

TARIFAS	DIPRECA 2018
---------	-----------------

ATENCION AMBULATORIA

RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.

Servicios de Apoyo Ambulatorio

Servicio	Arancel (\$)
- - - Laboratorio (*)	Nivel 3

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Servicios de Apoyo Ambulatorio

Servicio	Arancel (\$)
- - - Rayos X	Nivel 3
- - - Ecotomografías	Nivel 3
- - - Eco Mamaria (0404012)	Nivel 3 + 60%
- - - Eco Doppler Obstétrica (0404122)	Nivel 3 + 25%
- - - Scanner (**)	Nivel 3
- - - Tomografía Computarizada de abdomen (0403014) (*)	Nivel 3 + 60%
- - - Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis (0403020) (*)	Nivel 3 + 30%
- - - Tomografía Computarizada Pielografía (0403021) (*)	Nivel 3 x 4
- - - Tomografía Computarizada Urografía (0403022) (*)	Nivel 3 x 2,5
- - - Mamografías	Nivel 3
- - - Densitometría Osea	Nivel 3
- - - Resonancia Magnética	Listado
- - - Kinesiterapia	Nivel 3
- - - Electrocardiogramas	Nivel 3
- - - Procedimientos Gastroenterología	Listado
- - - Procedimientos Otorrino	N3 + 60%
- - - Fonoaudiología	Nivel 3
- - - Espirometrías	Listado
- - - Cardiología	Nivel 3
- - - Polisomnografía	Listado

*50% recargo en horario Inhabil

Consultas Médicas

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Código		Arancel (\$)
0101321	Broncopulmonar adultos	\$ 30.690
0101301	Cardiología adulto	\$ 25.000
0101312	Cirugía General	\$ 22.944
0101317	Cirugía infantil	\$ 22.944
0101318	Cirugía vascular periférica	\$ 22.944
0101201	Dermatología adulto	\$ 32.864
0101320	Diabetes y nutrición adulto	\$ 35.805
0101208	Endocrinología infantil	\$ 32.864
0101306	Fisiatría adulto	\$ 22.944
0101323	Gastroenterología adulto	\$ 22.944
0101308	Ginecología obstétrica	\$ 22.944
0101302	Hematología adulto	\$ 22.944
0101001	Medicina general	\$ 18.704
0101307	Medicina interna	\$ 22.944
0101203	Neurocirugía adulto	\$ 32.864
0101210	Neurología infantil	\$ 32.864
0101205	Otorrinolaringología	\$ 32.864
0101309	Pediatría general	\$ 22.944
0101300	Psiquiatría Adulto	\$ 51.150
0101206	Reumatología adulto	\$ 32.864
0101310	Traumatología ortopedia	\$ 22.944
0101311	Urología	\$ 32.864
	Psicología	\$ 25.575
	Podología	\$ 10.230
	Nutricionista	\$ 15.345

Salas de Procedimiento

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Código		Arancel (\$)
	Guarismo 1	\$ 13.741
	Guarismo 2	\$ 32.063
	Guarismo 3	\$ 54.965
	Guarismo 4	\$ 85.882

*50% recargo en horario Inhabil

Resonancia Nuclear Magnetica (AMB)

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Código		Arancel (\$)
0405001	Resonancia Magnética cráneo encefálica	\$ 183.747
0405002	Resonancia Magnética de hipotálamo - hipófisis	\$ 183.747
0405003	Resonancia Magnética de órbitas	\$ 183.747
0405004	Resonancia Magnética de articulaciones temporomandibulares	\$ 183.747
0405005	Resonancia Magnética de columna cervical	\$ 183.747
0405006	Resonancia Magnética de columna dorsal	\$ 183.747
0405007	Resonancia Magnética de columna lumbar	\$ 183.747
0405009	Resonancia Magnética de tórax	\$ 183.747
0405010	Resonancia Magnética de abdomen	\$ 183.747
0405011	Resonancia Magnética de pelvis	\$ 183.747
0405012	Resonancia Magnética de abdomen y pelvis	\$ 275.620
0405013	Resonancia Magnética de rodilla	\$ 149.294
0405016	Resonancia Columna Total (cervical, dorsal, lumbar)	\$ 330.744
0405098	Colangiorensonancia	\$ 123.455
0405017	Resonancia Magnética Angiografía de Encéfalo	\$ 183.747
0405018	Resonancia Magnética Angiografía de Cuello	\$ 183.747
0405019	Resonancia Magnética Angiografía de Tórax	\$ 183.747
0405020	Resonancia Magnética Angiografía de Abdomen	\$ 183.747
0405021	Resonancia Magnética Angiografía de Pelvis	\$ 183.747
0405022	Resonancia Magnética Angiografía de Extremidad Superior Unilateral	\$ 183.747
0405023	Resonancia Magnética Angiografía de Extremidad Inferior Bilateral	\$ 183.747
0405024	Resonancia Magnética de Mano o Muñeca	\$ 149.294
0405025	Resonancia Magnética de Antebrazo o Brazo	\$ 330.744
0405026	Resonancia Magnética de Codo	\$ 123.455
0405027	Resonancia Magnética de Hombro	\$ 183.747
0405028	Resonancia Magnética de Pie, Antepie o Tobillo	\$ 183.747
0405029	Resonancia Magnética de Pierna	\$ 183.747
0405030	Resonancia Magnética de Muslo	\$ 183.747
0405031	Resonancia Magnética de Mama (bilateral)	\$ 287.104
410106	CUELLO	\$ 247.112
410131	CADERA (UN LADO)	\$ 212.791
410133	SACROILIACA	\$ 247.112
410134	OIDO (UN LADO)	\$ 247.112

Códigos de Excepción

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

*Códigos que están en arancel Fonasa, pero que su valor es diferente al indicado por el MLE (PACTADO CON CADA CONVENIO)

Código		Arancel (\$)
4040062	Ecografía ginecológica, pelviana femenina u obstétrica con estudio fetal	\$ 38.874
4040052	Ecografía transvaginal o transrectal	\$ 38.874

ATENCION URGENCIA

Consultas de Urgencia

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Código	Prestación	Arancel (\$)
104008	Consulta Urgencia Adulto (Hábil)	N3 + 60%
104025	Consulta Urgencia Adulto (Inhábil)	N3 + 60%
104051	Interconsulta Medicina Interna hábil	\$ 28.792
104052	Interconsulta Medicina Interna inhábil	\$ 34.552

Paquete procedimientos médicos y enfermería

RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.

