

Bonificaciones para Afiliados Trabajadores y Pensionados de Caja 18 - 2018

Damos acceso a nuestros afiliados a una atención médica de calidad, a un menor costo. Reembolsando parte de lo pagado por las prestaciones médicas que se realicen en nuestra Red de prestadores en convenio. Para acceder a este beneficio, solo debe presentar la copia del bono más su cédula de identidad en cualquier sucursal de Caja18, por un plazo de hasta 40 días después de emitido el bono.

El límite anual a bonificar es de 3.0 UF, tanto para el titular como para sus cargas familiares; además es importante mencionar que no serán bonificadas las prestaciones con exclusiones en Laboratorio (03-03-xxx (Hormonas) y el 08-xx-xxx (Anatomía Patológica)) y Rayos (04-02-xxx y los medios de contraste).

Las prestaciones Médicas que si podrán reembolsarse corresponden a las descritas a continuación:

Códigos Fonasa de Prestaciones Que Tienen Reembolso:

01- Grupo Prestación: Consultas

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
1	1	1	Consulta Médica Electiva
1	1	201	Consulta Médica De Especialidad En Dermatología
1	1	202	Consulta Médica De Especialidad En Geriatría
1	1	203	Consulta Médica De Especialidad En Neurocirugía
1	1	204	Consulta Médica De Especialidad En Oftalmología
1	1	205	Consulta Médica De Especialidad En Otorrinolaringología
1	1	206	Consulta Médica De Especialidad En Reumatología
1	1	207	Consulta Médica De Especialidad En Endocrinología Adulto
1	1	208	Consulta Médica De Especialidad En Endocrinología
1	1	209	Consulta Médica De Especialidad En Neurología Adultos
1	1	210	Consulta Médica De Especialidad En Neurología Pediátrica
1	1	211	Consulta Médica De Especialidad En Oncología Médica
1	1	212	Consulta Médica De Especialidad En Psiquiatría Adultos (1ra
1	1	213	Consulta Médica De Especialidad En Psiquiatría Pediátrica Y
1	1	300	Consulta Médica Especialidades
1	1	301	Consulta Médica De Especialidad En Cardiología
1	1	302	Consulta Médica De Especialidad En Hematología
1	1	303	Consulta Médica De Especialidad En Infectología
1	1	304	Consulta Médica De Especialidad En Inmunología
1	1	305	Consulta Médica De Especialidad En Medicina Familiar
1	1	306	Consulta Médica De Especialidad En Medicina Física Y Rehabilitación
1	1	307	Consulta Médica De Especialidad En Medicina Interna
1	1	308	Consulta Médica De Especialidad En Obstetricia Y Ginecología
1	1	309	Consulta Médica De Especialidad En Pediatría
1	1	310	Consulta Médica De Especialidad En Traumatología Y Ortopedia
1	1	311	Consulta Médica De Especialidad En Urología
1	1	312	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía General
1	1	313	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía De Cabeza,
1	1	314	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía Cardiovascular
1	1	315	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía De Tórax
1	1	316	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía Plástica Y
1	1	317	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía Pediátrica
1	1	318	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía Vascular
1	1	319	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía General
1	1	320	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía De Cabeza,
1	1	321	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía Cardiovascular
1	1	322	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía De Tórax
1	1	323	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía Plástica Y
1	1	324	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía Pediátrica
1	1	325	Consulta Médica De Especialidad En Cirugía Vascular
1	1	326	Consulta Médica De Especialidad En Coloproctología

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
1	1	327	Consulta Médica De Especialidad En Diabetología
1	1	328	Consulta Médica De Especialidad En Enfermedades
1	1	329	Consulta Médica De Especialidad En Enfermedades
1	1	330	Consulta Médica De Especialidad En Gastroenterología Adulto
1	1	331	Consulta Médica De Especialidad En Gastroenterología
1	1	332	Consulta Médica De Especialidad En Genética Clínica
1	1	333	Consulta Médica De Especialidad En Nefrología Adulto
1	1	334	Consulta Médica De Especialidad En Nefrología Pediátrico

03- Grupo Prestación: Laboratorio Clínico (*)

(*) Excluye Exámenes Hormonales (Código 03-03-Xxx) Y Anatomía Patológica (Códigos 08-08-Xxx)

I.- Sangre, Hematología

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	1	2	Acido Fólico O Folatos
3	1	3	Adenograma, Esplenograma, Mielograma C/U
3	1	5	Aglutininas Anti Rho
3	1	6	Agregación Plaquetaria
3	1	7	Anticoagulantes Circulantes O Anticoagulante Lupico
3	1	8	Antitrombina III
3	1	11	Coagulación, Tiempo De
3	1	13	Coagulo, Tiempo De Lisis Del
3	1	14	Coombs Directo, Test De
3	1	15	Coombs Indirecto, Prueba De
3	1	17	Deshidrogenasa Glucosa-6-Fosfato En Eritrocitos
3	1	20	Euglobulinas, Tiempo De Lisis De
3	1	21	Fibrinógeno
3	1	22	Test De Neutralización Plaquetaria
3	1	24	Factor V
3	1	25	Factores Vi, Vio, Ex, X, Xi, Si, Xis, C/U
3	1	26	Ferritina
3	1	27	Fibrinógeno, Productos De Degradación Del
3	1	28	Fierro Sérico
3	1	29	Fierro, Capacidad De Fijación Del (Incluye Fierro Sérico)
3	1	30	Fierro, Cinética Del (Cada Determinación)
3	1	33	Grupos Menores. Tipificación O Determinación De Otros
3	1	33	Sistemas Sanguíneos (Kell, Duffy, Kidd Y Otros), C/U
3	1	34	Grupos Sanguíneos Ab0 Y Rho (Incluye Estudio De Factor Du En Rh Negativos)
3	1	35	Haptoglobina Cuantitativa
3	1	36	Hematocrito (Proc. Aut.)
3	1	38	Hemoglobina En Sangre Total (Proc. Aut.)
3	1	39	Hemoglobina Fetal Cualitativa
3	1	40	Hemoglobina Fetal Cuantitativa En Eritrocitos
3	1	41	Hemoglobina Glicosilada
3	1	42	Hemoglobina Plasmática
3	1	44	Hemoglobina, Electroforesis De (Incluye Hb. Total)
3	1	45	Hemograma (Incluye Recuentos De Leucocitos Y Eritrocitos, Hemoglobina, Hematocrito, Formula Leucocitaria, Características De Los Elementos Figurados Y Velocidad De Eritrosedimentación)
3	1	48	Hemosiderina Medular
3	1	49	Heparina, Cuantificación De
3	1	50	Isoinmunización, Detección De Anticuerpos Irregulares (Proc. Aut.).
3	1	51	Isoinmunización, Detección E Identificación De Anticuerpos Irregulares.
3	1	54	Metahemoglobina
3	1	59	Protombina, Tiempo De O Consumo De (Incluye Inr, Relación Internacional Normalizada)
3	1	62	Recuento De Basofilos (Absoluto)
3	1	63	Recuento De Eosinofilos (Absoluto)
3	1	64	Recuento De Eritrocitos, Absoluto (Proc. Aut.)
3	1	65	Recuento De Leucocitos, Absoluto (Proc. Aut.)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	1	66	Recuento De Linfocitos (Absoluto)
3	1	67	Recuento De Plaquetas (Absoluto)
3	1	68	Recuento De Reticulocitos (Absoluto O Porcentual)
3	1	69	Recuento Diferencial O Formula Leucocitaria (Proc.Aut.)
3	1	70	Resistencia Globular Osmótica
3	1	72	Sangría, Tiempo De (Ivy) (No Incluye Dispositivo Asociado)
3	1	75	Subgrupo Ab0 Y Rh Fenotipo - Genotipo Rh, C/U.
3	1	82	Transferrina
3	1	83	Trombina, Tiempo De
3	1	85	Tromboplastina, Tiempo Parcial De (Ttpa,Ttpk O Similares)
3	1	86	Velocidad De Eritrosedimentación (Proc. Aut.)
3	1	89	Von Willebrand, Ag De (Factor Vio Ag.)
3	1	90	Cofactor De Ristocetina
3	1	91	Proteína C
3	1	92	Proteína S
3	1	93	Resistencia Proteína C
3	1	94	Estudio de hemoglobina paraxística nocturna (HPN) por citometría de flujo hemoglobinuria paroxística
3	1	95	Dímero -D

