 44.13 | GASTROSCOPIA SIN BIOPSIA | 100 |
| 44.14 | GASTROSCOPIA CON BIOPSIA + INFORME ANATOMOPATOLÓGICO | 150 |
| 44.39 | GASTROENTEROSTOMÍA (PROCED. INTEGRAL. C. BARIÁTRICA) | 4.042 |
| 44.66 | PROC. PARA CREACIÓN DE COMPETENCIA A ESFÍNTER ESOF./GÁSTR. | 1.515 |
| 44.66 | GASTROPLICATURA ENDOSCÓPICA | 2.715 |
| 45.23 | COLONOSTOMÍA SIN BIOPSIA | 190 |
| 45.25 | COLONOSTOMÍA CON BIOPSIA + INFORME ANATOMOPATOLÓGICO | 240 |
| 45.42 | POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA DEL INTESTINO GRUESO | 243 |
| 45.7g | COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA | 2.917 |
| 45.79 | OTRA ESCISIÓN PARCIAL DE INTESTINO GRUESO Y OTRAS NO ESPECIFICADAS | 4.901 |
| 48.35 | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL | 789 |
| 48.5 | RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO | 2.009 |
| 48.6 | OTRA RESECCIÓN DE RECTO | 652 |
| 48.6 | SIGMOIDECTOMÍA+HISTERECTOMÍA | 3.359 |
| 48.7 | REPARACIÓN DE RECTO | 789 |
| 49 | PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMÍA SIN CC | 682 |
| 49.11 | FISTULOTOMÍA ANAL | 789 |
| 49.12 | FISTULECTOMÍA ANAL | 596 |
| 49.3 | EXTIRPACIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN (DESTRUCCIÓN) DE OTRA LESIÓN O TEJIDO DE ANO (FISURA ANAL/FISURECTOMÍA ANAL) | 500 |
| 49.39 | OTRA ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO ANAL | 789 |
| 49.45 | LIGADURA DE HEMORROIDES | 789 |
| 49.46 | ESCISIÓN DE HEMORROIDES / HEMORROIDES/HEMORROIDECTOMÍA | 764 |
| 49.59 | OTRA ESFINTEROTOMÍA ANAL | 844 |
| 49.6 | ESCISIÓN DE ANO | 591 |
| 49.79 | OTRA REPARACIÓN DE ESFÍNTER ANAL | 591 |
| 49.92 | INSERCIÓN O IMPLANTE DE ESTIMULADOR ANAL ELÉCTRICO | 753 |
| 49.99 | OTRA OPERACIÓN SOBRE ANO NCOC | 591 |
| 50.11 | BIOPSIA HEPÁTICA | 567 |
| 50.11 | BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA | 1.629 |
| 50.13 | BIOPSIA HEPÁTICA TRANSYUGULAR | 3.394 |
| 50.94 | EMBOLIZACIÓN HEPÁTICA PARA SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ALCOHOLIZACIÓN) | 3.162 |
| 50.99 | CATETERISMO HEPÁTICO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO | 2.106 |
| 51.10 | COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA CON INSERCIÓN DE STENT | 761 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|--|--|-----------------|
| 51.2 | COLECISTECTOMÍA +VAGOTOMÍA +GASTROENTEROSTOMÍA | 2.255 |
| 51.22 | COLECISTECTOMÍA | 1.337 |
| 51.23 | COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA | 1.337 |
| 51.23 | COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC | 1.523 |
| 51.36 | COLOCACIÓN DRENAJE BILIAR / COLEDOCOENTEROSTOMÍA | 1.591 |
| 51.86 | COLOCACIÓN DE PRÓTESIS COLEDOCO-PANCREÁTICAS | 3.012 |
| 51.88 | EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE CÁLCULOS BILIOPANCREÁTICOS | 1.024 |
| 52.41 | DUODENO PANCREATECTOMÍA | 2.830 |
| 53 | PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC | 1.391 |
| 53 | PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC | 901 |
| 53 | PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC | 1.169 |
| 53 | PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC | 767 |
| 53 | PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18 | 845 |
| 53.0 | REPARACIÓN UNILATERAL DE HERNIA INGUINAL | 844 |
| 53.1 | REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL | 1.020 |
| 53.2 | REPARACIÓN UNILATERAL DE HERNIA CRURAL | 724 |
| 53.3 | REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA CRURAL | 905 |
| 53.4 | REPARACIÓN DE HERNIA UMBILICAL | 910 |
| 53.49 | REPARACIÓN HERNIA UMBILICAL | 740 |
| 53.5 | REPARACIÓN DE OTRA HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR SIN INJERTO NI PRÓTESIS | 910 |
| 53.51 | REPARACIÓN HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) | 878 |
| 53.6 | REPARACIÓN DE OTRA HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR CON INJERTO O PRÓTESIS | 1.092 |
| 54 | OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC | 1.455 |
| 54.3 | ESCISIÓN O ELIMIN. LESIÓN O TEJIDO DE PARED ABDOMINAL U OMBL. | 615 |
| 54.11 | LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA | 839 |
| 54.19 | OTRA LAPAROTOMÍA | 727 |
| 54.21 | LAPAROSCOPIA | 773 |
| 54.21 | LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA MAS COLOSTOMÍA | 998 |
| 54.92 | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA CAVIDAD PERITONEAL | 916 |
| 54.93 | CREACIÓN DE FÍSTULA CUTÁNEO-PERITONEAL | 916 |
| OPERACIONES SOBRE EL APARATO URINARIO | | |
| 55.01 | NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA | 340 |
| 55.23 | BIOPSIA RENAL | 568 |
| 55.5 | NEFRECTOMÍA | 1.031 |
| 55.9 | OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO | 1.535 |
| 56.0 | EXTRACCIÓN TRANSURETRAL DE OBTRUC. URÉTER Y PELVIS RENAL | 1.049 |
| 56.0 | EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE CÁLCULOS URINARIOS | 3.012 |
| 56.3 | PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN URÉTER | 898 |
| 57.18 | OTRA CISTOTOMÍA SUPRAPÚBICA | 952 |
| 57.19 | OTRA CISTOTOMÍA | 756 |
| 57.4 | R.T.U. VEJIGA | 753 |
| 57.49 | OTRA EXCISIÓN O DESTRUCCIÓN TRANSURETRAL DE LESIÓN O TEJIDO DE VEJIGA | 1.123 |
| 57.6 | CISTECTOMÍA PARCIAL | 1.630 |