Código	Descripcion	Arancel (\$)
920004	ARTROCENTESIS (+DER.PAB.A)	\$ 10.583
920005	CIRUGIA MENOR Y SUTURA (+DER.PAB.S/COD.)	\$ 11.611
920006	RETIRO MATERIAL OTS EN URGENCIA	\$ 19.841
920007	INFILTRACION ARTRO RESONANCIA/ ARTRO TAC	\$ 13.821
920009	INYECCION INTRARTICULAR	\$ 20.731
920010	LAVADO DE OIDO	\$ 3.488
920011	PROCED. BIOPSIA PROSTATICA ECOGUIADA	\$ 80.618
920015	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR (+DER.PAB.A)	\$ 10.583
920017	ESCLEROTERAPIA / SESION	\$ 36.854
920018	TERAPIA LASER / SESION	\$ 34.552
920019	INSERCIÓN IMPLANTE HORMONAL	\$ 9.376
920020	INYECCION INTRARTICULAR (NO INCLUYE MEDICAMENTO)	\$ 9.708
920021	INSUMOS CRIOTERAPIA	\$ 22.061
920022	TES DE INTOLERANCIA A LA LACTOSA	\$ 55.155
920023	TEST SOBRE CRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL	\$ 55.155
920024	INSUMOS URODINAMIA	\$ 120.668
920025	Insumos Abceso Sacro, Vaciamiento	\$ 16.547
920026	Insumos Granuloma Digital	\$ 16.547
920027	Insumos Onisectomia	\$ 15.442
920028	Insumos Quiste Sebaceo	\$ 22.061
920029	Insumos Nevus Atipico	\$ 31.989
920030	Insumos VERRUGA DIGITAL	\$ 33.094
920031	Insumos HEMANGIOMA DE LABIO	\$ 24.271
920032	Insumos CONDILOMA	\$ 31.989
920033	Insumos LIPOMA	\$ 19.856
920034	Insumos HERIDA CORTANTE O CONTUSA NO COMPLICADA	\$ 22.061
920035	Insumos HERIDA CORTANTE COMPLICADA	\$ 31.989
920036	Insumos HERIDA SIMPLE DE CARA	\$ 17.652
920037	Insumos HERIDA COMPLICADA DE CARA	\$ 18.752
920038	Insumos ESCARECTOMIA HASTA 1%	\$ 13.238
920039	Insumos TROMBECTOMIA	\$ 41.917
920040	Insumos REGULARIZACION DEDOS	\$ 130.555
921001	CATETERISMO VESICAL	\$ 23.033
921002	CURACION "A" TOCACION	\$ 3.969
921003	CURACION "B" MENOR	\$ 8.639
921004	CURACION "C"	\$ 20.153
921007	FLEBOCLISIS	\$ 15.872
921009	INYECCION ENDOVENOSA (3)	\$ 9.258
921010	INYECCION INTRAMUSCULAR (3)	\$ 6.614
921011	MONITOREO CARDIACO	\$ 3.969
930013	MONITOREO CARDIACO, CADA HORA ADICIONAL	\$ 1.729
921012	INSTALACION SONDA NASOGASTRICA	\$ 9.258
921013	LAVADO OCULAR	\$ 6.910
921014	OXIGENOTERAPIA X BIGOTERA (5)	\$ 6.332
921015	OXIGENOT.XM.M.V.(POR 2 HRS.)	\$ 9.258
921018	TOMA PRESION ARTERIAL	\$ 1.325
921019	SONDEO RECTAL EN BEBES	\$ 6.910
921020	NEBULIZACION X 10MIN.X SES.	\$ 8.639
921021	INYECCION SUBCUTANEA O INTRADERMICA	\$ 7.933
921022	LAVADO GASTRICO	\$ 19.841
921023	INTUBACION ENDOTRAQUIAL	\$ 13.821
921024	ASPIRACION DE SECRECION	\$ 8.414
921025	LAVADO INTESTINAL	\$ 5.759
921026	HEMOGLUCOTEST	\$ 4.112
921029	INSTALACION VIA VENOSA	\$ 13.591
921032	PROCEDIMIENTO CATETER RESERVORIO POR ENFERMERA	\$ 26.255
921033	PERMIABILIZACION CATETER	\$ 22.823

Servicio Ambulancia**RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.**

Código	Prestación	Arancel (\$)
8101034	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO MONTT (BASICO de 09:00 a 18:00 hrs)	\$ 48.695
8101031	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO MONTT (BASICO)	\$ 97.390
8101032	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO MONTT (PROFESIONALIZADO)	\$ 194.779
8101033	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO MONTT (MEDICALIZADO)	\$ 304.343
8101010	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO VARAS (BASICO)	\$ 97.390
8101011	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO VARAS (PROFESIONALIZADO)	\$ 194.779
8101012	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO VARAS (MEDICALIZADO)	\$ 304.343
8101013	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA AEROPUERTO EL TEPUAL (BASICO)	\$ 194.779
8101014	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA AEROPUERTO EL TEPUAL (PROFESIONALIZADO)	\$ 304.343
8101015	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA AEROPUERTO EL TEPUAL (MEDICALIZADO)	\$ 426.080

ATENCIÓN HOSPITALARIA**Servicios de Apoyo Hospitalario****RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.**

Servicio	Arancel (\$)
- - - Laboratorio (*)	Nivel 3 + 30%

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Servicio	Arancel (\$)
- - - Banco Sangre	Listado
- - - Rayos X	N3 + 30%
- - - Ecotomografías	N3 + 30%
- - - Eco Mamaria (0404012)	Nivel 3 + 60%
- - - Eco Doppler Obstétrica	Nivel 3 + 25%
- - - Scanner (**)	N3 + 30%
Tomografía Computarizada de abdomen (0403014) (*)	Nivel 3 + 60%
Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis (0403020) (*)	Nivel 3 + 30%
Tomografía Computarizada Pielografía (0403021) (*)	Nivel 3 x 4
Tomografía Computarizada Urografía (0403022) (*)	Nivel 3 x 2,5
- - - Mamografías	N3 + 30%
- - - Densitometría Osea	N3 + 30%
- - - Resonancia Magnética	Listado
- - - Kinesiterapia	N3 + 30%
- - - Electrocardiogramas	Nivel 3
- - - Procedimientos Gastroenterología	Listado
- - - Procedimientos Otorrino	N3 + 60%
- - - Fonoaudiología	Nivel 3 + 30%
- - - Espirometrías	Listado
- - - Cardiología	N3 + 30%
- - - Polisomnografía	Listado
(*)Arancel scanner Excepción	
(**)Medio de Contraste simple/doble	18.000 / 30.000

50% recargo en horario Inhabil*Pabellones Hospitalizado****RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.**

Código	Arancel (\$)
Guarismo 1	\$ 13.741
Guarismo 2	\$ 32.063
Guarismo 3	\$ 54.965
Guarismo 4	\$ 85.882
Guarismo 5	\$ 148.863
Guarismo 6	\$ 193.440
Guarismo 7	\$ 246.196
Guarismo 8	\$ 292.000
Guarismo 9	\$ 372.157
Guarismo 10	\$ 458.039
Guarismo 11	\$ 515.294
Guarismo 12	\$ 629.804
Guarismo 13	\$ 652.706
Guarismo 14	\$ 721.411
Derecho de Pabellón Ambulatorio	\$ 28.627

***50% recargo en horario Inhabil**

Días cama

RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.

Código		Arancel (\$)
Serv. Médico Quirúrgico Adulto		
201001	Hab. Individual	\$ 147.718
201004	Hab. Doble	\$ 91.608
201005	Hab. Pluripersonal	\$ 90.463
201007	Hab. Aislamiento	\$ 370.794

**** Día cama adicional se cobra posterior a las 12:00 hrs. del alta médica**

Unid. Paciente Crítico Adultos

201008	Cuidados Intermedios (U.T.I.)	\$ 370.794
--------	-------------------------------	------------

**** Día cama adicional se cobra posterior a las 12:00 hrs. del alta médica**

Otros

201006	Sala Preparación	\$ 27.264
201012	Dia Cama Observacion	\$ 43.623

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA (HOSP)

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Código		Arancel (\$)
0405001	Resonancia Magnética cráneo encefálica	\$ 183.747
0405002	Resonancia Magnética de hipotálamo - hipófisis	\$ 183.747
0405003	Resonancia Magnética de órbitas	\$ 183.747
0405004	Resonancia Magnética de articulaciones temporomandibulares	\$ 183.747
0405005	Resonancia Magnética de columna cervical	\$ 183.747
0405006	Resonancia Magnética de columna dorsal	\$ 183.747
0405007	Resonancia Magnética de columna lumbar	\$ 183.747
0405009	Resonancia Magnética de tórax	\$ 183.747
0405010	Resonancia Magnética de abdomen	\$ 183.747
0405011	Resonancia Magnética de pelvis	\$ 183.747
0405012	Resonancia Magnética de abdomen y pelvis	\$ 275.620
0405013	Resonancia Magnética de rodilla	\$ 149.294
0405016	Resonancia Columna Total (cervical, dorsal, lumbar)	\$ 330.744
0405098	Colangiografía	\$ 123.455
0405017	Resonancia Magnética Angiografía de Encéfalo	\$ 183.747
0405018	Resonancia Magnética Angiografía de Cuello	\$ 183.747
0405019	Resonancia Magnética Angiografía de Tórax	\$ 183.747
0405020	Resonancia Magnética Angiografía de Abdomen	\$ 183.747
0405021	Resonancia Magnética Angiografía de Pelvis	\$ 183.747
0405022	Resonancia Magnética Angiografía de Extremidad Superior Unilateral	\$ 183.747
0405023	Resonancia Magnética Angiografía de Extremidad Inferior Bilateral	\$ 183.747
0405024	Resonancia Magnética de Mano o Muñeca	\$ 149.294
0405025	Resonancia Magnética de Antebrazo o Brazo	\$ 330.744
0405026	Resonancia Magnética de Codo	\$ 123.455
0405027	Resonancia Magnética de Hombro	\$ 183.747
0405028	Resonancia Magnética de Pie, Antepie o Tobillo	\$ 183.747
0405029	Resonancia Magnética de Pierna	\$ 183.747
0405030	Resonancia Magnética de Muslo	\$ 183.747
0405031	Resonancia Magnética de Mama (bilateral)	\$ 287.104
410106	CUELLO	\$ 247.112
410131	CADERA (UN LADO)	\$ 212.791
410133	SACROILIACA	\$ 247.112
410134	OIDO (UN LADO)	\$ 247.112