II.- Sangre, Exámenes Bioquímicos

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	2	1	Acetona Cualitativa
3	2	2	Acido Cítrico
3	2	4	Acido Láctico
3	2	5	Acido Úrico, En Sangre
3	2	8	Amilasa, En Sangre
3	2	9	Aminoácidos, Cualitativo En Sangre
3	2	10	Amonio
3	2	70	Apolipoproteinas (A1, B U Otras)
3	2	11	Bicarbonato (Proc.Aut.)
3	2	12	Bilirrubina Total (Proc.Aut.)
3	2	13	Bilirrubina Total Y Conjugada
3	2	15	Calcio En Sangre
3	2	17	Caroteno
3	2	18	Caroteno, Prueba De Sobrecarga De, Además 2 Códigos 03-07-011 O 03-07-012.
3	2	19	Ceruloplasmina
3	2	20	Cobre
3	2	21	Colinesterasa En Plasma O Sangre Total
3	2	23	Creatinina En Sangre
3	2	24	Creatinina, Depuración De (Clearance) (Proc.Aut.)
3	2	25	Creatinquinasa Ck - Mb Miocárdica
3	2	26	Creatinquinasa Ck - Total
3	2	27	Troponina
3	2	30	Deshidrogenasa Láctica Total (Ldh)
3	2	31	Deshidrogenasa Láctica Total (Ldh), Con Separación De Isoenzimas
3	2	32	Electrolitos Plasmáticos (Sodio, Potasio, Cloro) C/U
3	2	33	Enzima Convertidora De Angiotensina I
3	2	34	Perfil Lipídico (Incluye: Colesterol Total, Hdl, Ldl, Vldl Y Triglicéridos).
3	2	35	Fármacos Y/O Drogas; Niveles Plasmáticos De (Alcohol, Anorexígenos, Antiarrítmicos, Antibióticos, Antidepresivos, Antiepilépticos, Antihistamínicos, Antiinflamatorios Y Analgésicos, Estimulantes Respiratorios, Tranquilizantes Mayores Y Menores, Etc.) C/U
3	2	36	Fenilalanina
3	2	39	Fosfatasa Alcalinas Con Separación De Isoenzimas Hepáticas, Intestinales, Oseas. C/U
3	2	40	Fosfatasa Alcalinas Totales
3	2	42	Fosforo (Fosfatos) En Sangre
3	2	43	Galactosa
3	2	45	Gamma Glutamyltranspeptidasa (Ggt)
3	2	46	Gases Y Equilibrio Acido Base En Sangre (Incluye: Ph, O2, Co2, Exceso De Base Y Bicarbonato), Todos o Cada Uno de Los Parámetros.
3	2	47	Glucosa En Sangre

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	2	48	Glucosa, Prueba De Tolerancia A La Glucosa Oral (Ptgo), (Dos Determinaciones; No Incluye La Glucosa Que Se Administra; Incluye El Valor De Las Dos Tomas De Muestras)
3	2	50	Adenosindeaminasa En Sangre U Otro Fluido Biológico.
3	2	52	Leucinaminopeptidasa (Lap).
3	2	53	Lipasa
3	2	55	Litio
3	2	56	Magnesio
3	2	57	Nitrógeno Ureico Y/O Urea, En Sangre
3	2	58	Osmolalidad, Sangre Examen Bioquímico
3	2	60	Proteínas Totales O Albuminas, C/U, En Sangre
3	2	61	Proteínas, Electroforesis (Incluye Cód.. 03-02-060)
3	2	63	Transaminasas, Oxalacetica (Got/Ast), Piruvica (Gpt/Alt), C/U.
3	2	64	Triglicéridos (Proc.Aut.)
3	2	66	Xilosa, Prueba De Absorción (No Incluye La Xilosa Que Se Administra)
3	2	67	Colesterol Total (Proc.Aut.)
3	2	68	Colesterol Hdl (Proc. Aut.)
3	2	75	Perfil Bioquímico (Determinación Automatizada De 12 Parámetros)
3	2	76	Perfil Hepático (Incluye Tiempo De Protrombina, Bilirrubina Total Y Conjugada, Fosfatasa Alcalinas Totales, Ggt, Trasaminasas Got/Ast Y Gpt/Alt).
3	2	77	Vitamina B12 por inmunoensayo
3	2	78	25 OH vitamina D total por inmunoensayo
3	2	79	25 OH vitamina D total por espectrometría de masa
3	2	80	Vitamina B6 por hplc
3	2	81	Calcio iónico (Incluye medición de PH método ión selectivo)
3	2	82	Fenilalanina cuantitativa en GSS

IV.- Genética

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	4	1	Cariograma En Sangre Por Cultivo De Linfocitos (Incluye Mínimo 25 Mitosis Con Bando G Y Eventualmente Q,R,C,Nor) (Montaje De 3 Metafasas Bandedas)
3	4	2	Cariograma Con Técnicas Especiales (Incluye Muestra De Sangre O De Medula Osea, Tratamiento Con Fudr, Bromuro De Etidio, Medio Deficiente En Acido Fólico)
3	4	3	Cariograma En Fibroblastos Por Cultivo De Trofoblasto, Liquido Amniótico, Piel U Otros Bandedos G Y Eventualmente Q,R,C,Nor
3	4	6	Fish de metafases. Búsqueda de una alteración constitucional con una sonda