| 57.85 | CISTOURETROPLASTIA Y REPARACIÓN CUELLO VEJIGA | 1.630 |
| 57.99 | OTRA OPERACIÓN SOBRE VEJIGA NCOC | 952 |
| 57.99 | PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC | 1.049 |
| 58.0 | URETROTOMÍA | 756 |
| 58.1 | MEATOTOMÍA URETRAL | 830 |
| 58.2 | PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS SOBRE URETRA | 477 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|---|--|-----------------|
| 58.2 | PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC | 727 |
| 58.2 | PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18 | 655 |
| 58.3 | ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE TEJIDO O LESIÓN URETRAL | 869 |
| 58.45 | REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS O EPISPADIAS | 936 |
| 58.49 | REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS O EPISPADIAS | 1.021 |
| 58.49 | URETROPLASTIA | 1.084 |
| 58.5 | LIBERACIÓN DE ESTENOSIS URETRAL | 895 |
| 58.93 | IMPLANTACIÓN DE ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL (AUS) | 952 |
| 59.6 | SUSPENSIÓN PARAURETRAL | 1.630 |
| 59.79 | OTRA REPARACIÓN DE CONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO NCOC | 1.079 |
| 59.8 | COLOCACIÓN CATÉTER URETERAL | 477 |
| 59.8 | COLOCACIÓN CATÉTER DOBLE J | 929 |
| 59.8 | RETIRADA CATÉTER DOBLE J | 267 |
| OPERACIONES SOBRE ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS | | |
| 60.11 | BIOPSIA DE PRÓSTATA | 476 |
| 60.11 | BIOPSIA DE PRÓSTATA ECODIRIGIDA CON INMUNOHISTOQUÍMICA | 2.069 |
| 60.11 | BIOPSIA DE PRÓSTATA ECODIRIGIDA SIN INMUNOHISTOQUÍMICA | 897 |
| 60.2 | RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA | 1.075 |
| 60.3 | PROSTATECTOMÍA-TÉCNICA CLIURET (SUPRAPÚBICA CONCERTADO) | 818 |
| 60.3 | PROSTATECTOMÍA-TÉCNICA MILLY (SUPRAPÚBICA CONCERTADO) | 839 |
| 60.4 | PROSTATECTOMÍA RETROPÚBICA | 1.580 |
| 60.62 | PROSTATECTOMÍA PERINEAL (SUPRAPÚBICA CONCERTADO) | 1.164 |
| 60.69 | CISTOPROST+LINFOADEN+BRIKER | 3.148 |
| 61.2 | ESCISIÓN DE HIDROCELE (DE TÚNICA VAGINAL) | 607 |
| 61.4 | REPARACIÓN DE FÍSTULA ESCROTAL | 333 |
| 62.1 | PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17 | 1.157 |
| 62.1 | PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18 | 910 |
| 62.2 | ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIONA TESTICULAR | 924 |
| 62.3 | ORQUIECTOMÍA UNILATERAL | 1.088 |
| 62.5 | ORQUIDOPEXIA | 799 |
| 62.42 | EXTIRPACIÓN DE TESTÍCULO RESTANTE | 953 |
| 63.1 | ESCISIÓN DE VARICOCELE E HIDROCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO | 652 |
| 63.2 | ESCISIÓN DE QUISTE DE EPIDÍDIMO | 682 |
| 63.3 | ESCISIÓN OTRA LESIÓN O TEJIDO DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO | 924 |
| 63.6 | VASECTOMÍA | 348 |
| 63.82 | RECONSTRUCCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE DIVIDIDO QUIRÚRGICAMENTE | 953 |
| 63.92 | EPIDIDIMOTOMÍA | 615 |
| 64 | PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE | 1.061 |
| 64.0 | CIRCUNCISIÓN | 417 |
| 64.0 | CIRCUNCISIÓN EDAD>17 | 780 |
| 64.0 | CIRCUNCISIÓN EDAD<18 | 660 |
| 64.49 | OTRA REPARACIÓN DE PENE CON CIRUGÍA PLÁSTICA | 682 |
| 64.93 | LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS DE PENE | 256 |
| 64.98 | OTRAS OPERACIONES SOBRE EL PENE | 474 |
| 64.9 | OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASC. EXC. PARA NEOPLASIA MALIGNA | 729 |
| OPERACIONES SOBRE ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS | | |
| 65/71 | PROC. DE RECONSTRUCCIÓN APARATO GENITAL FEMENINO | 1.021 |
| 65.01 | OOFOROTOMÍA LAPAROSCÓPICA | 535 |
| 65.25 | OTRA ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN LAPAROSCÓPICA DE OVARIO | 839 |
| 65.29 | OTRA ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE OVARIO | 788 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|-------|---|-----------------|
| 65.31 | OOFORRECTOMÍA UNILATERAL LAPAROSCÓPICA | 930 |
| 65.39 | OTRA OOFORRECTOMÍA UNILATERAL | 930 |
| 65.41 | SALPINGOOFORRECTOMÍA UNILATERAL LAPAROSCÓPICA | 930 |
| 65.49 | OTRA SALPINGOOFORRECTOMÍA UNILATERAL | 930 |
| 65.53 | EXTIRPACIÓN LAPAROSCÓPICA DE AMBOS OVARIOS EN UN MISMO ACTO | 1.293 |
| 65.61 | EXTIRPACIÓN DE OVARIOS Y TROMPAS EN UN ACTO QUIRÚRGICO | 861 |
| 65.63 | EXTIRPACIÓN LAPAROSCÓPICA DE AMBOS OVARIOS Y TROMPAS EN UN MISMO ACTO | 1.293 |
| 65.81 | LIBERACIÓN LAPAROSCÓPICA DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO | 1.424 |
| 65.91 | PUNCIÓN-CITOLOGÍA DE MASAS ANEXIALES | 80 |
| 66.21 | LIGADURA Y APLASTAMIENTO ENDOSCÓPICO BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO | 768 |
| 66.2 | INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR ENDOSCOPIA | 833 |
| 66.22 | LIGADURA Y SECCIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO | 768 |
| 66.29 | OTRA DESTRUCCIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO | 768 |
| 66.3 | INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR LAPAROSCOPIA Y LAPAROTOMÍA | 898 |
| 66.32 | LIGADURA DE TROMPAS | 676 |
| 66.39 | OTRA DESTRUCCIÓN U OCLUSIÓN BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO | 734 |
| 66.51 | EXTIRPACIÓN DE AMBAS TROMPAS DE FALOPIO EN UN MISMO TIEMPO OPERATORIO | 1.400 |