TARIFAS		CAPREDENA 2018
Procedimientos endoscópicos		
RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A		
Código	Descripción de código	2018
1801001-3	Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia).	88.937
	Derecho a Pabellon	54.965
	Hon Med	30.884
	Hon. Anestesia	3.088
	Ins y med	particular
1801037	Ureasa, test de (para Helicobacter pylori) o similar	
	Hon Med	
1801006-3	Colonoscopia larga	100.989
	Derecho a Pabellon	54.965
	Hon Med	41.841
	Hon. Anestesia	4.184
	Ins y med	particular
1801031-4	Pólipos de esófago y/o estómago o intestino delgado, cualquier técnica (incluye endoscopia), por	195.730
	Derecho a Pabellon	85.882
	Hon Med	99.861
	Hon. Anestesia	9.986
	Ins y med	particular
1801045-4	Pólipos rectales, rectosigmoideos o de colon trat. Completo por resección endoscópica (incluye código)	281.919
	Derecho a Pabellon	85.882
	Hon Med	178.215
	Hon. Anestesia	17.821
	Ins y med	particular
1801004-2	Ano-recto-sigmoidoscopia en adultos	70.548
	Derecho a Pabellon	32.063
	Hon Med	34.987
	Hon. Anestesia	3.499
	Ins y med	Ins y med

POLISOMNOGRAFIA

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Código	Descripción de código	2018 (Año actual)
1101045	Polisomnografía (Estudio poligráfico del sueño), (electroencefalograma, electrocardiograma, monitoreo)	438.739

UROFLUJOMETRIA

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Código	Descripción de código	2018 (Año actual)
1901011	Uroflujometría (proc.aut.)	15.959

URODINAMIA

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Código	Descripción de código	2018 (Año actual)
1901030-3	ESTUDIO URODINAMICO	312.502
	Derecho a Pabellon	54.965
	Honorarios médicos	136.869
920024	Paquete Insumos Urodinamia	120.668

CISTOSCOPIA

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Código	Descripción de código	2018 (Año actual)
1901003-4	Cistoscopia y/o uretrocistoscopia y/o uretroscopia (proc.aut.)	199.455
	Derecho a Pabellon	85.882
	Honorarios médicos	77.159
4500116	Paquete Insumos y farmacos Cistoscopia	36.414

ESCLEROTERAPIA

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

Código	Descripción de código	2018 (Año actual)
920017	Escleroterapia / sesion	61.380

MEDICINA TRANSFUSIONAL**RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.**

Código	Descripción de código	2018 (Año actual)
702001	Preparación de glóbulos rojos, plasma, plaquetas o crioprecipitados (incluye entrevista, selección del do	30.690
702003	Set de Exámenes por unidad de Glóbulos Rojos transfundida (incluye clasificación ABO y Rho, VDRL, H	43.989
702006	Transfusión en adulto (atención ambulatoria, atención cerrada siempre que la administración sea contra	91.047

LABORATORIO DE HEMODINAMIA**RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.**

Código	Descripción de código	2018 (Año actual)
1701019	Cinecoronariografía	2.132.955
1701031 + 170	Angioplastia + Coronariografía **	6.066.390
**	Valores no incluyen Balones coronarios ni Stent con Droga	
**	Valores incluyen 1 Stent convencional	

CARDIOLOGÍA**RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A**

Código	Descripción de código	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
1701001	E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación)	9.023	11.730
1701045	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR	91.190	118.547
1701009	MONITOREO CONTINUO DE PRESIÓN ARTERIAL (Holter de Presion)	29.953	38.939
1701006	E.C.G. continuo (Holter de Arritmia)	42.884	55.749
1701003	Ergometría (Test de Esfuerzo)	36.971	48.063

*50% recargo en horario Inhabil

OTORRINO**RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A**

Código	Descripción de código	2018 (Año actual)
	Audiograma (incluye audiometría tonal pura, de la palabra y pruebas supraliminales).	
1301021	# - En adultos	16.892
1301008	# - En niños	19.773
1301009	# Impedanciometría	12.603
1301019	# Test de glicerol (con dos audiometrías)	33.914
1301020	# VIII Par, estudio de (examen cócleovestibular) (incluye audiometría completa, examen cerebeloso, de pares craneanos, de equilibrio y del nistagmus espontáneo y provocado, "prueba calórica").	37.532
305048	Reacción cutánea 16 alergenos por escarificación (incluye el valor de los antígenos).	35.805
1301003	Nasofaringolaringofibroscoopia	33.914

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

1707001	Espirometría Basal	25.575
1707002	Espirometría Basal y con broncodilatador	30.690

ANATOMIA PATOLOGICA**RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.**

Código	Descripción de código	2018 (Año actual)
0801001	Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau y similares)(por cada órgano)	13.438
0801002	Citología aspirativa (por punción); por cada órgano	19.903
0801003	** Estudio histopatológico con microscopia electrónica (por cada órgano)	62.640
0801004	** Estudio histopatológico con técnicas de inmunohistoquímica o inmunofluorescencia (por cada órgano)	54.260
0801005	** Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas especiales (incluye descalcificación) (por cada órgano)	40.805
0801006	Estudio histopatológico de biopsia contemporánea (rápida) a intervenciones quirúrgicas (por cada órgano)	54.260
0801007	Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras)	54.260
0801008	Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano)	27.335
0801009	Necropsia de adulto o niño, con estudio histopatológico corriente.	149.227
0801010	Necropsia de feto o recién nacido, con estudio histopatológico corriente.	119.323

ARANCEL 2018

EXAMENES DE LABORATORIO

RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.