V.- Inmunología

A.- Inmunoquímica

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	5	1	Alfa -1- Antitripsina Cuantitativa
3	5	2	Alfa -2- Macroglobulina
3	5	3	Alfa Fetoproteinas
3	5	4	Tamizaje De Anticuerpos Anti Antígenos Nucleares Extractables (A- Ena: Sm, Rnp, Ro, La, Scl- 70 Y Jo- 1).
3	5	5	Anticuerpos Antinucleares (Ana), Antimitocondriales, Anti Dna (Adna), Anti Musculo Liso, Anticentromero, U Otros, C/U
3	5	7	Anticuerpos Específicos Y Otros Autoanticuerpos (Anticuerpos Antitiroideos: Anticuerpos Antimicrosomales Y Antitiroglobulinas Y Otros Anticuerpos: Prostático, Espermios, Etc.) C/U.
3	5	8	Antiestreptolisina O, Por Técnica De Látex.
3	5	9	Antígeno Carcinoembrionario (Cea)
3	5	70	Antígeno Prostático Especifico
3	5	170	Antígeno Ca 125, Ca 15-3 Y Ca 19-9, C/U
3	5	10	Beta-2-Microglobulina
3	5	12	Complemento C1q, C2, C3, C4, Etc., C/U
3	5	13	Complemento Hemolítico (Ch 50)
3	5	14	Crioglobulinas, Precipitación En Frio (Cualitativa) O Cuantitativa C/U
3	5	19	Factor Reumatoideo Por Técnica De Látex U Otras Similares
3	5	20	Factor Reumatoideo Por Técnica De Scat, Waaler Rose, Nefelometrías Y/O Turbidimétricas
3	5	21	Inhibidor De C1q, C2 Y C3, C/U
3	5	24	Inmunolectroforesis De Inmunoglobulinas Igd E Ige C/U
3	5	25	Inmunofijación De Inmunoglobulina, C/U.

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	5	27	Inmunoglobulinas Iga, Igg, Igm, C/U
3	5	28	Inmunoglobulinas Ige, Igd Total, C/U
3	5	29	Inmunoglobulinas Ige, Igg Especificas, C/U
3	5	30	Proteína C Reactiva Por Técnica De Látex U Otras Similares
3	5	31	Proteína C Reactiva Por Técnicas Nefelométricas Y/O Turbidimétricas
3	5	34	Quimiotaxis-Leucotaxis
3	5	81	Anticuerpo Antiendomiso (Ema, Antimembrana Basal Glomerular (Gbm), Antireticulina, Por Ifi C/U.
3	5	181	Estudio De Anticuerpo Antitransglutamina (Ttg)
3	5	82	Anticuerpos Anticitoplasma De Neutrofilos (Anca), C-Anca Y P-Anca, Por Ifi.
3	5	83	Determinación De Isotipos De Anticuerpos Anticitoplasma De Neutrofilos (G-M-A-C'3), Por Ifi, C/U.
3	5	84	Anticuerpos Anticardiolipinas Por Elisa (Isotipos G-M-A), C/U.
3	5	85	Anticuerpos Anti Mlk-1, Por Ifi.
3	5	86	ANTICUERPOS CONTRA PEPTIDOS DEAMINADOS DE GLIADINA IGG E IGA INMUNOCELULARES (Isotipos G-M, C/U
3	5	182	Reacción De Polimerasa En Cadena (P.C.R.), Virus Influenza, Virus Herpes, Citomegalovirus, Hepatitis C, Mycobacteria Tbc, C/U (Incluye Toma Muestra Hisopado Nasofaríngeo).

B.- Inmunocelulares

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	5	35	Detección, Identificación y Titulación De Crioaglutininas
3	5	36	Crioheolisinas
3	5	37	Digestión Fagocítica Nitroblue-Tetrazolium Cualitativo Y Cuantitativo
3	5	38	Fagocitosis: Ingestión Y Digestión (Killing) De Levaduras Por Polimorfonucleares.
3	5	39	Fagocitosis: Ingestión Y Digestión (Killing) De Bacterias Por Polimorfonucleares
3	5	40	Inmunoadherencia De Leucocitos Macrófagos
3	5	41	Intradermorreacción (Ppd, Histoplasmina, Aspergillina, U Otros, Incluye El Valor Del Antígeno Y Reacción De Control) C/U.
3	5	80	Estudio Para Hipersensibilidad Retardada
3	5	42	Lif O Mif
3	5	44	Linfocitos B (Rosetas Eac) Y Linfocitos T (Rosetas E) C/U.
3	5	47	Linfotoxinas Humanas, Detección De
3	5	49	Transformación Linfoblástica A Drogas, Análisis De Transformación Espontánea Con Estimulo Inespecífico Y Con Diferentes Concentraciones De La Droga En 1000 Células

C.- Histocompatibilidad

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	5	52	Anticuerpos Linfocitotóxicos (Pra) Por Microlinfocitotoxicidad.
3	5	53	Autocrossmatch Con Linfocitos T Y B.
3	5	56	Alocrossmatch Con Linfocitos Totales.
3	5	57	Alocrossmatch Con Linfocitos T Y B.
3	5	58	Cultivo Mixto De Linfocitos
3	5	60	Tipificación Hla B-27.
3	5	62	Tipificación Hla - Dr Serológica.
3	5	63	Tipificación Hla - A, B Serológica.
3	5	64	Seroteca Y Mantención En La Base A Receptores Cadáver
3	5	87	Anticuerpos Linfocitotóxicos Con Identificación De Inmunoglobulinas.
3	5	88	Especificidad De Anticuerpos.
3	5	89	Linfocitos B (Inmunofluorescencia)
3	5	91	Linfocitos T (Cd3, Cd4, Cd8). Técnica Citometría De Flujo
3	5	92	Natural Killers (Cd16, Cd56). Técnica Citometría De Flujo

VI.- Exámenes Microbiológicos

A.- Bacterias Y Hongos

A.1 Exámenes Microscópicos

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	1	Baciloscopia Ziehl-Neelsen Por Concentración De Líquidos (Orina U Otros), C/U
3	6	2	Baciloscopia Ziehl-Neelsen, C/U
3	6	4	Examen Directo Al Fresco, C/S Tinción (Incluye Trichomonas)
3	6	5	Tinción De Gram
3	6	6	Ultramicroscopia (Incluye Toma De Muestras)

A.2 Cultivos

(Incluye La Identificación Bioquímica Y Serológica Cuando Corresponda)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	7	Coprocultivo, C/U
3	6	8	Cultivo Corriente (Excepto Coprocultivo, Hemocultivo Y Urocultivo) C/U
Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	11	Urocultivo, Recuento De Colonias Y Antibiograma (Cualquier Técnica) (Incluye Toma De Orina Aséptica) (No Incluye Recolector Pediátrico)
3	6	91	Hemocultivo Aeróbico Automatizado Con Antibiograma
3	6	92	Hemocultivo Anaeróbico Automatizado Con Antibiograma
3	6	93	Hemocultivo Automatizado Para Micobacterias

A.3 Cultivos Específicos Para

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	12	Cultivo Para Anaerobios (Incluye Cód.. 03-06-008)
3	6	13	Cultivo Especifico Para Bordetella
3	6	14	Cultivo Para Campylobacter, Yersinia, Vibrio, C/U
3	6	16	Neisseria Gonorrhoeae (Gonococo)
3	6	17	Cultivo Para Levaduras
3	6	117	Cultivo Para Hongos Filamentosos
3	6	18	Cultivo Para Bacilo De Koch, (Incluye Otras Micobacterias)
3	6	19	Cultivo Para Legionella
3	6	22	Cultivo Y Tipificación De Micobacterias
3	6	23	Mycoplasma Y Ureaplasma, C/U.