| 66.63 | SALPINGECTOMÍA PARCIAL BILATERAL | 682 |
| 66.69 | OTRA SALPINGECTOMÍA PARCIAL | 682 |
| 67.2 | CONIZACIÓN DE CUELLO UTERINO | 880 |
| 67.32 | DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE CUELLO UTERINO POR CAUTERIZACIÓN | 654 |
| 67.33 | DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE CUELLO UTERINO POR CRIOCIRUGÍA | 654 |
| 68.1 | LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA | 955 |
| 68.1 | LAPAROSCOPIA OPERATIVA | 964 |
| 68.1 | LAPAROSCOPIA QUIRÚRGICA FIV | 1.739 |
| 68.12 | HISTEROSCOPIA | 930 |
| 68.12 | HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA AMBULATORIA | 705 |
| 68.12 | HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA AMBULATORIA TERAPÉUTICA | 1.171 |
| 68.19 | MICROLEGRADO (BIOPSIA ENDOMETRIAL) | 230 |
| 68.2 | ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE ÚTERO | 861 |
| 68.21 | SECCIÓN DE SINEQUIAS ENDOMETRIALES | 930 |
| 68.22 | INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO DE ÚTERO | 930 |
| 68.23 | ABLACIÓN ENDOMETRIAL | 668 |
| 68.29 | OTRA ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ÚTERO / MIOMECTOMÍA UTERINA | 884 |
| 68.49 | HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL | 1.607 |
| 68.59 | HISTERECTOMÍA VAGINAL | 1.607 |
| 69 | PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR CA. IN SITU Y PROCESO NO MALIGNO SIN CC | 1.137 |
| 69.0 | DILATACIÓN Y LEGRADO UTERINO | 499 |
| 69.02 | DILATACIÓN Y LEGRADO DESPUÉS DE PARTO O ABORTO | 681 |
| 69.09 | OTRA DILATACIÓN Y LEGRADO | 670 |
| 69.09 | DILATACIÓN Y LEGRADO, CONIZACIÓN Y RADIO-IMPLANTE POR NEOPLASIA MALIGNA | 1.355 |
| 69.09 | DILATACIÓN Y LEGRADO, CONIZACIÓN EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA | 642 |
| 69.29 | OTRA REPARACIÓN DE ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE | 1.323 |
| 69.52 | LEGRADO POST PARTO | 463 |
| 69.92 | INSEMINACIÓN ARTIFICIAL DE DONANTE | 923 |
| 69.92 | INSEMINACIÓN ARTIFICIAL DE CÓNYUGE | 1.140 |
| 70.33 | ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE VAGINA | 654 |
| 70.50 | REPARACIÓN DE CISTÓCELE Y RECTÓCELE | 641 |
| 70.51 | REPARACIÓN DE CISTÓCELE | 641 |
| 70.52 | REPARACIÓN DE RECTÓCELE | 622 |
| 70.53 | REPARACIÓN DE CISTÓCELE Y RECTÓCELE CON INJERTO O PRÓTESIS | 789 |
| 70.54 | REPARACIÓN DE CISTÓCELE CON INJERTO O PRÓTESIS | 789 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|--|---|-----------------|
| 70.55 | REPARACIÓN DE RECTÓCELE CON INJERTO O PRÓTESIS. | 789 |
| 70.77 | SUSPENSIÓN Y FIJACIÓN VAGINALES. | 789 |
| 70.78 | SUSPENSIÓN Y FIJACIÓN VAGINAL CON INJERTO O PRÓTESIS. | 789 |
| 70.79 | COLPOPERINEOPLASTIA/REPARACIÓN DE VAGINA. | 634 |
| 70.8 | OBLITERACIÓN DE CÚPULA VAGINAL. | 789 |
| 70/71 | PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CÉRVIX Y VULVA. | 1.121 |
| 71.2 | OPERACIONES SOBRE GLÁNDULA DE BARTHOLIN. | 539 |
| 71.3 | OTRA ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE VULVA Y PERINEO. | 589 |
| 71.23 | MARSUPIALIZACIÓN DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE). | 789 |
| 71.24 | ESCISIÓN U OTRA DESTRUCCIÓN DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE). | 789 |
| 71.62 | VULVECTOMÍA BILATERAL. | 935 |
| PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS | | |
| 72 | PARTO CON FORCEP-MANIOBRAS. | 1.199 |
| 73 | INDUCCIÓN AL PARTO. | 760 |
| 73.51 | PARTO GEMELAR Y-O PODÁLICO. | 1.199 |
| 73.59 | PARTO NORMAL. | 1.199 |
| 74.0 | CESÁREA. | 1.199 |
| 74.3 | EMBARAZO ECTÓPICO. | 819 |
| 75 | INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (I.V.E.) | 444 |
| | < 12 SEM. | 290 |
| | 12.1-14 SEM. | 500 |
| | 14.1-16 SEM. | 570 |
| | 16.1-18 SEM. | 700 |
| | 18.1-20 SEM. | 975 |
| | 20.1-22 SEM. | 1.200 |
| 75.1 | AMNIOCENTESIS CONTROLADA POR ECOGRAFÍA O BIOPSIA CORIAL. | 353 |
| 75.33 | CORDÓN UMBILICAL EXTRACCIÓN. | 147 |
| 75.33 | CORDÓN UMBILICAL EXTRACCIÓN+CONSERVACIÓN. | 1.688 |
| PROCEDIMIENTOS SOBRE EL APARATO MÚSCULO-ESQUELÉTICO | | |
| 76.2 | ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIONES DE HUESO FACIAL. | 426 |
| 76.39 | SUBMAXILECTOMÍA. | 623 |
| 76.6 | OTRA REPARACIÓN DE HUESO FACIAL/CIRUGÍA ORTOGNÁTICA. | 2.027 |
| 76.63 | OSTEOTOMÍA MANDIBULAR. | 1.584 |
| 76.66 | OSTEOTOMÍA MAXILAR. | 1.284 |
| 76.69 | RECONSTRUCCIÓN PARTES ÓSEAS Y BLANDAS. | 2.790 |
| 76.69 | RECONSTRUCCIÓN PARTES BLANDAS. | 961 |
| 76.7 | REDUCCIÓN ABIERTA. | 1.013 |
| 76.7 | DISECCIÓN CUELLO 1.º. | 1.052 |
| 76.7 | DISECCIÓN CUELLO 2.º. | 1.055 |
| 76.7 | DISECCIÓN CUELLO 3.º. | 1.110 |
| 76.76 | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE MANDÍBULA. | 1.016 |
| 76.9 | OPERACIONES SOBRE HUESO Y ARTICULACIONES FACIALES. | 869 |
| 76.97 | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA DE HUESO FACIAL. | 838 |
| 76.99 | BLOQUEO INTERMAXILAR. | 666 |
| 77.1 | OTRA INCISIÓN DE HUESO SIN DIVISIÓN. | 606 |
| 77.14 | OTRA INCISIÓN DE HUESO SIN DIVISIÓN CARPIANOS Y METACARPIANO. | 868 |
| 77.20 | OSTEOTOMÍA EN CUÑA. | 1.737 |
| 77.23 | OSTEOTOMÍA EN CUÑA RADIO Y CÚBITO. | 1.195 |
| 77.25 | OSTEOTOMÍA EN CUÑA – FÉMUR. | 1.737 |