50% Recargo en horario Inhábil

CODIGO	DENOMINACION	FN3	FN3+30%
		AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
I.- SANGRE, HEMATOLOGIA			
0301002	Acido fólico o folatos	6.270	8.151
0301003	Adenograma, mielograma, c/u	7.790	10.127
0301005	Aglutininas anti Rho	5.620	7.306
0301006	Agregación plaquetaria con diferentes agonistas	5.620	7.306
0301007	Anticoagulantes circulantes o anticoagulante lúpico	5.620	7.306
0301008	Antitrombina III	5.620	7.306
0301011	Coagulación, tiempo de	1.950	2.535
0301013	Tiempo de lisis del coágulo	740	962
0301014	Prueba de antiglobulina directa	1.540	2.002
0301015	Coombs indirecto, prueba de	2.770	3.601
0301017	Deshidrogenasa glucosa-6-fosfato en eritrocitos	5.810	7.553
0301020	Tiempo de lisis de euglobulinas	1.950	2.535
0301021	Fibrinógeno	2.770	3.601
0301022	Test de neutralización plaquetaria	5.620	7.306
0301024	Factor V	2.770	3.601
0301025	Factores VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, c/u	5.810	7.553
0301026	Ferritina	7.120	9.256
0301027	Fibrinógeno, productos de degradación del	5.810	7.553
0301028	Fierro sérico	2.770	3.601
0301029	Fierro, capacidad de fijación del (incluye fierro sérico)	5.810	7.553
0301030	Fierro, cinética del (cada determinación)	7.010	9.113
0301033	Grupos menores Tipificación o determinación de otros sistemas sanguíneos (Kell, Duffy, Kidd y otros) c/u.	3.410	4.433
0301034	Clasificación sanguínea ABO y RhD	3.140	4.082
0301035	Haptoglobina cuantitativa	5.200	6.760
0301036	Hematocrito (proc. aut.)	860	1.118
0301038	Hemoglobina en sangre total (proc. aut.)	860	1.118
0301039	Hemoglobina fetal cualitativa	860	1.118
0301040	Hemoglobina fetal cuantitativa en eritrocitos	5.810	7.553
0301041	Hemoglobina glicada A1c	5.920	7.696
0301042	Hemoglobina plasmática	1.280	1.664
0301044	Electroforesis de hemoglobina	6.270	8.151
0301045	Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación)	3.890	5.057
0301048	Hemosiderina medular	1.280	1.664
0301049	Cuantificación de heparina	5.810	7.553
0301050	Isoinmunización, detección de anticuerpos irregulares (proc. aut.)	4.320	5.616
0301051	Identificación de anticuerpos irregulares eritrocitarios	5.810	7.553
0301054	Metahemoglobina	1.540	2.002
0301059	Tiempo de protrombina (incluye INR, Razón Internacional Normalizada)	1.950	2.535
0301062	Recuento de basófilos (absoluto)	1.280	1.664
0301063	Recuento de eosinófilos (absoluto)	1.260	1.638
0301064	Recuento de eritrocitos, absoluto (proc. aut.)	860	1.118
0301065	Recuento de leucocitos, absoluto (proc. aut.)	860	1.118
0301066	Recuento de linfocitos (absoluto)	1.540	2.002
0301067	Recuento de plaquetas (absoluto)	1.540	2.002
0301068	Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual)	1.280	1.664
0301069	Recuento diferencial o fórmula leucocitaria (proc.aut.)	2.380	3.094
0301070	Resistencia globular osmótica	3.890	5.057
0301072	Tiempo de sangría (no incluye dispositivo asociado)	1.950	2.535
0301075	Subgrupo ABO y Rh fenotipo - genotipo Rh, c/u	3.410	4.433
0301082	Transferrina	6.900	8.970
0301083	Trombina, tiempo de	2.380	3.094

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
0301085	Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares)	3.070	3.991
0301086	Velocidad de eritrosedimentación, (proc. aut.)	720	936
0301089	Factor Von Willebrand antigénico (FVW:Ag)	11.300	14.690
0301090	Factor Von Willebrand antigénico Cofactor Ristocetina (FVW:CoRis)	11.300	14.690
0301091	Proteína C	37.920	49.296
0301092	Proteína S	41.900	54.470
0301093	Resistencia a la Proteína C activada	27.520	35.776
0301094	Estudio de la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) por citometría de flujo	60.100	78.130
0301095	Dímero-D	13.200	17.160

II.- SANGRE, EXAMENES BIOQUIMICOS

0302001	Cuerpos cetónicos en sangre	1.070	1.391
0302002	Acido cítrico	3.070	3.991
0302004	Lactato en sangre	4.990	6.487
0302005	Acido úrico, en sangre	2.050	2.665
0302008	Amilasa, en sangre	3.120	4.056
0302009	Aminoácidos, cualitativo en sangre	7.340	9.542
0302010	Amonio	2.770	3.601
0302070	Apolipoproteínas (Al.B u otras)	8.460	10.998
0302011	Bicarbonato (proc.aut.)	860	1.118
0302012	Bilirrubina total (proc.aut.)	1.710	2.223
0302013	Bilirrubina total y conjugada	1.950	2.535
0302015	Calcio en sangre	1.760	2.288
0302017	Caroteno	2.770	3.601
0302018	Caroteno, prueba de sobrecarga de, además 2 códigos 03-07-011 o 03-07-012.	6.260	8.138
0302019	Ceruloplasmina	4.300	5.590
0302020	Cobre en sangre	2.020	2.626
0302067	Colesterol total (proc.aut.)	1.790	2.327
0302068	Colesterol HDL (proc. aut.)	2.620	3.406
0302021	Colinesterasa en suero o plasma	3.890	5.057
0302023	Creatinina en sangre	1.710	2.223
0302024	Clearance de creatinina (proc.aut.)	3.840	4.992
0302025	Creatinquinasa CK - MB miocárdica	6.260	8.138
0302026	Creatinquinasa CK - total	4.750	6.175
0302027	Troponina	12.530	16.289
0302030	Deshidrogenasa láctica total (LDH)	2.910	3.783
0302031	Deshidrogenasa láctica total (LDH), con separación de isoenzimas	7.780	10.114
0302032	Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u	1.570	2.041
0302033	Enzima convertidora de angiotensina I	7.780	10.114
0302034	Perfil lipídico (incluye mediciones de colesterol total, HDL-colesterol y triglicéridos con estimaciones por fórmula de LDL-colesterol, VLDL-colesterol y colesterol no-HDL)	8.140	10.582
0302035	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	7.330	9.529
0302036	Fenilalanina	2.770	3.601
0302039	Fosfatasa alcalinas con separación de isoenzimas hepáticas, intestinales, óseas. c/u	7.500	9.750
0302040	Fosfatasa alcalinas totales	1.760	2.288
0302042	Fósforo (fosfatos) en sangre	2.300	2.990
0302043	Galactosa	860	1.118
0302045	Gamma glutamiltranspeptidasa (GGT)	3.020	3.926
0302046	Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros.	4.780	6.214
0302047	Glucosa en sangre	1.680	2.184
0302048	Glucosa, Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO), (dos determinaciones; no incluye la glucosa que se administra; incluye el valor de las dos tomas de muestras)	7.810	10.153
0302050	Adenosindeaminasa en sangre u otro fluido biológico.	5.810	7.553
0302052	Leucinaminopeptidasa (LAP).	2.770	3.601
0302053	Lipasa en sangre	3.070	3.991

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
0302055	Litio en sangre	3.890	5.057
0302056	Magnesio en sangre	3.890	5.057
0302057	Nitrógeno ureico y/o urea, en sangre	1.700	2.210
0302058	Osmolalidad en sangre	2.260	2.938
0302075	Perfil Bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)	10.990	14.287
0302060	Proteínas totales o albúminas, c/u, en sangre	1.900	2.470
0302061	Proteínas, electroforesis (incluye cód. 03-02-060)	8.220	10.686
0302076	Perfil Hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT)	13.650	17.745
0302063	Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), Pirúvica (GPT/ALT), c/u	2.500	3.250
0302064	Triglicéridos en sangre (proc.aut.)	2.320	3.016
0302066	Xilosa, prueba de absorción (no incluye la xilosa que se administra)	4.080	5.304
0302077	Vitamina B12 por inmunoensayo	9.580	12.454
0302078	25 OH Vitamina D Total por inmunoensayo	19.090	24.817
0302079	25 OH Vitamina D Total por espectrometría de masa	19.090	24.817
0302080	Vitamina B6 por HPLC	60.370	78.481
0302081	Calcio iónico (incluye medición de pH método ión selectivo)	2.740	3.562
0302082	Fenilalanina cuantitativa en GSS	10.770	14.001