A.4 Antibiograma

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	25	Antibiograma Bacilo De Koch (Cada Fármaco)
3	6	26	Antibiograma Corriente (Mínimo 10 Fármacos) (En Caso De Urocultivo No Corresponde Su Cobro; Incluido En El Valor 03-06-011)
3	6	27	Antibiograma De Estudio De Sensibilidad Por Dilución (Cim) (Mínimo 6 Fármacos) (En Caso De Urocultivo, No Corresponde Su Cobro; Incluido En El Valor Código 03-06-011)
3	6	28	Antifungigrama (Mínimo 4 Fármacos Antihongos)

A.5 Otros

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	90	Test Rápido De Detección De Streptococcus.

A.6 Serológicos

(Determinación De Antígenos O Anticuerpos)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	33	Brucella, Reacción De Aglutinación Para (Wright-Hudleson) O Similares
3	6	34	Clamidas Por Inmunofluorescencia, Peroxidasa, Elisa O Similares
3	6	36	Mononucleosis, Reacción De Paul Bunnell, Anticuerpos Heterofilos O Similares
3	6	37	Mycoplasma Igg, Igm, C/U.
3	6	38	R.P.R.
3	6	39	Tíficas, Reacciones De Aglutinación (Eberth H Y O, Paratyphi A Y B) (Widal)
3	6	41	Treponema Pallidum Fta - Abs, Mha-Tp C/U
3	6	42	V.D.R.L.
3	6	94	Atígeno galactomanano

B. Parásitos

B.1 Macro Y Microscópicos

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	43	Artrópodos Macroscópicos Y Microscópicos (Imagos Y/O Pupas Y/O Larvas), Diagnostico De Coproparasitario Seriado Con Técnica Para Cryptosporidium Sp O Para Diantamoeba Fragilis (Incluye Los Códigos 03-06-048 Y/O 03-06-059 Mas Aplicación De Técnica De Frotis Con Tinción Tricromía O Tinción Ziehl-Neelsen En Por Lo Menos 3 Muestras, Según Corresponda)
3	6	45	

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	46	Coproparasitario Seriado Para Fasciola Hepática (Incluye Diagnostico De Gusanos Macroscópicos Y Examen Microscópico De 10 Muestras Separadas Por Método De Telemann Y De Otras 10 Muestras Separadas Y Simultaneas Con Las Anteriores Por Técnica De Sedimentación)
3	6	47	Coproparasitario Seriado Para Isospora Y Sarcocystis (Incluye Diagnostico De Gusanos Macroscópicos Y Examen Microscópico De 3 Muestras Separadas)
3	6	48	Coproparasitologico Seriado Simple (Incluye Diagnostico De Gusanos Macroscópicos Y Examen Microscópico Por Concentración De 3 Muestras Separadas Método Telemann) (Proc. Aut.)
3	6	49	Diagnostico De Parásitos En Jugo Duodenal Y/O Bilis, Examen Macroscópico Y Microscópico (Directo Y/O Concentración, C/S Tinción)
3	6	50	Diagnostico Parasitario En Exudados, Secreciones Y Otros Líquidos Orgánicos (No Especificados Mas Adelante), Examen Macro Y Microscópico De (Incluye Concentración Y/O Tinción Cuando Proceda), C/U
3	6	51	Graham, Examen De (Incluye Diagnostico De Gusanos Macroscópicos Y Examen Microscópico De 5 Muestras Separadas)
3	6	52	Gusanos Macroscópicos, Diagnostico De (Proc. Aut.)
3	6	53	Hemoparasitos, Diagnostico Microscópico De (Mínimo 10 Frotis Y/O Gotas Gruesas, C/S Examen Directo Al Fresco), Cada Sesión.
3	6	54	Hemoparasitos, Diagnostico Por Técnica De Strout O Similar En Hasta 10 Tubos Capilares, Cada Sesión
3	6	56	Raspado De Piel, Examen Microscópico De ("Acarotest"): De 6 A 10 Preparaciones
3	6	59	Coproparasitologico Seriado Simple (Incluye Diagnostico De Gusanos Macroscopicos Y Examen Microscopico Por Concentración De Tres Muestras Separadas Metodo Pafs) (Proc. Aut.)

B.2. Serológicos

(Determinación De Antígenos Y Anticuerpos)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	61	Elisa Indirecta (Chagas, Hidatidosis, Toxocariasis Y Otras), C/U
3	6	66	Inmunofluorescencia Indirecta (Toxoplasmosis, Chagas, Amebiasis Y Otras), C/U
3	6	58	Parasitos determinación por reacción de polimerasa en cadena (PCR)
3	6	59	Parasitos testy rápido anticuerpos (chagas y otros)

C. Virus

C.1 Cultivos

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	68	Aislamiento De Virus (Adenovirus, Citomegalo-Virus, Coxsakie, Herpes, Influenza, Polio, Sarampión y Otros), C/U

C.2 Serología

(Determinación De Antígenos O Anticuerpos)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	6	69	Anticuerpos Virales, Determ. De (Adenovirus, Citomegalovirus, Herpes Simple, Rubeola, Influenza A Y B; Virus Varicela-Zoster; Virus Sincicial Respiratorio; Parainfluenza 1, 2 Y 3; Epstein Barr Y Otros), C/U
3	6	169	Anticuerpos Virales, Determ. De H.I.V.
3	6	70	Antígenos Virales Determ. De (Adenovirus, Citomegalovirus, Herpes Simple, Rubeola, Influenza Y Otros), (Por Cualquier Técnica Ej: Inmunofluorescencia), C/U
3	6	170	Antígenos Virales Determ. De Rotavirus, Por Cualquier Técnica
3	6	270	Antígenos Virales Determ. De Virus Sincicial, Por Cualquier Técnica
3	6	74	Virus Hepatitis A, Anticuerpos Igm Del
3	6	75	Virus Hepatitis B, Anticuerpo Del Antígeno E Del
3	6	76	Virus Hepatitis B, Anticore Total Del (Anti Hbc Total)
3	6	78	Virus Hepatitis B, Antígeno E Del (Hbeag)
3	6	80	Virus Hepatitis B, Anticore Igm Del (Anti Hbc Igm)
3	6	81	Virus Hepatitis C, Anticuerpos De (Anti Hcv)
3	6	82	Reacción De Polimerasa En Cadena (P.C.R.), Virus Influenza, Virus Herpes, Citomegalovirus, Hepatitis C, Mycobacteria Tbc, C/U (Incluye Toma Muestra Hisopado Nasofaringeo).