| 77.27 | OSTEOTOMÍA EN CUÑA – TIBIA Y PERONÉ. | 1.737 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|-------|--|-----------------|
| 77.28 | OSTEOTOMÍA EN CUÑA –TARSIANOS Y METATARSIANOS | 813 |
| 77.29 | OSTEOTOMÍA EN CUÑA – OTRO | 813 |
| 77.33 | OSTEOARTROTOMÍA DE RADIO Y CÚBICO. | 960 |
| 77.34 | OSTEOARTROTOMÍA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS | 831 |
| 77.35 | OSTEOARTROTOMÍA DE FÉMUR | 1.737 |
| 77.36 | OSTEOARTROTOMÍA DE RÓTULA | 1.243 |
| 77.37 | OSTEOARTROTOMÍA DE TIBIA Y PERONÉ | 1.737 |
| 77.38 | OSTEOARTROTOMÍA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS | 861 |
| 77.4 | BIOPSIAS DE HUESO | 511 |
| 77.51 | BURSECT. CON CORRECCIÓN DE TEJIDO BLANDO Y OSTEOTOMÍA DEL 1.º METATARSIANO / BUNIONECTOMÍA CON CORRECCIÓN DE TEJIDO BLANDO | 723 |
| 77.54 | ESCISIÓN DE HALLUX-VALGUS / ESCISIÓN O CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS-UNIL. | 796 |
| 77.56 | REPARACIÓN DE DEDO DEL PIE EN MARTILLO. | 733 |
| 77.57 | REPARACIÓN DE DEDO DEL PIE EN GARRA | 733 |
| 77.58 | OTRA ESCISIÓN, FUSIÓN Y REPARACIÓN DE DEDOS DE LOS PIES | 724 |
| 77.59 | OTRA BUNIONECTOMÍA. | 643 |
| 77.6 | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE HUESO | 606 |
| 77.65 | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE HUESO DE FÉMUR | 1.073 |
| 77.68 | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO HUESOS TARSIANOS Y METATARSIANOS | 957 |
| 77.69 | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO OTRO HUESO NCOC. | 1.227 |
| 77.7 | ESCISIÓN HUESO PARA INJERTO | 606 |
| 77.81 | DESCOMPRESIÓN SUBACROMIAL DE HOMBRO | 1.560 |
| 77.83 | OSTECTOMÍA PARCIAL – RADIO Y CÚBITO. | 813 |
| 77.84 | OSTECTOMÍA PARCIAL – CARPIANOS Y METACARPIANOS | 813 |
| 77.85 | OSTECTOMÍA PARCIAL – FÉMUR. | 813 |
| 77.86 | OSTECTOMÍA PARCIAL – RÓTULA | 1.243 |
| 77.87 | OTRA OSTECTOMÍA TIBIA Y PERONÉ | 1.737 |
| 77.88 | OSTECTOMÍA PARCIAL – TARSIANOS Y METATARSIANOS | 813 |
| 78.0 | OTRAS OPERACIONES DE HUESOS/INJERTO SITIO NO ESPECIFICADO. | 813 |
| | PROC. EXTR. INFERIOR Y HUMERO EXC. CADERA, PIE, FÉMUR EDAD>17 SIN CC | 1.397 |
| | PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE. | 1.412 |
| | PROC. HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO, EXC. PROC. MAYOR DE ARTICULACIÓN SIN CC | 1.849 |
| 78.35 | PROCEDIMIENTOS DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES - FÉMUR | 1.737 |
| 78.37 | PROCEDIMIENTOS DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES – TIBIA Y PERONÉ | 1.737 |
| 78.40 | OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). FALANGES (PIE - MANO). | 813 |
| 78.41 | OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX [COSTILLAS Y ESTERNÓN]. | 1.737 |
| 78.42 | OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). HÚMERO | 1.737 |
| 78.43 | OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). RADIO Y CÚBITO | 813 |
| 78.44 | OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). CARPIANOS Y METACARPIANOS. | 813 |
| | PROC. MAYOR SOBRE PULGAR O ARTICULACIÓN, U OTROS PROC. S. MANO O MUÑECA CON CC | 1.294 |
| | PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC. MAYORES S. ARTICULACIÓN SIN CC. | 1.013 |
| 78.45 | OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). FÉMUR. | 1.737 |
| 78.46 | OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). RÓTULA. | 1.737 |
| 78.47 | OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). TIBIA Y PERONÉ | 1.737 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|-------|--|-----------------|
| 78.48 | OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). TARSIANOS Y METATARSIANOS. | 813 |
| 78.49 | OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). HUESOS PELVIANOS - VÉRTEBRAS | 1.737 |
| 78.52 | FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (HÚMERO) | 1.737 |
| 78.53 | FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (RADIO Y CÚBITO) | 813 |
| 78.54 | FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (CARPIANOS Y METACARPIANOS) | 813 |
| 78.55 | FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (FÉMUR) | 1.737 |
| 78.56 | FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (RÓTULA) | 1.737 |
| 78.57 | FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (TIBIA Y PERONÉ) | 1.737 |
| 78.58 | FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (TARSIANOS Y METATARSIANOS) | 813 |
| 78.6 | EXTRACCIÓN MAYOR DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS | 643 |
| 78.60 | EXTRACCIÓN MENOR DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS | 284 |
| 78.61 | EXTRACCIÓN DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN ESCÁPULA. CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) / EMO MENOR | 598 |
| 78.62 | EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS – HÚMERO (EMO MAYOR) | 643 |
| 78.63 | EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS – RADIO Y CÚBITO (EMO MENOR) | 284 |
| 78.64 | EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS – CARPIANOS Y METACARPIANOS (EMO MENOR) | 284 |
| 78.65 | EXTRACCIÓN DISPOSITIVO IMPLANTADO FÉMUR / EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS – FÉMUR (EMO MAYOR) | 786 |
