



**Códigos Fonasa de Prestaciones con Reembolso para Afiliados
Trabajadores y Pensionados de Caja 18 – 2024**

Marzo 2024

Códigos Fonasa de Prestaciones con Reembolso Caja 18 – 2023, para Afiliados Trabajadores y Pensionados

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 por 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
01	01	001	CONSULTA MEDICINA GENERAL
01	01	201	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA
01	01	202	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA
01	01	203	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA
01	01	204	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA
01	01	205	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
01	01	206	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGÍA
01	01	207	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA ADULTO
01	01	208	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
01	01	209	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA ADULTOS
01	01	210	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
01	01	211	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA
01	01	212	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA ADULTOS (1RA CONSULTA)
01	01	213	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA (1RA CONSULTA)
01	01	300	CONSULTA MÉDICA OTRAS ESPECIALIDADES
01	01	301	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGÍA
01	01	302	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN HEMATOLOGÍA
01	01	303	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INFECTOLOGÍA
01	01	304	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INMUNOLOGÍA
01	01	305	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
01	01	306	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
01	01	307	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
01	01	308	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
01	01	309	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA
01	01	310	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
01	01	311	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN UROLOGÍA

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
01	01	312	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL
01	01	313	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL
01	01	314	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
01	01	315	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE TÓRAX
01	01	316	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
01	01	317	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
01	01	318	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA
01	01	319	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGÍA
01	01	320	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DIABETOLOGÍA
01	01	321	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO
01	01	322	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS
01	01	323	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA ADULTO
01	01	324	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICO
01	01	325	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GENÉTICA CLÍNICA
01	01	326	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA ADULTO
01	01	327	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICO
01	01	328	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEONATOLOGÍA
01	01	329	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA
01	01	330	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIA
01	01	331	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA
01	01	332	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA
01	01	333	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA MATERNO FETAL
01	01	334	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA NUCLEAR

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
03	01	002	ACIDO FÓLICO O FOLATOS
03	01	003	ADENOGRAMA, MIELOGRAMA, C/U
03	01	006	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON DIFERENTES AGONISTAS
03	01	007	ANTICOAGULANTES CIRCULANTES O ANTICOAGULANTE LÚPICO
03	01	008	ANTITROMBINA III
03	01	011	COAGULACIÓN, TIEMPO DE
03	01	013	TIEMPO DE LISIS DEL COÁGULO
03	01	014	PRUEBA DE ANTIGLOBULINA DIRECTA
03	01	017	DESHIDROGENASA GLUCOSA-6-FOSFATO EN ERITROCITOS
03	01	020	TIEMPO DE LISIS DE EUGLOBULINAS
03	01	021	FIBRINÓGENO

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	01	022	TEST DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA
03	01	024	FACTOR V
03	01	025	FACTORES VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, C/U
03	01	026	FERRITINA
03	01	027	FIBRINÓGENO, PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DEL
03	01	028	FIERRO SÉRICO
03	01	029	FIERRO, CAPACIDAD DE FIJACIÓN DEL (INCLUYE FIERRO SÉRICO)
03	01	030	FIERRO, CINÉTICA DEL (CADA DETERMINACIÓN)
03	01	034	CLASIFICACIÓN SANGUÍNEA AB0 Y RHD
03	01	035	HAPTOGLOBINA CUANTITATIVA
03	01	036	HEMATOCRITO (PROC. AUT.)
03	01	038	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (PROC. AUT.)
03	01	040	HEMOGLOBINA FETAL CUANTITATIVA EN ERITROCITOS
03	01	041	HEMOGLOBINA GLICADA A1C
03	01	042	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA
03	01	044	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA
03	01	045	HEMOGRAMA (INCLUYE RECUENTOS DE LEUCOCITOS, ERITROCITOS, PLAQUETAS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, FÓRMULA LEUCOCITARIA, CARACTERÍSTICAS DE LOS ELEMENTOS FIGURADOS Y VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN)
03	01	048	HEMOSIDERINA MEDULAR
03	01	049	CUANTIFICACIÓN DE HEPARINA
03	01	051	IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS
03	01	054	METAHEMOGLOBINA
03	01	059	TIEMPO DE PROTROMBINA (INCLUYE INR, RAZÓN INTERNACIONAL NORMALIZADA)
03	01	062	RECUENTO DE BASÓFILOS (ABSOLUTO)
03	01	063	RECUENTO DE EOSINÓFILOS (ABSOLUTO)
03	01	064	RECUENTO DE ERITROCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)
03	01	065	RECUENTO DE LEUCOCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)
03	01	066	RECUENTO DE LINFOCITOS (ABSOLUTO)
03	01	067	RECUENTO DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)
03	01	068	RECUENTO DE RETICULOCITOS (ABSOLUTO O PORCENTUAL)
03	01	069	RECUENTO DIFERENCIAL O FÓRMULA LEUCOCITARIA (PROC. AUT.)
03	01	070	RESISTENCIA GLOBULAR OSMÓTICA
03	01	072	TIEMPO DE SANGRÍA (NO INCLUYE DISPOSITIVO ASOCIADO)
03	01	082	TRANSFERRINA
03	01	083	TROMBINA, TIEMPO DE
03	01	085	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL DE (TPA, TTPK O SIMILARES)
03	01	086	VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN (PROC. AUT.)
03	01	089	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGÉNICO (FVW:AG)
03	01	090	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGÉNICO COFACTOR RISTOCETINA (FVW:CORIS)
03	01	091	PROTEÍNA C FUNCIONAL

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	01	092	PROTEÍNA S
03	01	093	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA
03	01	094	ESTUDIO DE LA HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA (HPN) POR CITOMETRÍA DE FLUJO
03	01	095	DÍMERO-D
03	01	096	PROCALCITONINA
03	01	097	INHIBIDOR DE FACTOR DE LA COAGULACIÓN
03	01	098	SECRECIÓN PLAQUETARIA CON DIFERENTES AGONISTAS
03	01	099	TIEMPO DE VENENO DE VÍBORA DE RUSSELL DILUÍDO
03	01	100	ANTITROMBINA III ANTIGÉNICA
03	01	114	PROTEÍNA C ANTIGÉNICA
03	01	116	HEMOGLOBINA GLICADA, A1C, TEST RÁPIDO EN EL LUGAR DE ASISTENCIA (INCLUYE TOMA DE MUESTRA SANGRE CAPILAR)