VII.- Procedimientos O Determinaciones Directamente Con El Paciente

(No Incluye Los Fármacos Ni Los Exámenes Bioquímicos Que Correspondan)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	7	1	Dietilendiamina Tetraacetato De Sodio Cromo (Edta Cr 51)
3	7	2	Prueba De La Sed (Volumen, Densidad, Osmolalidad Seriada En Sangre Y Orina)
3	7	5	Reacción Cutánea De Parche C/U
3	7	6	Sobrecarga Hídrica
3	7	7	Test Del Sudor (Procedimiento Completo)
3	7	8	Vasopresina Test O Similares (Incluye Además Mediciones De Diuresis)

Toma De Muestras

(Incluye Procedimiento Y El Material)

De Sangre

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	7	9	Arterial En Adultos
3	7	10	Arterial En Niños Y Lactantes
3	7	11	Venosa En Adultos
3	7	12	Venosa En Niños Y Lactantes
3	7	13	Con Técnica Aséptica Para Hemocultivo, C/U
3	7	14	Capilar (Adultos, Niños Y Lactantes)

De Orina, Exudados Y Líquidos De Cavidades Serosas

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	7	16	Punción Traqueal
3	7	17	Punción Vesical En Recién Nacidos
3	7	18	Punción Medular Ósea
3	7	23	Aspirados Nasofaríngeo Para Adulto Y Nino.
3	7	24	Reacción Cutánea 16 Alérgenos Por Escarificación (Incluye El Valor De Los Antígenos).

VIII.- Exámenes De Depositiones, Exudados, Secreciones Y Otros Líquidos

A. Depositiones

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	8	1	Azúcares Reductores (Benedict-Fehling O Similar)
3	8	3	Grasas Neutras (Sudan ISI)
3	8	4	Hemorragias Ocultas, (Bencidina, Guayaco O Test De Weber Y Similares), Cualquier Método, C/Muestra
3	8	5	Leucocitos Fecales
3	8	6	Ph

B. Exudados, Secreciones Y Otros Líquidos

(Amniótico, Articular, Ascítico, Bronquial, Digestivo, Ginecológico, L.C.R., Nasal, Pericardico, Pleural, Seminal U Otros).

B.1 Exámenes Generales

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	8	9	Células Neoplásicas En Fluidos Biológicos
3	8	10	Citológico C/S Tinción (Incluye Examen Al Fresco, Recuento Celular Y Citológico Porcentual)
3	8	11	Directo Al Fresco C/S Tinción, (Incluye Trichomonas)
3	8	12	Electrolitos (Sodio, Potasio, Cloro), C/U
3	8	13	Eosinófilos, Recuento De
3	8	14	Físico-Químico (Incluye Aspecto, Color, Ph, Glucosa, Proteína, Pandy Y Filancia)
3	8	15	Glucosa En Exudados, Secreciones Y Otros Líquidos
3	8	16	Mucina, Determinación De
3	8	17	Ph, (Proc. Aut.)
3	8	18	Proteínas Totales O Albumina (Proc. Aut.) C/U
3	8	19	Proteínas, Electroforesis De (Incluye Proteínas Totales)

B.2 Exámenes Especiales

B.2.1. L.C.R.

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	8	20	Bandas Oligoclonales (Incluye Electroforesis De L.C.R., Suero E Inmunofijacion)
3	8	21	Glutamina
3	8	22	Índice Igg/Albumina (Incluye Determ. De Igg Y Albumina En L.C.R.Y Suero)

B.2.2. Líquido Articular

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	8	23	Estudio De Cristales (Con Luz Polarizada)

B.2.3. Líquidos Gastrointestinales

A) Jugo Gástrico

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	8	25	Prueba De Estimulación Máxima Con Histamina, Mínimo 5 Muestras (No Incluye La Histamina Ni El Antihistamínico).

B) Jugo Pancreático

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	8	45	Amilasa en exudados, secreciones y otros líquidos
3	8	46	Lipasa en exudados, secreciones y otros líquidos

B.2.4. Líquido Seminal

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	8	29	Espermiograma (Físico Y Microscópico, Con O Sin Observación Hasta 24 Horas)
3	8	30	Fosfatasa Acida Prostática
3	8	31	Fructosa, Consumo De

B.2.5. Líquido Amniótico

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	8	33	Células Anaranjadas (Proc. Aut.)
3	8	34	Contaminantes (Meconio Y Sangre)(Proc. Aut.)
3	8	35	Creatinina (Proc. Aut.)
3	8	36	Fosfatidil Glicerol Y/O Fosfatidil Inositol
3	8	37	Índice De Bilirrubina (Prueba De Liley)
3	8	38	Índice Lecitina/Esfingomielina
3	8	39	Madurez Fetal Completa (Físico; Células Anaranjadas, Bilirrubina, Test De Clements, Creatinina, Contaminantes)
3	8	40	Test De Clements (Proc. Aut.)

B.2.6. Cervico Uterino Vaginal

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	8	41	Colpocitograma
3	8	43	Moco-Semen, Prueba De Compatibilidad
3	8	44	Flujo Vaginal O Secreción Uretral, Estudio De (Incluye Toma De Muestra Y Códigos 03-06-004, 03-06-005, 03-06-008, 03-06-017 Y 03-06-026)

IX.- Exámenes Orina

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	9	1	Acido Ascórbico
3	9	2	Acido Delta Aminolevulinico
3	9	3	Acido Fenilpiruvico (Pku, Cualitativo)
3	9	4	Acido Úrico O Urea En Orina (Cuantitativo)
3	9	5	Acido 5 Hidroxiindolacetico Cuantitativo
3	9	6	Amilasa Cuantitativa En Orina
3	9	7	Aminoácidos En Orina (Cualitativo)(Excepto Fenilalanina, Pku)
3	9	8	Calcio Cuantitativo En Orina
3	9	9	Calculo Urinario (Examen Físico Y Químico)
3	9	10	Creatinina Cuantitativa En Orina
3	9	11	Cuerpos Cetonicos
3	9	12	Electrolitos (Sodio, Potasio, Cloro) C/U, En Orina
3	9	13	Microalbuminuria Cuantitativa

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	9	14	Embarazo, Detección De (Cualquier Técnica)
3	9	15	Fosforo Cuantitativo En Orina
3	9	16	Glucosa (Cuantitativo), En Orina
3	9	35	Hem siderina
3	9	17	Hidroxiprolina En Orina
3	9	19	Mucopolisacaridos
3	9	20	Nitrógeno Ureico O Urea En Orina (Cuantitativo)
3	9	21	Nucleótidos Cíclicos (Camp, Cgm, U Otros) C/U
3	9	22	Orina Completa, (Incluye Cod. 03-09-023 Y 03-09-024)
3	9	23	Orina, Físico-Químico (Aspecto, Color, Densidad, Ph, Proteínas, Glucosa, Cuerpos Cetonicos, Urobilinogeno, Bilirrubina, Hemoglobina Y Nitritos) Todos O Cada Uno De Los Parámetros (Proc. Aut.)
3	9	24	Orina, Sedimento (Proc. Aut.)
3	9	25	Osmolalidad
3	9	27	Porfirinas, C/U
3	9	28	Proteína (Cuantitativa), En Orina
3	9	29	Proteínas De Bence-Jones Prueba Térmica