| 78.66 | EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS – RÓTULA (EMO MENOR) | 284 |
| 78.67 | EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS – TIBIA Y PERONÉ (EMO MAYOR) | 643 |
| 78.68 | EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS – TARSIANOS Y METATARSIANOS (EMO MENOR) | 284 |
| 78.69 | EXTRACCIÓN DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN INTERNA EN COLUMNA. | 851 |
| 79 | OSTEOSÍNTESIS DE ROTULA | 1.025 |
| 79.01 | REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA HÚMERO | 884 |
| 79.02 | REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA CÚBITO Y RADIO | 655 |
| 79.03 | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CARPIANO O METACARPIANO | 607 |
| 79.04 | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE FALANGES | 607 |
| 79.05 | REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE FÉMUR / OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR CON ORTHOFIX | 1.327 |
| 79.05 | OSTEOSÍNTESIS CADERA CON T. HOWSE | 3.271 |
| 79.06 | REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA TIBIA Y PERONÉ / OSTEOSÍNTESIS DE TIBIA CON ORTHOFIX | 1.056 |
| 79.12 | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RADIO Y CÚBITO | 1.195 |
| 79.12 | OSTEOS. CABEZA DE RADIO | 1.752 |
| 79.13 | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN CARPIANO Y METACARPIANO | 868 |
| 79.14 | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN FALANGES DE MANO | 868 |
| 79.21 | REDUCCIÓN FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO | 1.761 |
| 79.21 | OSTEOS. ACROMIO-CLAVICULAR | 1.477 |
| 79.22 | REDUCCIÓN FRACTURA ABIERTA DE CÚBITO Y RADIO | 813 |
| 79.23 | REDUCCIÓN FRACTURA ABIERTA CARPIANO O METACARPIANO | 813 |
| 79.24 | REDUCCIÓN FRACTURA ABIERTA DE FALANGES | 813 |
| 79.25 | REDUCCIÓN FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR | 1.737 |
| 79.25 | OSTEOS. DE FÉMUR CON KUNTSCHER | 874 |
| 79.25 | OSTEOS. CAD. CON C. ENDER | 1.449 |
| 79.26 | OSTEOS. DE TIBIA CON KUNTSCHER | 1.496 |
| 79.26 | OSTEOS. MESETA TIBIAL | 903 |
| 79.36 | REDUCC. FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJAC. INTERNA | 1.737 |
| 79.71 | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE HOMBRO | 655 |
| 79.75 | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE CADERA | 1.287 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|-------|---|-----------------|
| 79.76 | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE RODILLA | 615 |
| 79.78 | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE PIE Y DEDO DE PIE | 516 |
| 79.81 | REDUCCIÓN ABIERTA LUXACIÓN DE HOMBRO | 1.449 |
| 79.85 | REDUCCIÓN ABIERTA LUXACIÓN DE CADERA. | 1.737 |
| 79.86 | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RODILLA | 1.737 |
| 79.87 | OSTEOS. DE TOBILLO | 1.335 |
| 80.0 | EXCISIÓN LOCAL Y ELIMINACIÓN DISP. FIJACIÓN INTERNA DE CADERA Y FÉMUR | 1.589 |
| 80.0 | ESCISIÓN LOCAL Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO FIJACIÓN INTERNA EXCEPTO CADERA Y FÉMUR, SIN C C | 1.522 |
| 80.2 | ARTROSCOPIA | 1.303 |
| 80.21 | ARTROSCOPIA DE HOMBRO | 1.295 |
| 80.22 | ARTROSCOPIA DE CODO | 971 |
| 80.23 | ARTROSCOPIA DE MUÑECA | 1.108 |
| 80.24 | ARTROSCOPIA DE MANO Y DEDO DE MANO | 691 |
| 80.25 | ARTROSCOPIA DE CADERA | 1.156 |
| 80.26 | ARTROSCOPIA DE RODILLA | 1.222 |
| 80.27 | ARTROSCOPIA DE TOBILLO | 1.108 |
| 80.28 | ARTROSCOPIA DE PIE Y DEDO DE PIE | 516 |
| 80.29 | ARTROSCOPIA DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS | 1.142 |
| 80.4 | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR | 1.119 |
| 80.48 | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO DE ARTICULACIÓN DE PIE Y DEDOS DE PIE. | 1.295 |
| 80.51 | ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL | 3.024 |
| 80.52 | QUIMIONUCLEÓLISIS INTERVERTEBRAL | 2.359 |
| 80.54 | REPARACIÓN DEL ANILLO FIBROSO CON INJERTO O PRÓTESIS | 3.024 |
| 80.59 | OTRA REPARACIÓN DEL ANILLO FIBROSO | 3.024 |
| 80.6 | ESCISIÓN DE CARTÍLAGO SEMILUNAR DE RODILLA / ESCISIÓN DE MENISCO DE RODILLA | 1.307 |
| 80.71 | SINOVECTOMÍA DE HOMBRO | 801 |
| 80.72 | SINOVECTOMÍA DE CODO | 925 |
| 80.73 | SINOVECTOMÍA DE MUÑECA | 933 |
| 80.74 | SINOVECTOMÍA DE MANO Y DEDO DE MANO | 743 |
| 80.75 | SINOVECTOMIA DE CADERA | 801 |
| 80.76 | SINOVECTOMÍA DE RODILLA | 911 |
| 80.77 | SINOVECTOMIA DE TOBILLO | 911 |
| 80.78 | SINOVECTOMÍA (PIE Y DEDOS DEL PIE) | 516 |
| 80.81 | ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (HOMBRO) | 516 |
| 80.82 | ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (CODO) | 516 |
| 80.83 | ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (MUÑECA) | 516 |
| 80.84 | ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (MANO Y DEDO DE MANO) | 516 |
| 80.85 | ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (CADERA) | 801 |
| 80.86 | ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (RODILLA) | 801 |
| 80.87 | ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (TOBILLO) | 516 |
| 80.88 | ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (PIE Y DEDOS DEL PIE) | 516 |
| 81.00 | ARTRODESIS VERTEBRAL | 3.322 |
| 81.01 | ARTRODESIS A-O | 1.155 |
| 81.02 | FIJACIÓN COLUMNA CERVICAL TIPO CASPAR | 1.437 |