II.- Sangre, Exámenes Bioquímicos

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	02	001	CUERPOS CETÓNICOS EN SANGRE
03	02	002	ACIDO CÍTRICO
03	02	004	LACTATO EN SANGRE
03	02	005	ACIDO ÚRICO, EN SANGRE
03	02	008	AMILASA, EN SANGRE
03	02	009	AMINOÁCIDOS, CUALITATIVO EN SANGRE
03	02	010	AMONIO
03	02	070	APOLIPOPROTEÍNAS (A1, B U OTRAS) C/U
03	02	011	BICARBONATO (PROC. AUT.)
03	02	012	BILIRRUBINA TOTAL (PROC. AUT.)
03	02	013	BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA
03	02	015	CALCIO EN SANGRE
03	02	017	CAROTENO
03	02	018	CAROTENO, PRUEBA DE SOBRECARGA DE, ADEMÁS 2 CÓDIGOS 03-07-011 O 03-07-012.
03	02	019	CERULOPLASMINA
03	02	020	COBRE EN SANGRE
03	02	067	COLESTEROL TOTAL (PROC. AUT.)
03	02	068	COLESTEROL HDL (PROC. AUT.)
03	02	021	COLINESTERASA EN SUERO O PLASMA
03	02	023	CREATININA EN SANGRE
03	02	024	CLEARANCE DE CREATININA (PROC.AUT.)
03	02	025	CREATINQUINASA CK - MB ACTIVIDAD
03	02	026	CREATINQUINASA CK - TOTAL
03	02	027	TROPONINA
03	02	030	DESHIDROGENASA LÁCTICA TOTAL (LDH)
03	02	031	DESHIDROGENASA LÁCTICA TOTAL (LDH), CON SEPARACIÓN DE ISOENZIMAS
03	02	032	ELECTROLITOS PLASMÁTICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U
03	02	033	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA I
03	02	034	PERFIL LIPÍDICO (INCLUYE MEDICIONES DE COLESTEROL TOTAL, HDL-COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS CON ESTIMACIONES POR FÓRMULA DE LDL-COLESTEROL, VLDL-COLESTEROL Y COLESTEROL NO-HDL)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	02	035	FÁRMACOS Y/O DROGAS; NIVELES PLASMÁTICOS DE (ALCOHOL, ANOREXÍGENOS, ANTIARRÍTMICOS, ANTIBIÓTICOS, ANTI
03	02	036	FENILALANINA
03	02	039	FOSFATASAS ALCALINAS CON SEPARACIÓN DE ISOENZIMAS HEPÁTICAS, INTESTINALES, ÓSEAS C/U
03	02	040	FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES
03	02	042	FÓSFORO (FOSFATOS) EN SANGRE
03	02	043	GALACTOSA
03	02	045	GAMMA GLUTAMILTRANSPEPTIDASA (GGT)
03	02	046	GASES Y EQUILIBRIO ÁCIDO BASE EN SANGRE (INCLUYE: PH, O2, CO2, EXCESO DE BASE Y BICARBONATO), TODOS O CADA U
03	02	047	GLUCOSA EN SANGRE
03	02	048	GLUCOSA, PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL (PTGO), (DOS DETERMINACIONES; NO INCLUYE LA GLUCOSA QUE
03	02	050	ADENOSINDEAMINASA EN SANGRE U OTRO FLUIDO BIOLÓGICO (ADA)
03	02	052	LEUCINAMINOPEPTIDASA (LAP)
03	02	053	LIPASA EN SANGRE
03	02	055	LITIO EN SANGRE
03	02	056	MAGNESIO EN SANGRE
03	02	057	NITRÓGENO UREICO Y/O UREA, EN SANGRE
03	02	058	OSMOLALIDAD EN SANGRE
03	02	075	PERFIL BIOQUÍMICO (DETERMINACIÓN AUTOMATIZADA DE 12 PARÁMETROS)
03	02	061	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS (INCLUYE CÓD. 03-02-100 Y 03-02-101)
03	02	076	PERFIL HEPÁTICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)
03	02	063	TRANSAMINASAS, OXALACÉTICA (GOT/AST), PIRÚVICA (GPT/ALT), C/U
03	02	064	TRIGLICÉRIDOS EN SANGRE (PROC.AUT.)
03	02	066	XILOSA, PRUEBA DE ABSORCIÓN (NO INCLUYE LA XILOSA QUE SE ADMINISTRA)
03	02	077	VITAMINA B12 POR INMUNOENSAYO
03	02	078	25 OH VITAMINA D TOTAL POR INMUNOENSAYO (QUIMIOLUMINISCENCIA, ENZIMOINMUNOENSAYO, RADIO INMUNOENSAYO Y OTROS)
03	02	080	VITAMINA B6 POR HPLC
03	02	081	CALCIO IÓNICO. INCLUYE MEDICIÓN DE PH MÉTODO IÓN SELECTIVO. NO INCLUYE POINT OF CARE TESTING POCT
03	02	082	FENILALANINA CUANTITATIVA EN GOTAS DE SANGRE SECA
03	02	083	CARBOXIHEMOGLOBINA
03	02	084	PLOMO EN SANGRE
03	02	085	PREALBUMINA
03	02	086	HOMOCISTEÍNA
03	02	100	PROTEÍNAS TOTALES EN SANGRE
03	02	101	ALBÚMINAS EN SANGRE
03	02	095	TIOPURINA METILTRANSFERASA, ACTIVIDAD ENZIMATICA
03	02	097	HORMONA TIROESTIMULANTE, NEONATAL EN GSS
03	02	098	PERFIL DE AMINOÁCIDOS Y ACILCARNITINAS EN GSS
03	02	099	PESQUISA NEONATAL AMPLIADA EN GSS (INCLUYE PERFIL DE AMINOÁCIDOS Y ACILCARNITINAS; SUCCINILACETONA; HORMONA TIROESTIMULANTE, NEONATAL; BIOTINIDASA; GALACTOSA TOTAL; GALACTOSA-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASA)
03	02	102	LEUCINA CUALITATIVA EN GSS

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
3	2	100	Proteínas totales en sangre
3	2	101	Albuminas en sangre