04- Grupo Prestación: Imagenología (**)

(No Incluye Medicamentos, Inyecciones, Edemas O Medios De Contraste)

(**) Se Excluyen Los Códigos 04-02-Xxx (Exámenes De Rayos Complejos)

A.- Exámenes Radiológicos Simples

Cuello

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	1	1	Sialografía (4 Exp.)
4	1	2	Partes Blandas; Laringe Lateral; Cavum Rinofaríngeo (Rinofarinx). C/U.(1 Exp.)

Torax

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	1	4	Torax, Proyección Complementaria En El Mismo Examen
4	1	4	(Oblicuas, Selectivas U Otras), C/U (1 Exp.)
4	1	6	Estudio Radiológico De Corazón (Incluye Fluoroscopia, Telerradiografías Frontal Y Lateral Con Esofagograma)
4	1	8	Torax, Radiografía Con Equipo Móvil Fuera Del Departamento De Rayos, Cada Proyección (1 O Mas Exp.)
4	1	9	Torax Simple (Frontal O Lateral) (Incluye Fluoroscopia) (1 Proy.) (1 Exp. Panorámica).
4	1	70	Torax (Frontal Y Lateral) (Incluye Fluoroscopia) (2 Proy. Panorámicas) (2 Exp.)

Glándulas Mamarias

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	1	10	Mamografía Bilateral (4 Exp.)
4	1	110	Mamografía Unilateral (2 Exp.)
4	1	130	Proyección Complementaria De Mamas (Axilar U Otras), C/U
4	1	11	Marcación Preoperatoria De Lesiones De La Mama (4 Exp.)
4	1	12	Radiografía De Mama, Pieza Operatoria (1 Exp.)

Abdomen

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	1	13	Abdomen Simple (1 Proyección) (1 Exp.) (Con Equipo Estático O Móvil)
4	1	14	Abdomen Simple, Proyección Complementaria En El Mismo Examen (1 Exp.)

Aparato Digestivo

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	1	15	Colangiografía Intra O Postoperatoria (Por Sonda T, O Similar)
4	1	18	Enema Baritada Del Colon (Incluye Llense Y Control Postvaciamiento; 8-10 Exp.)
4	1	19	Enema Baritada Del Colon O Intestino Delgado, Doble Contraste (12 Exp.)
4	1	20	Esófago Simple (Incluye Pesquisa De Cuerpo Extraño) (Proc. Aut.) (6 Exp.)
4	1	21	Esófago, Estomago Y Duodeno, Doble Contraste (15 Exp.)
4	1	22	Estudio De Deglución Faríngea (6 Exp.)
4	1	23	Estudio Intestino Delgado (6 Exp.)
4	1	24	Esófago, Estomago Y Duodeno, Simple En Niños (8 Exp.)

Aparato Urogenital

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	1	27	Pielografía De Eliminación O Descendente: Incluye Renal Y Vesical Simples Previas, 3 Placas Post Inyección De Medio De Contraste, Controles De Pie Y Cistografía Pre Y Post Miccional. (7 A 9 Exp.)
4	1	28	Renal Simple (Proc. Aut.) (1 Exp.)
4	1	29	Vesical Simple O Perivesical (Proc. Aut.) (1 Exp.)

Cráneo

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	1	30	Agujeros Ópticos, Ambos Lados (2 Proy.) (2 Exp.)
4	1	31	Cavidades Perinasales, Orbitas, Articulaciones Temporomandibulares, Huesos Propios De La Nariz, Malar, Maxilar, Arco Cigomático, Cara , Cada Una (2 Exp.)
4	1	32	Cráneo Frontal Y Lateral (2 Exp.)
4	1	33	Cráneo, Cada Proyección Especial: Axial, Base, Towne, Tangencial, Etc. (1 Exp.)
4	1	34	Globo Ocular, Estudio De Cuerpo Extraño (4 Exp.)
4	1	35	Oído, Uno O Ambos (2-4 Proy.) (2-4 Exp.)
4	1	40	Silla Turca Frontal Y Lateral (2 Exp.)

Columna Vertebral

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	1	42	Columna Cervical O Atlas-Axis (Frontal Y Lateral) (2 Exp.)
4	1	43	Columna Cervical (Frontal, Lateral Y Oblicuas) (4 Proy.) (4 Exp.)
4	1	44	Columna Cervical Funcional Adicional (2 Exp.)
4	1	45	Columna Dorsal O Dorsolumbar Localizada, Parrilla Costal (Frontal Y Lateral) (2 Exp.)
4	1	46	Columna Lumbar O Lumbosacra (Ambas Incluyen Quinto Espacio) (3-4 Exp.)
4	1	47	Columna Lumbar O Lumbosacra Funcional (2 Exp.)
4	1	48	Columna Lumbar O Lumbosacra, Oblicuas Adicionales (2 Exp.)
4	1	49	Columna Total O Dorsolumbar, Panorámica Con Folio Graduado (1 Proy.) (1 Exp.)
4	1	51	Pelvis, Cadera O Coxofemoral, C/U (1 Exp.)
4	1	151	Pelvis, Cadera O Coxofemoral De Rn, Lactante O Nino Menor De 6 Anos, C/U (1 Exp.)
4	1	52	Pelvis, Cadera O Coxofemoral, Proyecciones Especiales; (Rotación Interna, Abducción, Lateral, Lawenstein U Otras) C/U (1 Exp.)
4	1	53	Sacrocoxis O Articulaciones Sacroiliacas, C/U (2-3 Exp.)

Extremidades

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	1	54	Brazo, Antebrazo, Codo, Muñeca, Mano, Dedos, Pie O Similar (Frontal Y Lateral) C/U. (2 Exp.)
4	1	55	Clavícula (2 Exp.)
4	1	56	Edad Ósea : Carpo Y Mano (1 Exp.)
4	1	57	Edad Ósea : Rodilla (Frontal) (1 Exp.)
4	1	58	Estudio De Escafoides
4	1	59	Estudio Muñeca O Tobillo (Front.,Lateral Y Oblicuas; 4 Exp.)
4	1	60	Hombro, Fémur, Rodilla, Pierna, Costilla O Esternón (Frontal Y Lateral; 2 Exp.), C/U
4	1	62	Proyecciones Especiales Oblicuas U Otras En Hombro, Brazo, Codo, Rodilla, Rotulas, Sesamoideos, Axial De Ambas Rotulas O Similares, C/U
4	1	63	Túnel Intercondileo O Radio-Carpiano

Procedimiento Fluoroscopico De Apoyo:

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	1	64	Apoyo Fluoroscopico A Procedimientos Intraoperatorios Y/O Biopsia (No Incluye El Proc.)