| 81.11 | ARTRODESIS Y ARTROERESIS DE PIE Y TOBILLO | 1.650 |
| 81.12 | TRIPLE ARTRODESIS DE TOBILLO | 1.830 |
| 81.13 | ARTRODESIS SUBASTRAGALINA | 1.226 |
| 81.15 | FUSIÓN TARSOMETATARSIANA | 1.119 |
| 81.16 | ARTRODESIS METATARSO- FALÁNGICA | 1.155 |
| 81.17 | OTRA FUSIÓN DE PIE | 1.119 |
| 81.18 | ARTROEREISIS DE ARTICULACIÓN SUBASTRAGALINA | 1.155 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|-------|--|-----------------|
| 81.2 | ARTRODESIS | 2.448 |
| 81.21 | ARTRODESIS DE CADERA | 1.658 |
| 81.22 | ARTRODESIS DE RODILLA | 1.623 |
| 81.23 | ARTRODESIS DE HOMBRO | 981 |
| 81.25 | ARTRODESIS RADIOCARPIANA | 1.144 |
| 81.26 | ARTRODESIS CARPOMETACARPIANA | 1.144 |
| 81.27 | ARTRODESIS METACARPOFALÁNGICA | 1.144 |
| 81.28 | ARTRODESIS INTERFALÁNGICA | 868 |
| 81.29 | ARTRODESIS DE OTRAS ARTICULACIONES ESPECIFICADAS | 1.119 |
| 81.44 | ESTABILIZACIÓN DE RÓTULA | 1.261 |
| 81.45 | OTRA REPARACIÓN DE LOS LIGAMENTOS CRUZADOS | 1.458 |
| 81.47 | OTRA REPARACIÓN DE RODILLA | 1.458 |
| | PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC | 1.466 |
| 81.49 | OTRA REPARACIÓN DE TOBILLO | 1.259 |
| 81.51 | PROT. TOTAL AUTOBLOQ. CAD | 1.587 |
| 81.51 | SUSTITUCIÓN TOTAL DE CADERA (PRÓTESIS NO INCLUIDA) | 4.098 |
| 81.52 | SUSTITUCIÓN PARCIAL DE CADERA (PRÓTESIS NO INCLUIDA) | 4.098 |
| 81.52 | OPERACIÓN DE GIRDLSTONE (EXT. CABEZA FÉMUR) (RESECCIÓN CABEZA FÉMUR) | 1.548 |
| 81.53 | RECAMBIO DE PRÓTESIS DE CADERA (PRÓTESIS NO INCLUIDA) | 4.098 |
| 81.53 | RECAMBIO PRÓTESIS CADERA | 2.723 |
| 81.53 | RECAMBIO DE VÁSTAGO Y CABEZA | 1.614 |
| | PROCEDIMIENTOS SOBRE ESPALDA Y CUELLO EXC. FUSIÓN ESPINAL SIN CC | 3.508 |
| 81.54 | SUSTITUCIÓN TOTAL DE RODILLA (PRÓTESIS NO INCLUIDA) | 4.098 |
| 81.54 | PROT. TOTAL ROTATORIA ROD | 1.661 |
| 81.54 | PROT. TOTAL TACK DE ROD | 1.382 |
| 81.55 | RECAMBIO DE SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS RODILLA (PRÓTESIS NO INCLUIDA) | 4.098 |
| 81.57 | SUSTITUCIÓN DE ARTICULACIÓN DE PIE Y DEDOS (PRÓTESIS NO INCLUIDA) | 1.571 |
| 81.7 | ARTROPLASTIA DE MANO, DEDO Y MUÑECA (PRÓTESIS NO INCLUIDA) | 1.571 |
| 81.71 | ARTROPLASTIA METACARPOFALÁNGICA E INTERFALÁNGICA CON IMPLANTE | 1.808 |
| 81.72 | ARTROPLASTIA DE ARTICULACIONES METACARPOFALÁNGICA E INTERFALÁNGICA SIN IMPLANTE | 1.074 |
| 81.74 | ARTROPLASTIA DE ARTICULACIONES CARPOCARPIANA Y TEACARPOFALÁNGICA CON IMPLANTE | 1.808 |
| 81.75 | ARTROPLASTIA DE ARTICULACIONES CARPOCARPIANA Y METACARPOFALÁNGICA SIN IMPLANTE | 1.074 |
| 81.80 | SUSTITUCIÓN TOTAL DE HOMBRO (PRÓTESIS NO INCLUIDA) | 4.098 |
| 81.81 | SUSTITUCIÓN PARCIAL DE HOMBRO (PRÓTESIS NO INCLUIDA) | 4.098 |
| 81.82 | REPARACIÓN DE LUXACIÓN FRECUENTE DE HOMBRO / REPARACIÓN LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO | 1.627 |
| 81.83 | OTRA REPARACIÓN DE HOMBRO | 1.203 |
| 81.84 | ARTROPLASTIA DE CODO (PRÓTESIS NO INCLUIDA) | 4.098 |
| 81.85 | OTRA REPARACIÓN DE CODO (PRÓTESIS NO INCLUIDA) | 1.449 |
| 81.93 | SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE EXTREMIDAD SUPERIOR | 1.195 |
| 81.95 | SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE OTRA EXTREMIDAD INFERIOR | 516 |
| 81.96 | OTRA REPARACIÓN DE ARTICULACIÓN | 516 |
| 82.01 | EXPLORACIÓN VAINA DE TENDÓN DE MANO | 508 |
| 82.11 | TENOTOMÍA DE MANO (PLASTIA RIZARTROSIS) | 979 |
| 82.12 | FASCIOTOMÍA DE MANO | 508 |
| 82.21 | EXCISIÓN DE LESIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO / GANGLIONECTOMÍA | 441 |
| 82.22 | ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO DE MANO | 333 |
| 82.29 | ESCISIÓN DE OTRA LESIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO | 568 |
| 82.31 | BURSECTOMÍA DE MANO | 508 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|-------|--|-----------------|
| 82.33 | OTRA TENDONECTOMÍA DE MANO | 508 |
| 82.35 | OTRA FASCIECTOMÍA DE MANO / LIBERACIÓN DUPUYTREN | 737 |
| 82.39 | OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO | 568 |
| 82.4 | SUTURA DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA DE MANO | 1.008 |
| 82.8 | OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE MANO. | 1.008 |
| 82.91 | LISIS DE ADHERENCIAS DE MANO / DEDO RESORTE-GATILLO | 516 |
| 83.0 | INCIS. DE MÚSC., TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVI. (SALVO MANO) | 502 |
| 83.1 | DIVISIÓN DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA. | 508 |
| 83.11 | AQUILETENOTOMÍA. | 918 |
| 83.12 | TENOTOMÍA DE ADDUCTOR DE CADERA. | 767 |
| 83.13 | OTRA TENOTOMÍA. | 641 |
| 83.14 | FASCIOTOMÍA. | 918 |
| 83.21 | BIOPSIAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO | 2.026 |
| 83.29 | OTROS DIAGNÓSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO | 1.775 |
| 83.39 | ESCISIÓN DE LESIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO / (QUISTE DE BAKER) | 568 |
| 83.44 | OTRA FASCIECTOMÍA | 544 |
| 83.49 | OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO | 508 |
| | PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC | 987 |
| 83.5 | BURSECTOMÍA | 569 |
| 83.63 | REPARACIÓN DE MANGUITO DE LOS ROTADORES | 1.570 |
| 83.64 | SUTURA DE TENDÓN. | 801 |