0

III.- HORMONAS

0

A.- EN SANGRE

0

0303001	Adenocorticotrofina (ACTH)	10.780	14.014
0303002	Aldosterona	9.250	12.025
0303003	Androstenediona	7.010	9.113
0303004	Angiotensina	8.430	10.959
0303006	Cortisol	7.010	9.113
0303007	Crecimiento, hormona de (HGH) (somatotrofina)	9.250	12.025
0303008	Dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S)	9.100	11.830
0303009	Eritropoyetina	6.640	8.632
0303012	Gastrina	9.250	12.025
0303014	Gonadotrofina coriónica, sub-unidad beta (cuantificación)	6.800	8.840
0303015	Hormona foliculo estimulante (FSH)	6.800	8.840
0303016	Hormona luteinizante (LH)	6.800	8.840
0303047	IGF1 o Somatomedina - C (Insuline Like Growth Factor)	16.180	21.034
0303048	IGFBP3, IGFBP1 (Insulin Like Growth Factor Binding Proteins) c/u	16.180	21.034
0303017	Insulina	6.690	8.697
0303031	Insulina, curva de (mínimo dos determinaciones e incluye todas las tomas de muestra necesarias. No incluye la glucosa que se administra)	18.030	23.439
0303018	Parathormona, hormona Paratiroidea o PTH.	10.530	13.689
0303019	Progesterona	6.800	8.840
0303020	Prolactina (PRL)	6.800	8.840
0303021	Renina	9.250	12.025
0303046	SHBG (Sex-Hormone Binding Globulin)	15.900	20.670
0303022	Testosterona en sangre	7.010	9.113
0303023	Testosterona libre en sangre	8.430	10.959
0303123	Índice androgénico (incluye Testosterona Total y SHBG)	17.410	22.633
0303024	Tiroestimulante (TSH), hormona (Adulto, niño o R.N.)	5.920	7.696
0303025	Tiroglobulina	9.250	12.025
0303026	Tiroxina libre (T4L)	6.800	8.840
0303027	Tiroxina o tetrayodotironina (T4)	5.920	7.696
0303028	Triyodotironina (T3)	5.920	7.696
0303029	17 - Hidroxiprogesterona	9.250	12.025
0303030	Estradiol (17-Beta)	6.690	8.697
0303049	Catecolaminas en sangre (incluye medición de Adrenalina, Noradrenalina y Dopamina por separado por métodos cromatográficos)	41.280	53.664

B.- EN ORINA

0303033	Angiotensina	8.320	10.816
0303035	Cortisol libre urinario	7.620	9.906

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
0303039	Gonadotropina coriónica, sub-unidad Beta; titulación por (Elisa; RIA o IRMA; Quimioluminiscencia u otra técnica)	7.010	9.113
0303050	Metanefrinas urinarias (incluye determinación de Metanefrina y Normetanefrina por separado por métodos cromatográficos)	46.690	60.697
0303051	Catecolaminas urinarias (incluye medición de Adrenalina, Noradrenalina y Dopamina por separado por métodos cromatográficos)	41.280	53.664

IV.- GENETICA

0304001	Cariograma en sangre por cultivo de linfocitos (incluye mínimo 25 mitosis con bandedo G y eventualmente Q,R,C,NOR) (montaje de 3 metafases bandeadas)	60.990	79.287
0304002	Cariograma con técnicas especiales (incluye muestra de sangre o de médula ósea, tratamiento con FUDR, bromuro de etidio, medio deficiente en ácido fólico)	65.150	84.695
0304003	Cariograma en fibroblastos por cultivo de trofoblasto, líquido amniótico, piel u otros bandeos G y eventualmente Q,R,C,NOR	65.150	84.695
0304006	Fish en metafases. Búsqueda de una alteración constitucional con 1 sonda	87.700	114.010

V.- INMUNOLOGIA

A.- INMUNOQUIMICA

0305001	Alfa -1- antitripsina cuantitativa	7.010	9.113
0305002	Alfa -2- macroglobulina	6.780	8.814
0305003	Alfa fetoproteínas	6.800	8.840
0305004	Tamizaje de Anticuerpos anti antígenos nucleares extractables (a- ENA: Sm, RNP, Ro, La, Scl- 70 y Jo- 1)	13.520	17.576
0305005	Anticuerpos antinucleares (ANA), antimitocondriales, anti DNA (ADNA), anti músculo liso, anticentrómero, u otros, c/u.	9.490	12.337
0305007	Anticuerpos específicos y otros autoanticuerpos (anticuerpos antitiroideos: anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulinas y otros anticuerpos: prostático, espermios, etc.) c/u	7.620	9.906
0305008	Antiestreptolisina O, por técnica de látex	6.130	7.969
0305009	Antígeno carcinoembrionario (CEA)	9.250	12.025
0305070	Antígeno prostático específico	11.900	15.470
0305170	Antígeno Ca 125, Ca 15-3 y Ca 19-9, c/u	12.060	15.678
0305010	Beta-2-microglobulina	9.250	12.025
0305012	Complemento C1Q, C2, C3, C4, etc., c/u	6.130	7.969
0305013	Complemento hemolítico (CH 50)	7.620	9.906
0305014	Crioglobulinas, precipitación en frío (cualitativa) o cuantitativa c/u	1.470	1.911
0305019	Factor reumatoideo por técnica de látex u otras similares	3.490	4.537
0305020	Factor reumatoideo por técnica de Scat, Waaler Rose, nefelométricas y/o turbidimétricas	6.030	7.839
0305021	Inhibidor de C1Q, C2 y C3, c/u	6.130	7.969
0305025	Inmunofijación de inmunoglobulina, c/u.	10.540	13.702
0305026	Inmunoglobulina IgA secretora	5.920	7.696
0305027	Inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM, c/u	6.130	7.969
0305028	Inmunoglobulinas IgE, IgD total, c/u	7.010	9.113
0305029	Inmunoglobulinas IgE, IgG específicas, c/u	6.900	8.970
0305030	Proteína C reactiva por técnica de látex u otras similares	5.730	7.449
0305031	Proteína C reactiva por técnicas automatizadas	7.920	10.296
0305034	Quimiotaxis-leucotaxis	9.140	11.882
0305081	Anticuerpo antiendomisio (EMA, antimembrana basal glomerular (GBM), antireticulina, por IFI c/u.	14.240	18.512
0305181	Anticuerpos antitransglutaminasa (TTG)	14.450	18.785
0305082	Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), C-ANCA y P-ANCA, por IFI	21.200	27.560
0305083	Determinación de isotipos de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (G-M-A-C'3), por IFI, c/u.	8.990	11.687
0305084	Anticuerpos anticardiolipinas por Elisa (isotipos G-M-A), c/u.	16.190	21.047
0305085	Anticuerpos anti LKM-1	26.940	35.022
0305086	Anticuerpos contra péptidos deaminados de gliadina IgG e IgA	14.240	18.512

B.- INMUNOCELULARES

0305035	Detección, identificación y titulación de crioglobulinas	3.070	3.991
---------	--	-------	-------

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
0305036	Criohemolisinas	3.070	3.991
0305037	Digestión fagocítica nitroblue-tetrazolium cualitativo y cuantitativo	7.780	10.114
0305038	Fagocitosis: ingestión y digestión (killing) de levaduras por polimorfonucleares.	16.020	20.826
0305039	Fagocitosis: ingestión y digestión (killing) de bacterias por polimorfonucleares	16.020	20.826
0305040	Inmunoaderencia de leucocitos macrófagos	6.260	8.138
0305041	Intradermoreacción (PPD, histoplasmina, aspergilina, u otros, incluye el valor del antígeno y reacción de control), c/u.	6.160	8.008
0305080	Estudio para hipersensibilidad retardada	26.940	35.022
0305042	LIF o MIF	7.780	10.114
0305044	Linfocitos B (rosetas EAC) y linfocitos T (rosetas E) c/u.	6.990	9.087
0305047	Linfotoxinas humanas, detección de	10.780	14.014
0305049	Transformación linfoblástica a drogas, análisis de transformación espontánea con estímulo inespecífico y con diferentes concentraciones de la droga en 1000 células	30.580	39.754
0305089	Linfocitos B totales (CD19)	57.380	74.594

C.- HISTOCOMPATIBILIDAD

0305052	Anticuerpos linfocitotóxicos (PRA) por microlinfocitotoxicidad	10.640	13.832
0305053	Autocrossmatch con linfocitos T y B	19.020	24.726
0305056	Alocrossmatch con linfocitos totales	11.630	15.119
0305057	Alocrossmatch con linfocitos T y B	31.040	40.352
0305058	Cultivo mixto de linfocitos	76.540	99.502
0305060	Tipificación HLA B-27.	21.570	28.041
0305062	Tipificación HLA - DR serológica	86.300	112.190
0305063	Tipificación HLA - A, B serológica	107.870	140.231
0305087	Anticuerpos linfocitotóxicos con identificación de inmunoglobulinas.	19.730	25.649
0305088	Especificidad de anticuerpos.	61.940	80.522