V.- Inmunología

A.- Inmunoquímica

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	05	001	ALFA -1- ANTITRIPSINA CUANTITATIVA
03	05	002	ALFA -2- MACROGLOBULINA
03	05	003	ALFA FETOPROTEÍNAS
03	05	004	TAMIZAJE DE ANTICUERPOS ANTI-ANTÍGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A- ENA) (INCLUYE SM, RNP, RO, LA, SCL- 70 Y JO- 1).
03	05	005	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA), ANTIMITOCONDRIALES, ANTI DNA (ADNA), ANTI MÚSCULO LISO, ANTICENTRÓMERO, U OTROS, C/U.
03	05	007	ANTICUERPOS ESPECÍFICOS Y OTROS AUTOANTICUERPOS (ANTICUERPOS ANTITIROÍDEOS: ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES Y ANTITIROGLOBULINAS Y OTROS ANTICUERPOS: PROSTÁTICO, ESPERMIOS, ETC.) C/U
03	05	008	ANTIESTREPTOLISINA O, POR TÉCNICA DE LÁTEX
03	05	009	ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)
03	05	070	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO
03	05	170	ANTÍGENO CA 125, CA 15-3 Y CA 19-9, C/U
03	05	010	BETA-2-MICROGLOBULINA
03	05	012	COMPLEMENTO C1Q, C2, C3, C4, ETC., C/U
03	05	013	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO (CH 50)
03	05	014	CRIOGLOBULINAS, PRECIPITACIÓN EN FRÍO (CUALITATIVA) O CUANTITATIVA C/U
03	05	019	FACTOR REUMATOÍDEO POR TÉCNICA DE LÁTEX U OTRAS SIMILARES
03	05	020	FACTOR REUMATOÍDEO POR TÉCNICA DE SCAT, WAALER ROSE, NEFELOMÉTRICAS Y/O TURBIDIMÉTRICAS
03	05	021	INHIBIDOR DE C1Q, C2 Y C3, C/U
03	05	025	INMUNOFIJACIÓN DE INMUNOGLOBULINA, C/U
03	05	026	INMUNOGLOBULINA IGA SECRETORA
03	05	027	INMUNOGLOBULINAS IGA, IGG, IGM, C/U
03	05	028	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGD TOTAL, C/U
03	05	029	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGG ESPECÍFICAS, C/U
03	05	030	PROTEÍNA C REACTIVA POR TÉCNICA DE LÁTEX U OTRAS SIMILARES
03	05	031	PROTEÍNA C REACTIVA POR TÉCNICAS AUTOMATIZADAS
03	05	081	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO (EMA, ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR (GBM), ANTIRETICULINA, POR IFI C/U.
03	05	181	ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (TTG)(INCLUYE IGG E IGA)
03	05	082	ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA), (INCLUYE C-ANCA Y P-ANCA), POR IFI.
03	05	083	DETERMINACIÓN DE ISOTIPOS DE ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (G-M-A-C'3), POR IFI, C/U.
03	05	084	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS (IGG, IGM), C/U
03	05	085	ANTICUERPOS ANTI LKM-1
03	05	086	ANTICUERPOS CONTRA PÉPTIDOS DEAMINADOS DE GLIADINA IGG E IGA
03	05	098	CROMOGRANINA A
03	05	099	PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO, ANTICUERPOS IGG

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	05	104	ANTÍGENO PROSTÁTICO TOTAL Y LIBRE
03	05	105	ANTICUERPOS ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA 1 (IGG, IGM), C/U
03	05	106	ESTUDIO INMUNOLÓGICO DE DIABETES (INCLUYE DETERMINACIÓN SIMULTÁNEA DE ANTICUERPOS ANTI-CÉLULAS DE ISLO NATIVA (IAA), ANTI-ANTÍGENO DE INSULINOMA-2 (IA2) Y ANTI-GLUTAMATO DESCARBOXILASA (GADA).
03	05	107	ANTICUERPOS ANTI-MPO (MIELOPEROXIDASA)
03	05	108	ANTICUERPOS ANTI ANTÍGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A-ENA): SM, RNP, SS-A/RO, SS-B/LA, SCL-70, JO-1). C/U
03	05	124	RECEPTOR DE TIROTROPINA (TRAB), ANTICUERPOS ANTI

B.- Inmunocelulares

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	05	035	DETECCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y TITULACIÓN DE CRIOAGLUTININAS
03	05	036	CRIOHEMOLISINAS
03	05	037	DIGESTIÓN FAGOCÍTICA NITROBLUE-TETRAZOLIUM CUALITATIVO Y CUANTITATIVO
03	05	038	FAGOCITOSIS: INGESTIÓN Y DIGESTIÓN (KILLING) DE LEVADURAS POR POLIMORFONUCLEARES
03	05	039	FAGOCITOSIS: INGESTIÓN Y DIGESTIÓN (KILLING) DE BACTERIAS POR POLIMORFONUCLEARES
03	05	040	INMUNOADHERENCIA DE LEUCOCITOS MACRÓFAGOS
03	05	041	INTRADERMORREACCIÓN (PPD, HISTOPLASMINA, ASPERGILINA, U OTROS, INCLUYE EL VALOR DEL ANTÍGENO Y REACCIÓN DE CONTROL), C/U.
03	05	080	ESTUDIO PARA HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA
03	05	042	LIF O MIF
03	05	044	LINFOCITOS B (ROSETAS EAC) Y LINFOCITOS T (ROSETAS E) C/U
03	05	047	LINFOTOXINAS HUMANAS, DETECCIÓN DE
03	05	049	TRANSFORMACIÓN LINFOBLÁSTICA A DROGAS, ANÁLISIS DE TRANSFORMACIÓN ESPONTÁNEA CON ESTÍMULO INESPECÍFICO Y CON DIFERENTES CONCENTRACIONES DE LA DROGA EN 1000 CÉLULAS

C.- Histocompatibilidad

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	05	089	LINFOCITOS B TOTALES (CD19). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO
03	05	091	LINFOCITOS T (INCLUYE CD3, CD4, CD8). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO
03	05	092	NATURAL KILLERS (INCLUYE CD16, CD 56). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO
03	05	111	ANTICUERPO ANTI HLA CLASE I Y II SCREENING (LUMINEX)
03	05	116	HLA-AB TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)
03	05	118	HLA-B27 TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)
03	05	119	HLA-C TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)
03	05	120	HLA-DP TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)
03	05	121	HLA-DQ TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)
03	05	122	HLA-DR TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)
03	05	123	SEROTECA MENSUAL Y MANTENCIÓN EN LISTA DE ESPERA