II.- Tomografía Axial Computarizada (Tac)

(Los Valores De Las Prestaciones No Incluyen El Medio De Contraste)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	3	1	Cerebro (30 Cortes 8-10 Mm.)
4	3	2	Silla Turca E Hipófisis (20 Cortes 2 Mm)
4	3	3	Angulo Ponto Cerebeloso (40 Cortes 2mm.)
4	3	6	Temporal-Oído (Incluye Coroneales) (40 Cortes 2mm.)
4	3	7	Orbitas Maxilofacial (Incluye Coroneales) (40 Cortes 2-4 Mm.)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	3	8	Columna Cervical (4 Espacios - 5 Vertebras) (40 Cortes 2mm.)
4	3	9	Columna Dorsal O Lumbar (3 Espacios - 4 Vertebras) (30 Cortes 2-4mm.)
4	3	12	Cuello, Partes Blandas (30 Cortes, 4-8 Mm.)
4	3	13	Torax Total (30 Cortes 8-10 Mm.)
4	3	14	Abdomen (Hígado, Vías Y Vesícula Biliar, Páncreas, Bazo, Suprarrenales Y Riñones) (40 Cortes 8-10 Mm.)
4	3	16	Pelvis (28 Cortes, 8-10 Mm.)
4	3	17	Extremidades, Estudio Localizado (30 Cortes 2-4 Mm.)
4	3	101	Angiotac De Cerebro
4	3	102	Angiotac De Torax
4	3	103	Angiotac De Abdomen

II.- Ultrasonografía (Mínimo 6 Imágenes Diferentes Para Ecotomografías)

A.- Equipos Simples

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	4	2	Ecografía Obstétrica

B.- Equipos De Mediana A Alta Resolución

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	4	3	Ecotomografía Abdominal (Incluye Hígado, Vía Biliar, Vesícula, Páncreas, Riñones, Bazo, Retroperitoneo Y Grandes Vasos)
4	4	4	Ecotomografía Como Apoyo A Cirugía, O A Procedimiento (De Torax, Muscular, Partes Blandas, Etc.)
4	4	5	Ecotomografía Transvaginal O Transrectal
4	4	6	Ecotomografía Ginecológica, Pelviana Femenina U Obstétrica Con Estudio Fetal
4	4	7	Ecotomografía Transvaginal Para Seguimiento De Ovulación, Proc. Completo (6-8 Sesiones)
4	4	8	Ecotomografía Para Seguimiento De Ovulación, Procedimiento Completo (6 A 8 Sesiones)
4	4	9	Ecotomografía Pélvica Masculina (Incluye Vejiga Y Próstata)
4	4	10	Ecotomografía Renal (Bilateral), O De Bazo

Ib.- Resonancia Magnética (Incluye Medio De Contraste)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	5	1	Cráneo-Cerebro
4	5	2	Silla Turca
4	5	3	Orbitas
4	5	4	Articulaciones Temporo Maxilar
4	5	5	Columna Cervical
4	5	6	Columna Dorsal
4	5	7	Columna Lumbar
4	5	9	Torax
4	5	10	Abdomen Total
4	5	11	Pelvis
4	5	12	Abdomen+Pelvis
4	5	98	Colangiorensonancia
4	5	13	Rodilla: Estudio Por Resonancia Unilateral
4	5	14	Extremidad Superior: Estudio Por Resonancia De Uno O Mas Segmentos O La Extremidad Completa
4	5	15	Extremidad Inferior: Estudio Por Resonancia De Uno O Mas Segmentos O La Extremidad Completa
4	5	16	Columna Total: Estudio De Columna Cervical, Dorsal Y Lumbar
4	5	17	Resonancia magnetica Angiografía de Encéfalo
4	5	18	Resonancia magnetica Angiografía de Cuello
4	5	19	Resonancia magnetica Angiografía de Tórax
4	5	20	Resonancia magnetica Angiografía de Abdomen
4	5	21	Resonancia magnetica Angiografía de Pélvis
4	5	22	Resonancia magnetica Angiografía de Extremidad Superior Unilateral
4	5	23	Resonancia magnetica Angiografía de Extremidad Inferior Bilateral
4	5	24	Resonancia Magnetica de mano y muñeca
4	5	25	Resonancia Magnetica antebrazo o brazo
4	5	26	Resonancia Magnetica de codo
4	5	27	Resonancia Magnetica de hombro

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
4	5	28	Resonancia Magnetica de pie, antepie o tobillo
4	5	29	Resonancia Magnetica de pierna
4	5	30	Resonancia Magnetica de muslo
5	1	134	Densitometría Ósea A Fotón Doble, Columna Y Cadera

Kinesiología Y Fisioterapia

I.- Procedimientos Diagnósticos

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
6	1	1	Evaluación Kinesiológica: Muscular, Articular, Postural, Neurológica Y Funcional (Máximo 2 Por Tratamiento)
6	1	3	Examen De La Función Muscular, C/Dinamómetros O Similares

II.-Procedimientos Terapéuticos (Solo Pueden Utilizarse Hasta 3 Procedimientos De C/U De Las Prestaciones Sigüientes Por Paciente. Si Se Necesitan Mas, Deberán

A.- Fisioterapia

A.1.Terapia Calórica Superficial

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
6	1	4	Piscina Temperada (Incluye Ejercicios) (Proc. Aut.)
6	1	5	Radiación Infrarroja, Horno, Baño Parafina, Compresas Húmedas, C/U (Proc. Aut.)
6	1	6	Tanque De Hubbard Con Ejercicios (Híper O Hipo-Termal Sobre 1.000 Lts De Capacidad) (Proc. Aut.)
6	1	7	Turbión, Tanque Con Remolino (Híper O Hipotermal, Bano De Contraste) (Proc. Aut.)
6	1	10	Radiación Ultravioleta Localizada (Proc. Aut.)

A.2.Terapia Calórica Profunda

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
6	1	8	* Laserterapia (Proc. Aut.)
6	1	9	* Onda Corta (Ultratermia), Microondas, C/U (Proc. Aut.)
6	1	11	* Ultrasonido (Proc. Aut.)

A.3.Electroterapia

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
6	1	12	* Analgesia Transcutanea (Tens) (Proc. Aut.)
6	1	13	* Estimulación Eléctrica (Interferencial, Diadinamicas, Exponenciales, Galvánica, Farádica, Ultraexcitante) (Proc. Aut.)
6	1	14	* Iontoforesis (Proc. Aut.)
6	1	15	* Retroalimentación Neuromuscular (Miofeedback) (Proc. Aut.)

A.4 Mecanoterapia

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
6	1	16	* Compresión Neumática (Masaje Compresivo) (Proc. Aut.)
6	1	27	* Tracción Cervical Y/O Lumbar (Mecánica O Manual) (Proc. Aut.)