VI.- EXAMENES MICROBIOLÓGICOS

A.- BACTERIAS Y HONGOS

A.1 EXAMENES MICROSCÓPICOS

0306001	Baciloscofia por método de concentración	3.300	4.290
0306002	Baciloscofia Ziehl-Neelsen, c/u	2.260	2.938
0306004	Examen directo al fresco, c/s tinción (incluye trichomonas)	1.950	2.535
0306005	Tinción de Gram	860	1.118
0306006	Ultramicroscopía (incluye toma de muestras)	5.810	7.553

A.2 CULTIVOS

(Incluye la identificación bioquímica y serológica cuando corresponda)

0306007	Coprocultivo, c/u	5.420	7.046
0306008	Cultivo corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u	4.480	5.824
0306011	Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica y frasco recolector) (no incluye recolector pediátrico ni sonda)	4.720	6.136
0306091	Hemocultivo aeróbico automatizado con antibiograma	22.160	28.808
0306092	Hemocultivo anaeróbico automatizado con antibiograma	14.780	19.214
0306093	Hemocultivo automatizado para micobacterias	20.530	26.689

A.3 CULTIVOS ESPECÍFICOS PARA

0306012	Cultivo para Anaerobios (incluye Cód. 03-06-008)	8.640	11.232
0306013	Cultivo para Bordetella	8.190	10.647
0306014	Cultivo para Campylobacter, Yersinia, Vibrio, c/u	5.810	7.553
0306016	Neisseria gonorrhoeae (gonococo)	3.870	5.031
0306017	Cultivo para Levaduras	3.500	4.550
0306117	Cultivo para hongos filamentosos	3.980	5.174
0306018	Cultivo para micobacterias (incluye bacilo de Koch)	5.650	7.345

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
0306019	Cultivo para Legionella	5.810	7.553
0306022	Cultivo y Tipificación de micobacterias	5.810	7.553
0306023	Cultivo mycoplasma y ureaplasma, c/u.	8.000	10.400

A.4 ANTIBIOGRAMA

0306025	Antibiograma Bacilo de Koch (cada fármaco)	5.810	7.553
0306026	Antibiograma Corriente (mínimo 10 fármacos) (en caso de urocultivo no corresponde su cobro; incluido en el valor 03-06-011)	3.620	4.706
0306027	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)	9.980	12.974
0306028	Antifungigrama (mínimo 4 fármacos antihongos)	2.770	3.601

A.5 OTROS

0306090	Test rápido de detección de streptococcus.	7.200	9.360
---------	--	-------	-------

A.6 SEROLOGICOS

(Determinación de antígenos o anticuerpos)

0306033	Brucella abortus, melitensis y suis, anticuerpos, por Aglutinación o Elisa	2.000	2.600
0306034	Clamidas por inmunofluorescencia, peroxidasa, Elisa o similares	7.090	9.217
0306036	Mononucleosis, reacción de Paul Bunnell, Anticuerpos Heterófilos o similares	3.120	4.056
0306037	Mycoplasma IgG, IgM, c/u.	6.260	8.138
0306038	R.P.R.	3.390	4.407
0306039	Tíficas, reacciones de aglutinación (Eberth H y O, paratyphi A y B) (Widal)	4.770	6.201
0306041	Treponema pallidum FTA - ABS, MHA-TP c/u	6.400	8.320
0306042	V.D.R.L.	3.970	5.161
0306094	Antígeno galactomanano	28.740	37.362

B. PARASITOS

B.1 MACRO Y MICROSCOPICOS

0306043	Artrópodos macroscópicos y microscópicos (imago y/o pupas y/o larvas), diagnóstico de	3.870	5.031
0306045	Coproparasitario seriado con técnica para Cryptosporidium sp o para Diantamoeba fragilis (incluye los códigos 03-06-048 y/o 03-06-059 más aplicación de técnica de frotis con tinción tricrómica o tinción Ziehl-Neelsen en por lo menos 3 muestras, según corresponda).	11.440	14.872
0306046	Coproparasitario seriado para fasciola hepática (incluye diagnóstico de gusanos macroscópicos y examen microscópico de 10 muestras por método de Telemann y simultáneamente por técnica de Sedimentación rápida (Copa Cónica).	23.010	29.913
0306047	Coproparasitario seriado para Iospora y Sarcocystis (incluye diagnóstico de gusanos macroscópicos y examen microscópico de 3 muestras separadas)	6.260	8.138
0306048	Coproparasitológico seriado simple (incluye diagnóstico de gusanos macroscópicos y examen microscópico por concentración de tres muestras separadas método Telemann) (proc. aut.)	4.000	5.200
0306049	Diagnóstico de parásitos en jugo duodenal y/o bilis, examen macroscópico y microscópico (directo y/o concentración, c/s tinción)	3.820	4.966
0306050	Diagnóstico parasitario en exudados, secreciones y otros líquidos orgánicos (no especificados más adelante), examen macro y microscópico de (incluye concentración y/o tinción cuando proceda). c/u	3.870	5.031
0306051	Graham, examen de (incluye diagnóstico de gusanos macroscópicos y examen microscópico de 5 muestras separadas)	2.740	3.562
0306052	Estudio de gusanos macroscópicos	2.260	2.938
0306053	Hemoparásitos, diagnóstico microscópico de (mínimo 10 frotis y/o gotas gruesas, c/s examen directo al fresco), cada sesión.	11.600	15.080
0306054	Hemoparásitos, diagnóstico por técnica de Microstrout o similar en hasta 10 tubos capilares, cada sesión (Chagas)	15.280	19.864
0306056	Raspado de piel, examen microscópico de ("Acarotest"): de 6 a 10 preparaciones	5.200	6.760
0306059	Coproparasitológico seriado simple (incluye diagnóstico de gusanos macroscópicos y examen microscópico por concentración de tres muestras separadas método PAFS) (proc. aut.)	5.170	6.721

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
--------	--------------	-------------	---------------

B.2. SEROLOGICOS

(Determinación de antígenos y anticuerpos)

0306061	Parásitos IgG/IgM (Chagas, Hidatidosis, Toxocariasis y otros por Elisa o Inmunofluorescencia), c/u	7.100	9.230
0306066	Inmunofluorescencia indirecta (toxoplasmosis, Chagas, amebiasis y otras), c/u	7.100	9.230
0306095	Parásitos: determinación por reacción de polimerasa en cadena (PCR)	52.460	68.198
0306096	Parásitos: test rápido anticuerpos (Chagas y otros)	14.350	18.655

C. VIRUS

C.1 CULTIVOS

0306068	Aislamiento de virus (Adenovirus, Citomegalovirus, Enterovirus, Herpes, Influenza, Polio, Sarampion y otros), c/u	8.640	11.232
---------	---	-------	--------

C.2 SEROLOGIA

(Determinación de antígenos o anticuerpos)

0306069	Anticuerpos virales, determ. de (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	7.390	9.607
0306169	Anticuerpos virales, determ. de H.I.V.	7.060	9.178
0306070	Antígenos virales determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza y otros), (por cualquier técnica ej: inmunofluorescencia), c/u	6.690	8.697
0306170	Antígenos virales determ. de rotavirus, por cualquier técnica	6.690	8.697
0306270	Antígenos virales determ. de virus sincicial, por cualquier técnica	7.300	9.490
0306074	Virus Hepatitis A, anticuerpos IgG, IgM o totales c/u	10.000	13.000
0306075	Virus hepatitis B, anticuerpo del antígeno E del	8.640	11.232
0306076	Virus hepatitis B, anticore total del (anti Hbc total)	9.230	11.999
0306078	Virus hepatitis B, antígeno E del (HBEAg)	8.640	11.232
0306079	Virus hepatitis B, antígeno de superficie (HBsAg)	6.910	8.983
0306080	Virus hepatitis B, anticore IgM del (anti Hbc IgM)	9.580	12.454
0306081	Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV)	10.620	13.806