VI.- Exámenes Microbiológicos

A.- Bacterias Y Hongos

A.1 Exámenes Microscópicos

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	06	001	BACIOSCOPÍA POR MÉTODO DE CONCENTRACIÓN
03	06	002	BACIOSCOPÍA ZIEHL-NEELSEN, C/U
03	06	004	EXAMEN DIRECTO AL FRESCO, C/S TINCIÓN (INCLUYE TRICHOMONAS)
03	06	005	TINCIÓN DE GRAM

A.2 Cultivos

(Incluye La Identificación Bioquímica Y Serológica Cuando Corresponda)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	06	007	COPROCULTIVO, C/U
03	06	008	CULTIVO CORRIENTE (EXCEPTO COPROCULTIVO, HEMOCULTIVO Y UROCULTIVO) C/U
03	06	011	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TÉCNICA) (INCLUYE TOMA DE ORINA ASÉPTICA Y FRASCO RECOLECTOR) (NO INCLUYE RECOLECTOR PEDIÁTRICO NI SONDA)
03	06	091	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIBIOGRAMA CON CIM. 2 FRASCOS (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)
03	06	093	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO PARA MICOBACTERIAS.1 FRASCO (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)

A.3 Cultivos Específicos Para

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	06	012	CULTIVO PARA ANAEROBIOS (INCLUYE CÓD. 03-06-008)
03	06	013	CULTIVO PARA BORDETELLA
03	06	014	CULTIVO PARA CAMPYLOBACTER, YERSINIA, VIBRIO, C/U
03	06	016	NEISSERIA GONORRHOEAE (GONOCOCO)
03	06	017	CULTIVO PARA HONGOS (LEVADURAS Y FILAMENTOSOS)
03	06	117	CULTIVO PARA DERMATOFITOS
03	06	018	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS (INCLUYE BACILO DE KOCH)
03	06	019	CULTIVO PARA LEGIONELLA
03	06	022	CULTIVO Y TIPIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS
03	06	023	CULTIVO MYCOPLASMA Y UREAPLASMA, C/U.

A.4 Antibiograma

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	06	025	ANTIBIOGRAMA BACILO DE KOCH (CADA FÁRMACO)
03	06	026	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE (MÍNIMO 10 FÁRMACOS) (EN CASO DE UROCULTIVO NO CORRESPONDE SU COBRO; INCLUIDO EN EL VALOR 03-06-011)
03	06	027	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)
03	06	028	ANTIFUNGIGRAMA (MÍNIMO 4 FÁRMACOS ANTIHONGOS)

A.5 Otros

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	06	090	TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE STREPTOCOCCUS GRUPO A (PYOGENES)

A.6 Serológicos

(Determinación De Antígenos O Anticuerpos)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	06	033	BRUCELLA ABORTUS, MELITENSIS Y SUIIS, ANTICUERPOS, POR AGLUTINACIÓN O ELISA
03	06	034	CLAMIDIAS POR INMUNOFLUORESCENCIA, PEROXIDASA, ELISA O SIMILARES
03	06	036	MONONUCLEOSIS, REACCIÓN DE PAUL BUNNELL, ANTICUERPOS HETERÓFILOS O SIMILARES
03	06	037	MYCOPLASMA IGG, IGM, C/U.
03	06	038	R.P.R.
03	06	039	TÍFICAS, REACCIONES DE AGLUTINACIÓN (EBERTH H Y O, PARATYPHI A Y B) (WIDAL)
03	06	041	TREPONEMA PALLIDUM FTA - ABS, MHA-TP C/U
03	06	042	V.D.R.L.
03	06	094	ANTÍGENO 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
3	6	45	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	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	Coproparasitológico Seriado Simple (Incluye Diagnostico De Gusanos Macroscópicos Y Examen Microscópico Por Concentración De 3 Muestras Separadas Método Telemann) (Proc. Aut.)
3	6	49	Diagnóstico 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	Hemoparásitos, Diagnostico Microscópico De (Mínimo 10 Frotis Y/O Gotas Gruesas, C/S Examen Directo Al Fresco), Cada Sesión.
3	6	54	Hemoparásitos, 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	Coproparasitológico Seriado Simple (Incluye Diagnostico De Gusanos Macroscópicos Y Examen Microscópico Por Concentración De Tres Muestras Separadas Método Pafs) (Proc. Aut.)

B.2. Serológicos

(Determinación De Antígenos Y Anticuerpos)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	06	061	PARÁSITOS IGG/IGM (CHAGAS, HIDATIDOSIS, TOXOCARIASIS Y OTROS POR ELISA O INMUNOFLUORESCENCIA), C/U
03	06	066	INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (TOXOPLASMOSIS, CHAGAS, AMEBIASIS Y OTRAS), C/U

C. Virus

C.1 Cultivos

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	06	068	AISLAMIENTO DE VIRUS (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, ENTEROVIRUS, HERPES, INFLUENZA, POLIO,SARAMPIÓN Y OTROS), C/U