| 83.65 | OTRA SUTURA DE MÚSCULO O FASCIA | 502 |
| 83.76 | OTRA TRASPOSICIÓN DE TENDÓN | 801 |
| 83.81 | INJERTO TENDÓN | 1.207 |
| 83.83 | RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DE TENDÓN | 1.207 |
| 83.85 | OTRO CAMBIO EN LONGITUD DE MÚSCULO O TENDÓN | 663 |
| 83.87 | OTROS TRASTORNOS DE MÚSCULO/LIGAMENTOS | 508 |
| 83.88 | LIBERACIÓN DEL TÚNEL CARPIANO /REPARACIÓN TENDINOSA MANO | 516 |
| 83.89 | OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE FASCIA | 783 |
| 83.9 | OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE S. MUSCULOESQUELÉTICO Y T. CONECTIVO SIN CC | 1.288 |
| 83.91 | LISIS DE ADHESIONES DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL | 605 |
| 83.99 | OTRAS OPERACIONES SOBRE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL | 783 |
| 83.99 | OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE FASCIA | 508 |
| 81.0 | AMPUTACIONES MIEMBRO SUPERIOR. | 1.752 |
| 84.01 | AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDO DE MANO | 702 |
| 84.02 | AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDO PULGAR | 799 |
| 84.1 | AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR. | 1.752 |
| 84.11 | AMPUTACIÓN DE DEDO DE PIE | 793 |
| 84.17 | AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE LA RODILLA. | 1.752 |
| 84.3 | REVISIÓN DE MUÑÓN DE AMPUTACIÓN. | 709 |
| | OPERACIONES SOBRE EL APARATO TEGUMENTARIO | |
| 85.11 | BIOPSIA DE MAMA DIRIGIDA POR ARPÓN. | 204 |
| 85.11 | BIOPSIA DE MAMA DIRIGIDA POR ESTEROTAXIA | 605 |
| 85.12 | BIOPSIA DE MAMA Y EXCISIÓN LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO | 843 |
| 85.19 | PROC. SOBRE MAMA POR PROCESO NO MALIGNO EXCEPTO BIOPSIA Y EXCISIÓN LOCAL | 1.433 |
| 85.21 | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA LESIÓN MENOR. | 537 |
| 85.22 | RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA. | 836 |
| 85.24 | ESCISIÓN DE TEJIDO MAMARIO ECTÓPICO. | 836 |
| 85.25 | ESCISIÓN DE PEZÓN. | 836 |
| 85.31 | MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN UNILATERAL | 1.355 |
| 85.32 | MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN BILATERAL. | 1.831 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|-------|---|-----------------|
| 85.41 | MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL | 1.103 |
| 85.42 | MASTECTOMÍA TOTAL BILATERAL | 1.623 |
| 85.53 | IMPLANTE MAMARIO UNILATERAL | 1.100 |
| 85.54 | IMPLANTE MAMARIO BILATERAL | 1.688 |
| 85.6 | MASTOPEXIA | 1.078 |
| 85.7 | RECONSTRUCCIÓN TOTAL DE MAMA | 2.529 |
| 85.70 | RECONSTRUCCIÓN E INJERTO | 468 |
| 85.81 | EXCISIÓN Y SUTURA DIRECTA | 366 |
| 85.82 | INJERTO LIBRE | 432 |
| 85.84 | COLGAJO SOBRE LA MAMA | 917 |
| 85.84 | COLGAJO MICROQUIRÚRGICO | 2.353 |
| 85.84 | PLASTIA CON COLGAJO | 712 |
| 85.85 | COLGAJO MIO-CUTÁNEO | 1.109 |
| 85.87 | OTRA REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN | 1.033 |
| 85.89 | EXCISIÓN Y PLASTIA CON COLGAJO 1. ^a | 371 |
| 85.89 | DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO | 838 |
| 85.91 | ASPIRACIÓN DE MAMA | 1.078 |
| 85.93 | REVISIÓN DE IMPLANTE DE MAMA | 1.100 |
| 85.94 | EXTRACCIÓN DE IMPLANTE DE MAMA | 684 |
| 85.95 | INSERCIÓN DE EXPANSOR DEL TEJIDO MAMARIO | 1.016 |
| 85.96 | EXTRACCIÓN DE EXPANSOR DE TEJIDO MAMARIO | 917 |
| 85.99 | OTRA OPERACIÓN SOBRE MAMA NCOC | 585 |
| 86.0 | TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC | 963 |
| 86.1 | OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, SUBCUTÁNEO Y MAMA SIN CC | 1.160 |
| 86.04 | OTRA INCISIÓN CON DRENAJE DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO | 567 |
| 86.05 | INCISIÓN CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O DISPOSITIVO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO | 153 |
| 86.06 | INSERCIÓN DE BOMBA INFUSORA TOTALMENTE IMPLANTABLE | 996 |
| 86.07 | INSERCIÓN DISPOSITIVO DE ACCESO VASCULAR TOTALMENTE IMPLANTABLE | 725 |
| 86.2 | EXTIRPACIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO (LIPOMAS) | 317 |
| 86.21 | ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL | 664 |
| 86.23 | EXTRACCIÓN UÑA, LECHO O PLIEGUE UÑA | 153 |
| 86.24 | QUIMIOCIRUGÍA DE PIEL | 783 |
| 86.26 | LIGADURA DE APÉNDICE DÉRMICO/DEDO SUPERNUMERARIO | 700 |
| 86.3 | OTRA EXTIRPACIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO | 153 |
| 86.4 | ESCISIÓN RADICAL DE LESIÓN MALIGNA CUTÁNEA | 517 |
| 86.60 | INJERTO CUTÁNEO LIBRE | 539 |
| 86.62 | OTRO INJERTO CUTÁNEO A MANO | 1.195 |
| 86.70 | INJERTO PEDÍCULOS Y COLGAJOS. CIRUGÍA PLÁSTICA | 1.332 |
| 86.83 | OPERACIÓN PLÁSTICA DE REDUCCIÓN DE TAMAÑO / LIPECTOMÍA | 1.660 |
| 86.84 | RELAJACIÓN DE CICATRIZ O DE CONTRACTURA RETICULADA DE PIEL PLASTIA DE PIEL | 948 |
| 86.85 | CORRECCIÓN DE SINDACTILIA | 903 |
| 86.89 | OTRA REPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO | 539 |
| | PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS | |
| 87.82 | HISTEROSALPINGOGRAFÍA | 112 |
| 89.17 | POLISOMNOGRAFÍA | 695 |
| 89.50 | IMPLANTACIÓN HOLTER SUBCUTÁNEO | 1.813 |
| 93.26 | LIBERACIÓN MANUAL DE ADHERENCIAS ARTICULARES | 516 |
| 96.23 | DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL | 500 |