B.- Kinesiterapia

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
6	1	29	Atención Kinesiológica Integral
6	1	17	Ejercicios Respiratorios Y Procedimientos De Kinesiterapia Torácica (Ventilación Pulmonar Localizada, Estimulación De La Tos, Bloqueos Torácicos, Vibraciones, Percusiones Y Tapoteos) (Proc. Aut.)
6	1	28	Entrenamiento Cardiorespiratorio (Sesiones Individuales, Mínimo 30 Minutos) (Proc. Aut.)
6	1	18	Entrenamiento Ergometrico Con Treadmill O Cicloergometro (Proc. Aut.)
6	1	19	Entrenamiento Ortesico De Gran Incapacitado (Proc. Aut.)
6	1	20	Entrenamiento Protésico Extremidades (Proc. Aut.)
6	1	21	Manipulación Osteopatica (Liberación Articular, Manipulación Vertebral) (Proc. Aut.)
6	1	22	Masoterapia, Por Sesión (Proc. Aut.)
6	1	23	Orientación Y Entrenamiento De Ciegos (Reeducación Postural, Entrenamiento Vicariante, Desplazamiento) (Proc. Aut.)
6	1	24	Reeducación Motriz (Ejercicios Terapéuticos Para Recuperación Muscular, Capacidad De Trabajo, Coordinación, Gimnasia Ortopédica, Reeducación Funcional, De Marcha) (Individual Y Por Sesión, Mínimo 30 Minutos) (Proc. Aut.)
6	1	25	Técnicas De Facilitación, Técnicas De Inhibición (Kabat Y/O Bobath) (Proc. Aut.)
6	1	26	Técnicas De Relajación (Entrenamiento Autógeno Schultz - Jacobson O Similar) (Proc. Aut.)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
6	1	30	Drenajes Posturales Bronquiales (Proc. Aut.)
6	1	31	Atención Kinesiológica Integral, Al Enfermo Hosp. En Uti O Intermedio (Max. 1 Diaria)

* Todas Estas Prestaciones Pueden Ser Ejecutadas Y Cobradas Por Kinesiólogos, Por Prescripción Escrita De Un Medico Cirujano.

Psiquiatría Y Psicología Clínica

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
9	2	1	Consulta Psicólogo Clínico (Sesiones 45')
9	2	2	Psicoterapia Individual (Sesiones 45')
9	2	3	Psicoterapia De Pareja (Cada Miembro De La Pareja) (Sesión 45')

A.- Evaluación De Personalidad

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
9	2	10	Test De Rorschach
9	2	11	Test De Relaciones Objétales
9	2	12	Test De Apercepción Temática, T.A.T., C.A.T.-H O C.A.T.-A
9	2	13	Test De Edwards
9	2	14	Test De M.M.P.I.

B.- Evaluación De Nivel Intelectual, Desarrollo Y Funciones

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
9	2	15	Test De Weschler, Wais, Wisc O Wppi
9	2	16	Test De Domino O Test De Raven

C.- Evaluación Funciones Gnosoprácticas

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
9	2	17	Test De Bender
9	2	18	Bender Bip
9	2	19	Test De Goldstein
9	2	20	Test De Luria-Nebraska

Neurología Y Neurocirugía

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
11	1	4	E.E.G. De 16 O Mas Canales (Incluye El Cod.11-01-006)
11	1	6	Electroencefalograma (E.E.G.) Standard Y/O Activado "Sin Privación De Sueno" (Incluye Mono Y Bipolares, Hiperventilación, C/S Reactividad Auditiva, Visual, Lumínica, Por Drogas U Otras). Equipo De 8 Canales
11	1	40	E.E.G. Post-Privación De Sueno (Incluye Código 11-01-006). Equipo De 8 Canales
11	1	43	E.E.G. Digital (Con Activaciones) 32 Canales

Otorrinolaringología

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
13	1	21	En Adultos (Audiograma)
13	1	8	En Niños (Audiograma)
13	1	9	Impedanciometría
13	1	10	Prueba De Audífonos
13	1	11	Audiometría Por Potenciales Evocados (Adultos O Niños)
13	1	20	VIII Par, Estudio De (Examen Cocleovestibular) (Incluye Audiometría Completa, Examen Cerebeloso, De Pares Craneanos, De Equilibrio Y Del Nistagmus Espontaneo Y Provocado, "Prueba Calórica").

Cardiología. Neumología. Cirugía Cardiovascular Y De Torax.

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
17	1	1	E.C.G. De Reposo (Incluye Mínimo 12 Derivaciones Y 4 Complejos Por Derivación)
17	1	3	Ergometría (Incluye E.C.G Antes, Durante Y Después Del Ejercicio, Con Monitoreo Continuo Y Medición De La Intensidad Del Esfuerzo)
17	1	6	E.C.G. Continuo (Test Holter O Similares, Por Ej. Variabilidad De La Frecuencia Cardíaca Y/O Alta Resolución Del St Y/O Depolarización Tardía);20 A 24 Horas De Registro
17	1	7	Ecocardiograma Doppler, Con Registro (Incluye Cod. 17-01-008)
17	1	45	Ecocardiograma Doppler Color
17	1	8	Ecocardiograma Bidimensional (Incluye Registro Modo M , Papel Fotosensible Y Fotografía), En Adultos O Niños (Proc. Aut.)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
17	1	9	Monitoreo Continuo De Presión Arterial
17	1	15	Doppler Con Ergometría (Por Sesión)
17	1	16	Doppler Simple De Vasos Periféricos (Por Sesión)
17	7	1	Espirometrias Basal
17	7	2	Espirometria Basal Y Con Broncodilatador

Gastroenterología

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
18	1	1	Gastroduodenoscopia (Incluye Esofagoscopia).
18	1	37	Ureasa, Test De (Para Helicobacter Pylori) O Similar
18	1	5	Ano-Recto-Sigmoidoscopia En Niños (Además Anestesia Cod. 22-01-001 Si Corresponde)
18	1	6	Colonoscopia Larga (Incluye Sigmoidoscopia Y Colonoscopia Izquierda)
18	1	7	Sigmoidoscopia Y Colonoscopia Izquierda Con Tubo Flexible (Incluye La Ano-Recto-Sigmoidoscopia)

Urología Y Nefrología

I.- Procedimientos Urológicos (Además Anestesia Cód.. 22-01-001 Si Corresponde)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
19	1	1	Exploración De Uretra Antero-Posterior Con Bujía Y/O Explorador Olivar, Y/O Sonda, Y/O Benique, Y/O Medición De Residuo Vesical (La Calibración Del Meato Esta Incluida En El Valor De La Consulta)

Endoscopias C/S Biopsias

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
19	1	2	Cistoscopia Con Sondeo De Uno o Ambos Uréteres
19	1	3	Cistoscopia Y/O Uretrocistoscopia Y/O Uretroscopia (Proc. Aut.)