C.2 Serología

(Determinación De Antígenos O Anticuerpos)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	06	069	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE (SARS COV-2 IGM IGG), (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLE, RUBÉOLA, INFLUENZA A Y B; VIRUS VARICELA-ZOSTER; VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO; PARAINFLUENZA 1, 2 Y 3; EPSTEIN BARR Y OTROS), C/U
03	06	169	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.
03	06	070	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLEX, RUBEOLA, INFLUENZA Y OTROS), (POR CUALQUIER TÉCNICA EJ: INMUNOFLUORESCENCIA), C/U
03	06	170	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE ROTAVIRUS, POR CUALQUIER TÉCNICA
03	06	270	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE VIRUS SINCICIAL, POR CUALQUIER TÉCNICA
03	06	074	VIRUS HEPATITIS A, ANTICUERPOS IGG, IGM O TOTALES C/U
03	06	075	VIRUS HEPATITIS B, ANTICUERPO DEL ANTÍGENO E DEL
03	06	076	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE TOTAL DEL (ANTI HBC TOTAL)
03	06	078	VIRUS HEPATITIS B, ANTÍGENO E DEL (HBEAG)
03	06	080	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE IGM DEL (ANTI HBC IGM)
03	06	081	VIRUS HEPATITIS C, ANTICUERPOS DE (ANTI HCV)
03	06	082	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN TIEMPO REAL, SARS COV-2, (INCLUYE TOMA MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO).
03	06	182	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN TIEMPO REAL, VIRUS INFLUENZA, VIRUS HERPES, CITOMEGALOVIRUS, HEPATITIS C, MYCOBACTERIA TBC, C/U (INCLUYE TOMA MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO).
03	06	083	CITOMEGALOVIRUS (CMV) SHELL VIAL AISLAMIENTO RÁPIDO
03	06	084	HEPATITIS B, CARGA VIRAL
03	06	085	HEPATITIS C CARGA VIRAL. TÉCNICA PCR
03	06	086	VIH, CARGA VIRAL
03	06	110	PCR METAPNEUMOVIRUS
03	06	111	HTLV I Y II DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS VIRALES
03	06	112	VIH, ANTICUERPOS Y ANTÍGENOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.
03	06	113	VIH, REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO
03	06	120	PANEL VIRAL DIARREA POR PCR (DETERMINACIÓN DE ROTAVIRUS, NOROVIRUS G1, NOROVIRUS G2, ASTROVIRUS, ADENOVIRUS)
03	06	121	HANTA VIRUS, ANTICUERPOS IGM TEST RÁPIDO
03	06	122	PANEL VIRUS RESPIRATORIO MOLECULAR (15 A 17 VIRUS) (ADENOVIRUS, VRS A, VRS B, PARAINFLUENZA 1,2,3,4, INFLUENZA A Y B, INFLUENZA A H1N1, BOCAVIRUS, CORONAVIRUS (2 TIPOS), RINOVIRUS, ENTEROVIRUS.
03	06	123	VIRUS PAPILOMA HUMANO POR PCR CON GENOTIPIFICACIÓN DE PAPILOMA DE ALTO RIESGO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO TIPOS 16 Y 18
03	06	069	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE (SARS COV-2 IGM IGG), (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLE, RUBÉOLA, INFLUENZA A Y B; VIRUS VARICELA-ZOSTER; VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO;

PARAINFLUENZA 1, 2 Y 3; EPSTEIN BARR Y OTROS), C/U

3

6

271

Test Rápido de Detección de Antígenos SARS-COV-2 (Incluye Toma de Muestra)

VII.- Procedimientos O Determinaciones Directamente Con El Paciente

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

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	07	001	DIETILENDIAMINA TETRAACETATO DE SODIO CROMO (EDTA CR 51)
03	07	002	PRUEBA DE LA SED (VOLUMEN, DENSIDAD, OSMOLALIDAD SERIADA EN SANGRE Y ORINA)
03	07	005	REACCIÓN CUTÁNEA DE PARCHE C/U
03	07	006	SOBRECARGA HÍDRICA
03	07	007	TEST DEL SUDOR (PROCEDIMIENTO COMPLETO)
03	07	008	VASOPRESINA TEST O SIMILARES (INCLUYE ADEMÁS MEDICIONES DE DIURESIS)

Toma De Muestras

(Incluye Procedimiento Y El Material)

De Sangre

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	07	009	ARTERIAL EN ADULTOS
03	07	010	ARTERIAL EN NIÑOS Y LACTANTES
03	07	011	VENOSA EN ADULTOS
03	07	012	VENOSA EN NIÑOS Y LACTANTES
03	07	013	CON TÉCNICA ASÉPTICA PARA HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO, C/U, NO INCLUYE FRASCO
03	07	014	CAPILAR (ADULTOS, NIÑOS Y LACTANTES)

De Orina, Exudados Y Líquidos De Cavidades Serosas

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	07	016	PUNCIÓN TRAQUEAL
03	07	017	PUNCIÓN VESICAL EN RECIÉN NACIDOS
03	07	018	PUNCIÓN MEDULAR ÓSEA
03	07	023	ASPIRADOS NASOFARÍNGEO PARA ADULTO Y NIÑO.
03	07	024	REACCIÓN CUTÁNEA A ALERGENOS (INCLUYE EL VALOR DE LOS ALERGENOS)

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

A. Deposiciones

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	08	001	AZÚCARES REDUCTORES (BENEDICT-FEHLING O SIMILAR)
03	08	003	GRASAS NEUTRAS (SUDÁN III)
03	08	004	HEMORRAGIAS OCULTAS, (BENCIDINA, GUAYACO O TEST DE WEBER Y SIMILARES), CUALQUIER MÉTODO, C/MUESTRA
03	08	005	LEUCOCITOS FECALES
03	08	006	PH EN DEPOSICIONES

B. Exudados, Secreciones Y Otros Líquidos

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

B.1 Exámenes Generales

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	08	009	CÉLULAS NEOPLÁSICAS EN FLUIDOS BIOLÓGICOS
03	08	010	CITOLÓGICO C/S TINCIÓN (INCLUYE EXAMEN AL FRESCO, RECUENTO CELULAR Y CITOLÓGICO PORCENTUAL)
03	08	011	DIRECTO AL FRESCO C/S TINCIÓN, (INCLUYE TRICHOMONAS)

03	08	012	ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO), EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS, C/U
03	08	013	EOSINÓFILOS EN SECRECIONES
03	08	014	FÍSICO-QUÍMICO (INCLUYE ASPECTO, COLOR, PH, GLUCOSA, PROTEÍNA, PANDY Y FILANCIA)
03	08	015	GLUCOSA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS
03	08	016	MUCINA, DETERMINACIÓN DE
03	08	017	PH EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS (PROC. AUT.)
03	08	019	PROTEÍNAS, ELECTROFORÉISIS DE (INCLUYE PROTEÍNAS TOTALES) EN OTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS

B.2 Exámenes Especiales

B.2.1. L.C.R.