| Cie-9 | DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS | TARIFAS (EUROS) |
|-------|--|-----------------|
| 98.0 | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TUBO DIGESTIVO | 1.889 |
| 98.14 | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO TRAQUOBRONQUIAL | 1.960 |
| 98.52 | LITOTRIZIA RENAL EXTRACORPÓREA | 1.143 |
| | TRATAMIENTO CÁMARA HIPERBÁRICA | 2.429 |
| | CÁPSULA ENDOSCÓPICA | 976 |
| | HISTEROSONOGRAFÍA | 139 |
| | ANALGESIA EPIDURAL | 86 |
| | ATENCIÓN AMENAZA PARTO PREMAT. | 374 |
| | FECUNDACIÓN IN VITRO | 3.448 |
| | INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI) | 1.233 |
| | MICROINYECCIÓN | 1.140 |
| | TRANSFERENCIA DE CONGELADOS | 1.140 |
| | OTROS PROC. QUIRÚRGICOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMOTOPOYÉTICOS. | 2.592 |
| | TRAST. MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PROCEDIMIENTO | 2.200 |
| | PROC. QUIRÚRGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS | 1.083 |

Especificaciones para la valoración del reembolso

1. Primera consulta:

Es aquella visita inicial consistente en el acto médico realizado en un local de consultas, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente con base en la anamnesis y la exploración física.

2. Consulta sucesiva:

Es aquella que se derive de una primera consulta y todas las que se generen como revisión o seguimiento de una consulta anterior. Por tanto, tendrán consideración de consulta sucesiva todas las revisiones determinadas por decisión del médico, para la atención y seguimiento del mismo proceso, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas.

3. Consulta con pruebas complementarias:

Es aquella en la que se ocasiona la necesidad de técnicas auxiliares no complejas. El precio asignado a la consulta incluye, por tanto, el de todas las pruebas diagnósticas básicas que pudieran haberse requerido, tales como analíticas, citología básica, radiología simple, ECG, ecografía, graduación óptica, etc, con independencia de que se realicen en otra fecha y en un centro específico diferente.

4. Atención domiciliaria:

Es aquella a cargo de un médico o profesional de enfermería que precisen su desplazamiento al domicilio del paciente.

5. Importe reembolsable en los casos de urgencias no ingresadas.

El importe fijado como límite reembolsable incluye todas las actuaciones que se realicen por el Servicio de Urgencias y aquellas pruebas diagnósticas básicas (analítica, radiología simple, ecografía, ECG, etc).

6. Importe reembolsable en los tratamientos de hemodiálisis en régimen ambulatorio.

Para los tratamientos a pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a programas de diálisis en régimen ambulatorio o en hospital de día, el importe que se

establece como límite reembolsable comprende los procedimientos básicos de diagnóstico, así como las transfusiones necesarias y el coste de la eritropoyetina.

7. Importe reembolsable en los tratamientos de radioterapia y braquiterapia.

El límite del importe reembolsable comprende todo el proceso, desde la primera consulta hasta el alta del paciente o finalización del tratamiento, incluyendo la primera visita, la planificación del tratamiento, dosimetría física y verificación del tratamiento.

En tratamientos de Radioterapia se consideran cinco niveles de complejidad en función de las indicaciones de tratamiento, consumo previsible de recursos y equipamiento tecnológico requerido, para los que se fijan diferentes importes máximos reembolsables.

8. Asistencia en régimen de hospitalización con internamiento.

Es aquella que se presta en régimen de internamiento que implica que el paciente tenga que pernoctar en el hospital, bajo orden de ingreso del facultativo responsable.

Para determinar el límite reembolsable tendrá en cuenta el número de estancias causadas.

A estos efectos se entenderá por «*día de estancia*», la pernocta en el centro sanitario cuando se haga efectiva asimismo, como mínimo, una de las comidas principales (almuerzo o cena) por el paciente ingresado.

9. Procedimientos Quirúrgicos. Cirugía mayor.

Son aquellos realizados en quirófano, indistintamente del tipo de anestesia aplicada, y que pueden llevarse a cabo en régimen ambulatorio o con internamiento hospitalario.

Cuando se realicen en régimen ambulatorio, el límite para el reembolso será el que se establece para el correspondiente Procedimiento Quirúrgico, que comprende la asistencia médica, los cuidados de enfermería, curas, medicación, alimentación, cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y las prótesis o implantes quirúrgicos (con la excepción de las prótesis vasculares). Si se requiere la hospitalización del paciente, el límite reembolsable se determinará teniendo en cuenta el que se fija para el procedimiento más el de las estancias hospitalarias causadas hasta el alta hospitalaria.