VII.- PROCEDIMIENTOS O DETERMINACIONES DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE

(No incluye los fármacos ni los exámenes bioquímicos que correspondan)

0307001	Dietilendiamina tetraacetato de sodio cromo (EDTA Cr 51)	7.790	10.127
0307002	Prueba de la sed (volumen, densidad, osmolalidad seriada en sangre y orina)	6.900	8.970
0307005	Reacción cutánea de parche c/u	860	1.118
0307006	Sobrecarga hídrica	1.920	2.496
0307007	Test del sudor (procedimiento completo)	18.290	23.777
0307008	Vasopresina test o similares (incluye además mediciones de diuresis)	5.700	7.410

TOMA DE MUESTRAS

(Incluye procedimiento y el material)

DE SANGRE

0307009	Arterial en adultos	1.540	2.002
0307010	Arterial en niños y lactantes	2.260	2.938
0307011	Venosa en adultos	1.090	1.417
0307012	Venosa en niños y lactantes	1.070	1.391
0307013	Con técnica aséptica para hemocultivo automatizado, c/u, no incluye frasco	1.620	2.106
0307014	Capilar (adultos, niños y lactantes)	860	1.118

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
DE ORINA, EXUDADOS, SECRECIONES Y LIQUIDOS DE CAVIDADES SEROSAS			
0307016	Punción traqueal	3.020	3.926
0307017	Punción vesical en recién nacidos	3.070	3.991
0307018	Punción medular ósea	15.120	19.656
0307023	Aspirados nasofaríngeo para adulto y niño.	2.940	3.822
0307024	Reacción cutánea a alérgenos (incluye el valor de los alérgenos)	7.780	10.114

VIII.- EXAMENES DE DEPOSICIONES, EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS

A. DEPOSICIONES

0308001	Azúcares reductores (Benedict-Fehling o similar)	1.520	1.976
0308003	Grasas neutras (Sudán III)	860	1.118
0308004	Hemorragias ocultas, (bencidina, guayaco o test de Weber y similares), cualquier método, c/muestra	1.540	2.002
0308005	Leucocitos fecales	1.540	2.002
0308006	pH	860	1.118

B. EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS

(Amniótico, articular, ascítico, bronquial, digestivo, ginecológico, L.C.R., nasal, pericárdico, pleural, seminal u otros).

0308009	Células neoplásicas en fluidos biológicos	5.490	7.137
0308010	Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual)	3.890	5.057
0308011	Directo al fresco c/s tinción, (incluye trichomonas)	1.950	2.535
0308012	Electrolitos (sodio, potasio, cloro), en exudados, secreciones y otros líquidos, c/u	1.950	2.535
0308013	Eosinófilos en secreciones	1.070	1.391
0308014	Físico-químico (incluye aspecto, color, pH, glucosa, proteína, Pandy y filancia)	3.070	3.991
0308015	Glucosa en exudados, secreciones y otros líquidos	860	1.118
0308016	Mucina, determinación de	1.540	2.002
0308017	pH en exudados, secreciones y otros líquidos (proc. aut.)	860	1.118
0308018	Proteínas totales o albúmina (proc. aut.) c/u	1.950	2.535
0308019	Proteínas, electroforesis de (incluye proteínas totales) en otros líquidos biológicos	8.220	10.686
0308020	Bandas oligoclonales (incluye electroforesis de L.C.R., suero e inmunofijación)	28.050	36.465
0308021	Glutamina	2.560	3.328
0308022	Índice IgG/albumina (incluye determ. de IgG y albumina en L.C.R.y suero)	15.570	20.241
0308023	Estudio de cristales (con luz polarizada)	1.950	2.535
0308025	Prueba de estimulación máxima con histamina, mínimo 5 muestras (no incluye la histamina ni el antihistamínico).	7.700	10.010
0308029	Espermiograma (físico y microscópico, con o sin observación hasta 24 horas).	5.230	6.799
0308030	Fosfatasa ácida prostática	3.840	4.992
0308031	Fructosa seminal	2.260	2.938
0308033	Células anaranjadas (proc. aut.)	860	1.118
0308034	Contaminantes (meconio y sangre)(proc. aut.)	1.520	1.976
0308035	Creatinina en exudados, secreciones y otros líquidos (proc. aut.)	1.540	2.002
0308036	Fosfatidil glicerol y/o fosfatidil inositol	8.670	11.271
0308037	Índice de bilirrubina (prueba de Liley)	1.920	2.496
0308038	Índice lecitina/esfingomielina	7.790	10.127
0308039	Madurez fetal completa (físico; células anaranjadas, bilirrubina, test de Clements, creatinina, contaminantes)	7.790	10.127
0308040	Test de Clements (proc. aut.)	1.540	2.002
0308041	Colpocitograma	3.070	3.991
0308043	Moco-semen, prueba de compatibilidad	3.020	3.926
0308044	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)	10.500	13.650
0308045	Amilasa en exudados, secreciones y otros líquidos	5.650	7.345
0308046	Lipasa en exudados, secreciones y otros líquidos	3.710	4.823

IX.- EXAMENES ORINA

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
0309001	Acido ascórbico	3.070	3.991
0309002	Acido delta aminolevulínico	6.270	8.151
0309004	Ácido úrico en orina (cuantitativo)	2.770	3.601
0309005	Acido 5 hidroxindolacético cuantitativo	6.510	8.463
0309006	Amilasa cuantitativa en orina	3.410	4.433
0309007	Aminoácidos en orina (cualitativo)(excepto fenilalanina, PKU)	6.270	8.151
0309008	Calcio cuantitativo en orina	2.560	3.328
0309009	Cálculo urinario (examen físico y químico)	5.420	7.046
0309010	Creatinina cuantitativa en orina	1.950	2.535
0309011	Cuerpos cetónicos	1.950	2.535
0309012	Electrolitos (sodio, potasio, cloro) c/u, en orina	1.950	2.535
0309013	Microalbuminuria cuantitativa	3.820	4.966
0309014	Gonadotropina coriónica, sub-unidad beta en orina (test rápido)	3.300	4.290
0309015	Fósforo cuantitativo en orina	2.560	3.328
0309016	Glucosa (cuantitativo), en orina	1.700	2.210
0309035	Hemosiderina	1.460	1.898
0309017	Hidroxiprolina en orina	5.810	7.553
0309019	Mucopolisacáridos	7.790	10.127
0309020	Nitrógeno ureico o urea en orina (cuantitativo)	1.070	1.391
0309021	Nucleótidos cíclicos (CAMP, CGM, u otros) c/u	6.270	8.151
0309022	Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024)	2.420	3.146
0309023	Orina, físico-químico (aspecto, color, densidad, pH; proteínas, glucosa, cuerpos cetónicos, urobilinogeno, bilirrubina, hemoglobina y nitritos, determinación cualitativa o semi cuantitativa) todos o cada uno de los parámetros (proc. aut.)	1.540	2.002
0309024	Sedimento de orina (proc. aut.)	1.390	1.807
0309025	Osmolalidad	2.260	2.938
0309027	Porfirinas, c/u	2.620	3.406
0309028	Proteína (cuantitativa), en orina	2.260	2.938
0309029	Proteínas de Bence-Jones prueba térmica	1.540	2.002