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	08	020	BANDAS OLIGOCLONALES (INCLUYE ELECTROFORESIS DE L.C.R., SUERO E INMUNOFIJACIÓN)
03	08	021	GLUTAMINA
03	08	022	ÍNDICE IGG/ALBÚMINA (INCLUYE DETERM. DE IGG Y ALBÚMINA EN L.C.R. Y SUERO)

B.2.2. Líquido Articular

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	08	023	ESTUDIO DE CRISTALES (CON LUZ POLARIZADA)

B.2.3. Líquidos Gastrointestinales

B) Jugo Pancreático

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	08	045	AMILASA EN LÍQUIDOS BIOLÓGICOS
03	08	046	LIPASA EN LÍQUIDOS BIOLÓGICOS
03	08	047	ESTEATOCRITO
03	08	049	CALPROTECTINA CUANTITATIVA POR ELISA

B.2.4. Líquido Seminal

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	08	029	ESPERMIOGRAMA (FÍSICO Y MICROSCÓPICO, CON O SIN OBSERVACIÓN HASTA 24 HORAS)
03	08	030	FOSFATASA ÁCIDA PROSTÁTICA
03	08	031	FRUCTOSA SEMINAL

B.2.5. Líquido Amniótico

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	08	033	CÉLULAS ANARANJADAS (PROC. AUT.)
03	08	034	CONTAMINANTES (MECONIO Y SANGRE) (PROC. AUT.)
03	08	035	CREATININA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS (PROC. AUT.)
03	08	036	FOSFATIDIL GLICEROL Y/O FOSFATIDIL INOSITOL
03	08	037	ÍNDICE DE BILIRRUBINA (PRUEBA DE LILEY)
03	08	038	ÍNDICE LECITINA/ESFINGOMIELINA
03	08	039	MADUREZ FETAL COMPLETA (FÍSICO; CÉLULAS ANARANJADAS, BILIRRUBINA, TEST DE CLEMENTS, CREATININA, CONTAMINANTES)
03	08	040	TEST DE CLEMENTS (PROC. AUT.)

B.2.6. Cérvico Uterino Vaginal

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
03	08	041	COLPOCITOGRAMA
03	08	043	MOCO-SEMEN, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD
03	08	044	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
03	08	050	PROTEÍNAS TOTALES EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS
03	08	051	ALBÚMINAS EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS
03	09	001	ACIDO ASCÓRBICO
03	09	002	ACIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO
03	09	004	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA (CUANTITATIVO)
03	09	005	ACIDO 5 HIDROXIINDOLACÉTICO CUANTITATIVO
03	09	006	AMILASA CUANTITATIVA EN ORINA
03	09	007	AMINOÁCIDOS EN ORINA (CUALITATIVO)(EXCEPTO FENILALANINA, PKU)
03	09	008	CALCIO CUANTITATIVO EN ORINA
03	09	009	CÁLCULO URINARIO (EXAMEN FÍSICO Y QUÍMICO)
03	09	010	CREATININA CUANTITATIVA EN ORINA
03	09	012	ELECTRÓLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U, EN ORINA
03	09	013	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA
03	09	014	GONADOTROFINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA EN ORINA (TEST RÁPIDO)
03	09	015	FÓSFORO CUANTITATIVO EN ORINA
03	09	016	GLUCOSA (CUANTITATIVO), EN ORINA
03	09	035	HEMOSIDERINA
03	09	017	HIDROXIPROLINA EN ORINA
03	09	019	MUCOPOLISACÁRIDOS
03	09	020	NITRÓGENO UREICO O UREA EN ORINA (CUANTITATIVO)
03	09	021	NUCLEÓTIDOS CÍCLICOS (CAMP, CGM, U OTROS) C/U
03	09	022	ORINA COMPLETA, (INCLUYE CÓD. 03-09-023 Y 03-09-024)
03	09	023	ORINA, FÍSICO-QUÍMICO (ASPECTO, COLOR, DENSIDAD, PH; PROTEÍNAS, GLUCOSA, CUERPOS CETÓNICOS, UROBILINOGENO AUT.)
03	09	024	SEDIMENTO DE ORINA (PROC. AUT.)
03	09	025	OSMOLALIDAD
03	09	027	PORFIRINAS, C/U
03	09	028	PROTEÍNA (CUANTITATIVA), EN ORINA
03	09	029	PROTEÍNAS DE BENCE-JONES PRUEBA TÉRMICA
03	09	044	ÁCIDOS ORGÁNICOS, ORINA
03	09	046	SCREENING DE MUCOPOLISACARIDOS

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
04	01	001	RADIOGRAFÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES SIALOGRAFÍA
04	01	002	RADIOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS, LARINGE LATERAL, CAVUM RINOFARÍNGEO (RINOFARINX).

Tórax

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	01	004	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX, PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (OBLICUAS, SELECTIVAS U OTRAS)
04	01	008	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FRONTAL O LATERAL CON EQUIPO MÓVIL FUERA DEL DEPARTAMENTO DE RAYOS.
04	01	009	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX SIMPLE FRONTAL O LATERAL
04	01	070	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FRONTAL Y LATERAL

Glándulas Mamarias

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	01	010	MAMOGRAFÍA BILATERAL
04	01	110	MAMOGRAFÍA UNILATERAL
04	01	130	MAMOGRAFÍA PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (AXILAR U OTRAS)
04	01	011	MARCACIÓN PREOPERATORIA DE LESIONES DE LA MAMA
04	01	012	RADIOGRAFÍA DE MAMA, PIEZA OPERATORIA

Abdomen

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	01	013	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE
04	01	014	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE, PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (LATERAL Y/O OBLICUA)

Aparato Digestivo

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	01	015	COLANGIOGRAFÍA INTRA O POSTOPERATORIA (POR SONDA T, O SIMILAR)
04	01	018	ENEMA BARITADO DEL COLON (INCLUYE LLENE Y CONTROL POST-VACIAMIENTO)
04	01	019	ENEMA BARITADO DEL COLON O INTESTINO DELGADO, DOBLE CONTRASTE
04	01	020	ESOFAGOGRAMA (INCLUYE PESQUISA DE CUERPO EXTRAÑO) (PROC.AUT.)
04	01	021	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO, RELLENO Y/O DOBLE CONTRASTE
04	01	022	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE DEGLUCIÓN FARÍNGEA
04	01	023	ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL INTESTINO DELGADO
04	01	024	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO, SIMPLE EN NIÑOS

Aparato Urogenital

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	01	027	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.
04	01	028	RADIOGRAFÍA RENAL SIMPLE (PROC. AUT.)
04	01	029	RADIOGRAFÍA VESICAL SIMPLE O PERIVESICAL (PROC. AUT.)

Cráneo

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	01	031	RADIOGRAFÍA DE CAVIDADES PERINASALES, ÓRBITAS, ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES, HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ, MALAR, MAXILAR, ARCO CIGOMÁTICO Y CARA
04	01	032	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO FRONTAL Y LATERAL
04	01	033	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO PROYECCIÓN ESPECIAL DE BASE DE CRÁNEO (TOWNE)
04	01	035	RADIOGRAFÍA DE OÍDO, UNILATERAL O BILATERAL
04	01	040	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA FRONTAL Y LATERAL

Columna Vertebral

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	01	042	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL O ATLAS-AXIS (FRONTAL Y LATERAL)
04	01	043	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL (FRONTAL, LATERAL Y OBLICUAS)
04	01	044	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL FLEXIÓN Y EXTENSIÓN (DINÁMICAS)
04	01	045	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL O DORSOLUMBAR LOCALIZADA, PARRILLA COSTAL (FRONTAL Y LATERAL)
04	01	046	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA (FRONTAL, LATERAL Y FOCALIZADA EN EL 5° ESPACIO)
04	01	047	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA FLEXIÓN Y EXTENSIÓN (DINÁMICAS)
04	01	048	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA, OBLICUAS ADICIONALES
04	01	049	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TOTAL, PANORÁMICA CON FOLIO GRADUADO FRONTAL O LATERAL
04	01	051	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL
04	01	151	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL DE RN, LACTANTE O NIÑO MENOR DE 6 AÑOS.
04	01	052	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL, PROYECCIONES ESPECIALES; (ROTACIÓN INTERNA, ABDUCCIÓN, LATERAL, LAWENSTEIN U OTRAS)
04	01	053	RADIOGRAFÍA DE SACROCOXIS O ARTICULACIONES SACROILÍACAS.

Extremidades

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	01	054	RADIOGRAFÍA DE BRAZO, ANTEBRAZO, CODO, MUÑECA, MANO, DEDOS, PIE (FRONTAL Y LATERAL)
04	01	055	RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA.
04	01	056	RADIOGRAFÍA EDAD ÓSEA: CARPO Y MANO
04	01	057	RADIOGRAFÍA EDAD ÓSEA : RODILLA FRONTAL
04	01	058	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE ESCAFOIDES
04	01	059	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE MUÑECA O TOBILLO FRONTAL LATERAL Y OBLICUAS
04	01	060	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO, FÉMUR, RODILLA, PIERNA, COSTILLA O ESTERNÓN FRONTAL Y LATERAL
04	01	062	RADIOGRAFÍA DE PROYECCIONES ESPECIALES OBLICUAS U OTRAS EN HOMBRO, BRAZO, CODO, RODILLA, RÓTULAS, SESAMOIDEOS, AXIAL DE AMBAS RÓTULAS O SIMILARES
04	01	063	RADIOGRAFÍA DE TÚNEL INTERCONDÍLEO O RADIO-CARPIANO

Procedimiento Fluoroscópico De Apoyo:

La mejor Caja para Chile

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	01	064	APOYO FLUOROSCÓPICO 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
04	03	001	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE CRÁNEO ENCEFÁLICA
04	03	002	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS
04	03	003	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE FOSA POSTERIOR
04	03	006	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE TEMPORAL-OÍDO
04	03	007	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE ÓRBITAS MAXILOFACIAL
04	03	008	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA CERVICAL
04	03	018	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA DORSAL. INCLUYE MÍNIMO 6 ESPACIOS
04	03	019	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA LUMBAR
04	03	012	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE CUELLO, PARTES BLANDAS
04	03	013	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX. INCLUYE ADEMÁS: ESTERNÓN, CLAVÍCULAS, ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR, ESCÁPULA, COSTILLAS, ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR. INCLUYE TODO EL TÓRAX O CADA SEGMENTO O ARTICULACIÓN. INCLUYE BILATERALIDAD
04	03	014	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN (HÍGADO, VÍAS Y VESÍCULA BILIAR, PÁNCREAS, BAZO, SUPRARRENALES Y RIÑONES)
04	03	016	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE PELVIS (ADEMÁS INCLUYE SACRO, COXIS, CADERAS, HUESOS PÉLVICOS, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS). BILATERAL
04	03	020	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS
04	03	021	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA PIELOGRAFÍA
04	03	101	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE ENCÉFALO
04	03	102	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE TÓRAX
04	03	103	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE ABDOMEN

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

A.- Equipos Simples

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	04	002	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

B.- Equipos De Mediana A Alta Resolución

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	04	003	ECOGRAFÍA ABDOMINAL (INCLUYE HÍGADO, VÍA BILIAR, VESÍCULA, PÁNCREAS, RIÑONES, BAZO, RETROPERITONEO Y GRANDES VASOS)
04	04	004	ECOGRAFÍA COMO APOYO A CIRUGÍA, O A PROCEDIMIENTO (DE TÓRAX, MUSCULAR, PARTES BLANDAS, ETC.)
04	04	005	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL O TRANSRECTAL
04	04	006	ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA, PELVIANA FEMENINA U OBSTÉTRICA CON ESTUDIO FETAL
04	04	007	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL PARA SEGUIMIENTO DE OVULACIÓN, PROCEDIMIENTO COMPLETO (6-8 SESIONES)
04	04	008	ECOGRAFÍA PARA SEGUIMIENTO DE OVULACIÓN, PROCEDIMIENTO COMPLETO (6 A 8 SESIONES)
04	04	009	ECOGRAFÍA PÉLVICA MASCULINA (INCLUYE VEJIGA Y PRÓSTATA)
04	04	010	ECOGRAFÍA RENAL (BILATERAL), O DE BAZO
04	04	012	ECOGRAFÍA MAMARIA BILATERAL (INCLUYE DOPPLER)

Ib.- Resonancia Magnética (Incluye Medio De Contraste)

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
04	05	001	RESONANCIA MAGNÉTICA CRÁNEO ENCEFÁLICA U OÍDOS, BILATERAL
04	05	002	RESONANCIA MAGNÉTICA DE HIPOTÁLAMO - HIPÓFISIS
04	05	003	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS
04	05	004	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES
04	05	005	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL
04	05	006	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA DORSAL
04	05	007	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR
04	05	017	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE ENCÉFALO
04	05	018	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE CUELLO
04	05	019	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE TÓRAX
04	05	020	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE ABDOMEN
04	05	021	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE PELVIS
04	05	022	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDAD SUPERIOR UNILATERAL
04	05	023	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDAD INFERIOR BILATERAL
04	05	009	RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (CORAZÓN, ESTERNÓN, CLAVÍCULAS, ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR, ESCÁPULA, COSTILLAS O ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR). TODA LA PARED TORÁCICA O CADA SEGMENTO O ARTICULACIÓN. BILATERAL
04	05	010	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS. INCLUYE: OSTEOARTICULAR DE SACROILIACAS U OSTEOARTICULAR DE SACROCOXIS U OSTEOARTICULAR DE HUESOS PÉLVICOS U ÓRGANOS PELVIANOS (INCLUYE GENITALES INTERNOS Y GASTROINTESTINAL)
04	05	011	
04	05	012	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS
04	05	013	RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA
04	05	024	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MANO O MUÑECA
04	05	025	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ANTEBRAZO O BRAZO
04	05	026	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CODO
04	05	027	RESONANCIA MAGNÉTICA DE HOMBRO
04	05	028	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PIE, ANTEPIE O TOBILLO
04	05	029	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PIERNA
04	05	030	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MUSLO O CADERA. UNILATERAL
04	05	016	RESONANCIA COLUMNA TOTAL (CERVICAL, DORSAL, LUMBAR)
05	01	134	DENSITOMETRÍA ÓSEA A FOTÓN DOBLE, COLUMNA Y CADERA (UNILATERAL O BILATERAL) O CUERPO ENTERO

Kinesiología Y Fisioterapia

I.- Procedimientos Diagnósticos

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
06	01	101	EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL
06	01	105	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL AMBULATORIA
06	01	106	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL DOMICILIARIA
06	01	103	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
06	01	104	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL UPC (INTENSIVO E INTERMEDIO)

Otros

07	02	207	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS GRUPOS MENORES. TIPIFICACIÓN O DETECCIÓN DE OTROS ANTÍGENOS DE SISTEMAS SANGUÍNEOS (KELL, DUFFY, KIDD Y OTROS) C/U.
07	02	208	
07	02	209	SUBGRUPO ABO
08	01	001	CITODIAGNÓSTICO CORRIENTE, EXFOLIATIVA (PAPANICOLAU) (POR CADA PLACA)

Psiquiatría Y Psicología Clínica

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
09	02	001	CONSULTA PSICÓLOGO CLÍNICO (SESIONES 45')
09	02	002	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
09	02	003	SESIÓN DE PSICOTERAPIA DE PAREJA (CON AMBOS MIEMBROS)

A.- Evaluación De Personalidad

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
09	02	010	TEST DE RORSCHACH
09	02	011	TEST DE RELACIONES OBJETALES
09	02	012	TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA, T.A.T., C.A.T.-H O C.A.T.-A.
09	02	013	TEST DE EDWARDS
09	02	014	TEST DE M.M.P.I.

B.- Evaluación De Nivel Intelectual, Desarrollo Y Funciones

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
09	02	015	TEST DE WECHSLER, WAIS, WISC Ó WPPSI
09	02	016	TEST DE DOMINÓ O TEST DE RAVEN

C.- Evaluación Funciones Gnosopracticadas

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
09	02	017	TEST DE BENDER
09	02	018	BENDER BIP
09	02	019	TEST DE GOLDSTEIN
09	02	020	TEST DE LURIA-NEBRASKA

Neurología Y Neurocirugía

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
11	01	004	E.E.G. DE 16 O MÁS CANALES (INCLUYE EL CÓD. 11-01-006)
11	01	006	ELECTROENCEFALOGRAMA (E.E.G.) STANDARD Y/O ACTIVADO SIN PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE MONO Y BIPOLARES, HIPERVENTILACIÓN, C/S REACTIVIDAD AUDITIVA, VISUAL, LUMÍNICA, POR DROGAS U OTRAS). EQUIPO DE 8 CANALES
11	01	040	E.E.G. EN VIGILIA, SUEÑO Y POST-PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE CÓDIGO 11-01-006). EQUIPO DE 8 CANALES
11	01	043	EEG DIGITAL 32 CANALES (CON ACTIVACIONES HV Y FE) ESTÁNDAR O POST PRIVACIÓN DE SUEÑO DE 20 A 30 MINUTOS DURACIÓN

Otorrinolaringología

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
13	01	021	# AUDIOMETRÍA ADULTOS
13	01	008	# AUDIOMETRÍA NIÑOS
13	01	009	# IMPEDANCIOMETRÍA
13	01	010	# CALIBRACIÓN DE AUDÍFONOS O IMPLANTES
13	01	011	# POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL CLÍNICOS
13	01	020	# EXAMEN FUNCIONAL DE VIII PAR

Cardiología. Neumología. Cirugía Cardiovascular Y De Torax.

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
17	01	001	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MÍNIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLEJOS POR DERIVACIÓN)
17	01	003	ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO
17	01	006	E.C.G. CONTINUO (TEST HOLTHER 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	01	007	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER, CON REGISTRO (INCLUYE CÓD. 17-01-008)
17	01	045	ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL DOPPLER COLOR
17	01	008	ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL (INCLUYE REGISTRO MODO M, PAPEL FOTOSENSIBLE Y FOTOGRAFÍA), EN ADULTOS O NIÑOS (PROC. AUT.)
17	01	009	MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL CONTINUO
17	01	015	DOPPLER CON ERGOMETRÍA (POR SESIÓN)
17	01	016	DOPPLER SIMPLE DE VASOS PERIFÉRICOS (POR SESIÓN)
17	07	001	ESPIROMETRÍA BASAL
17	07	002	ESPIROMETRÍA BASAL Y CON BRONCODILATADOR

Gastroenterología

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
18	01	001	GASTRODUODENOSCOPIA (INCLUYE ESOFAGOSCOPIA)
18	01	037	UREASA, TEST DE (PARA HELICOBACTER PYLORI) O SIMILAR
18	01	004	ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPIA EN ADULTOS
18	01	005	ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPIA EN NIÑOS (ADEMÁS ANESTESIA CÓD. 22-01-001 SI CORRESPONDE)
18	01	006	COLONOSCOPIA LARGA (INCLUYE SIGMOIDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA IZQUIERDA)
18	01	007	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	01	001	EXPLORACIÓN DE URETRA ÁNTERO-POSTERIOR CON BUJÍA Y/O EXPLORADOR OLIVAR, Y/O SONDA, Y/O BENIQUÉ, Y/O MEDICIÓN DE RESIDUO VESICAL (LA CALIBRACIÓN DEL MEATO ESTA INCLUIDA EN EL VALOR DE LA CONSULTA)

Endoscopias C/S Biopsias

Grupo	Subgrupo	Prestación	Descripción
19	01	002	CISTOSCOPIA CON O SIN SONDEO DE UNO O AMBOS URÉTERES, CON O SIN BIOPSIA
19	01	003	CISTOSCOPIA Y/O URETROCISTOSCOPIA Y/O URETROSCOPIA (PROC.AUT.)