ARANCEL 2018

IMAGENOLOGIA

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

50% Recargo en horario Inhábil

CODIGO	DENOMINACION	FN3	FN3+30%
		AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
I.- EXAMENES RADIOLOGICOS.			
A.- EXAMENES RADIOLOGICOS SIMPLES			
0401001	Radiografía de las glándulas salivales "sialografía"	29.600	38.480
CUELLO			
0401002	Radiografía de partes blandas, laringe lateral, cavum rinofaríngeo (rinofarinx).	12.400	16.120
TORAX			
0401004	Radiografía de tórax, proyección complementaria (oblicuas, selectivas u otras)	8.930	11.609
0401006	Estudio radiológico de corazón (incluye fluoroscopia, telerradiografías frontal y lateral con	26.720	34.736
0401008	Radiografía de tórax frontal o lateral con equipo móvil fuera del departamento de rayos.	13.280	17.264
0401009	Radiografía de tórax simple frontal o lateral	13.280	17.264
0401070	Radiografía de tórax frontal y lateral	24.420	31.746
GLANDULAS MAMARIAS			
0401010	Mamografía bilateral	28.300	36.790
0401110	Mamografía unilateral	16.850	21.905
0401130	Mamografía proyección complementaria (axilar u otras)	6.420	8.346
0401011	Marcación preoperatoria de lesiones de la mama	29.600	38.480
0401012	Radiografía de mama, pieza operatoria	8.930	11.609
ABDOMEN			
0401013	Radiografía de Abdomen Simple	11.900	15.470
0401014	Radiografía de abdomen simple, proyección complementaria (lateral y/o oblicua)	8.930	11.609
APARATO DIGESTIVO			
0401015	Colangiografía intra o postoperatoria (por sonda T, o similar)	24.750	32.175
0401018	Enema baritado del colon (incluye llene y control post-vaciamento)	49.920	64.896
0401019	Enema baritado del colon o intestino delgado, doble contraste	56.190	73.047
0401020	Esofagograma (incluye pesquisa de cuerpo extraño) (proc.aut.)	22.210	28.873
0401021	Radiografía de esófago, estómago y duodeno, relleno y/o doble contraste	49.420	64.246
0401022	Estudio radiológico de deglución faríngea	22.210	28.873
0401023	Estudio radiológico del intestino delgado	39.650	51.545
0401024	Radiografía de esófago, estómago y duodeno, simple en niños	36.590	47.567
APARATO UROGENITAL			
0401027	Pielografía de eliminación o descendente: incluye renal y vesical simples previas, 3 placa	53.870	70.031
0401028	Radiografía renal simple (proc. aut.)	11.410	14.833
0401029	Radiografía vesical simple o perivesical (proc. aut.)	9.820	12.766
CRANEO			
0401030	Radiografía agujeros ópticos, ambos lados	19.730	25.649
0401031	Radiografía de cavidades perinasales, órbitas, articulaciones temporomandibulares, hues	13.280	17.264
0401032	Radiografía de cráneo frontal y lateral	14.020	18.226
0401033	Radiografía de Cráneo proyección especial de base de cráneo (Towne)	9.820	12.766
0401034	Radiografía de globo ocular, estudio de cuerpo extraño	24.750	32.175

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
0401035	Radiografía de oído, uno o ambos	17.900	23.270
0401040	Radiografía de silla turca frontal y lateral	16.320	21.216
COLUMNA VERTEBRAL			
0401042	Radiografía de columna cervical o atlas-axis (frontal y lateral)	13.280	17.264
0401043	Radiografía de columna cervical (frontal, lateral y oblicuas)	23.710	30.823
0401044	Radiografía de columna cervical flexión y extensión (Dinámicas)	13.280	17.264
0401045	Radiografía de columna dorsal o dorsolumbar localizada, parrilla costal adultos (frontal y lateral)	15.630	20.319
0401046	Radiografía columna lumbar o lumbosacra (frontal, lateral y focalizada en el 5° espacio)	22.930	29.809
0401047	Radiografía columna lumbar o lumbosacra flexión y extensión (Dinámicas)	19.730	25.649
0401048	Radiografía columna lumbar o lumbosacra, oblicuas adicionales	13.280	17.264
0401049	Radiografía de columna total, panorámica con folio graduado frontal o lateral	17.840	23.192
0401051	Radiografía de pelvis, cadera o coxofemoral	10.290	13.377
0401151	Radiografía de pelvis, cadera o coxofemoral de RN, lactante o niño menor de 6 años.	10.290	13.377
0401052	Radiografía de pelvis, cadera o coxofemoral, proyecciones especiales; (rotación interna, externa)	9.820	12.766
0401053	Radiografía de Sacrocoxis o articulaciones sacroilíacas.	14.800	19.240
EXTREMIDADES			
0401054	Radiografía de brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie (frontal y lateral)	11.900	15.470
0401055	Radiografía de clavícula.	13.780	17.914
0401056	Radiografía Edad Ósea: carpo y mano	9.820	12.766
0401057	Radiografía Edad ósea : rodilla frontal	9.820	12.766
0401058	Estudio radiológico de escafoides	14.800	19.240
0401059	Estudio radiológico de muñeca o tobillo frontal lateral y oblicuas	13.870	18.031
0401060	Radiografía de hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón Frontal y Lateral	13.870	18.031
0401062	Radiografía de Proyecciones especiales oblicuas u otras en hombro, brazo, codo, rodilla.	9.820	12.766
0401063	Radiografía de túnel intercondíleo o radio-carpiano	9.820	12.766
PROCEDIMIENTO FLUOROSCOPICO DE APOYO:			
0401064	Apoyo fluoroscópico a procedimientos intraoperatorios y/o biopsia (no incluye el proc.)	9.820	12.766
B.- EXAMENES RADIOLOGICOS COMPLEJOS			
GLANDULAS MAMARIAS			
0402005	Galactografía, unilateral	14.220	18.486
ABDOMEN			
0402008	Colangiopancreatografía endoscópica (a.c.18-01-018; 5-7 exp)	38.000	49.400
0402009	Fistulografía (a.c. 18-01-020) (3 exp.)	9.520	12.376
APARATO UROGENITAL			
0402011	Histerosalpingografía (a.c. 20-01-013) (4 exp.; incluye prueba de Cotte tardía)	29.060	37.778
0402012	Pielografía ascendente (a.c. 19-01-015) (3 exp.)	31.680	41.184
0402014	Uretro y/o cistouretrografía miccional retrógrada (a.c. 19-01-016) (5 exp.)	31.680	41.184
COLUMNA			
0402015	Artrografía facetaria	47.490	61.737
CARDIOVASCULARES			
0402019	Angiografía selectiva de carótida externa o interna (a.c 17-01-024)	42.240	54.912
0402020	Angiografía selectiva medular (a.c 17-01-024)	42.240	54.912
0402022	Angioplastia intraluminal coronaria. procedimiento radiológico. (a.c.17-01-031)	73.860	96.018

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
0402023	Angioplastia intraluminal periférica. procedimiento radiológico. (a.c. 17-01-032)	52.770	68.601
0402024	Aortografía con AOT o cineangiografía (a.c. 17-01-022)	57.580	74.854
0402025	Arteriografía de cada extremidad, (a.c.17-01-023)	38.000	49.400
0402027	Arteriografía selectiva con AOT o cineangiografía (pulmonar, renal, tronco celíaco o simil	67.010	87.113
0402029	Arteriografía Carótida vertebral por cateterización (de la subclavia axilar, humeral o femo	42.240	54.912
0402030	Cinecoronariografía (a.c. 17-01-019)	57.580	74.854
0402031	Embolización o balonización (a.c. de la angiografía correspondiente) (incluye control radi	31.680	41.184
0402032	Instalación de catéter o sonda intracardiaca, control por radiólogo de (a.c. 17-01-020, 17-	28.540	37.102
0402033	Ventriculografía derecha y/o izquierda (a.c. 17-01-011, 17-01-020 ó 17-01-021 ó 17-01-0	57.580	74.854
FLEBOGRAFIAS			
0402035	Cavografía (a.c. 17-01-025)	28.540	37.102
0402038	Flebografía extremidad inferior o superior, un lado (a.c. 17-01-026) cada extremidad.	25.870	33.631
0402040	Flebografía orbitaria o yugular (a.c. 11-01-015, 11-01-018 o 12-01-028 según correspon	42.240	54.912
0402041	Flebografía selectiva (suprarrenal y similares) (a.c. 17-01-027)	28.540	37.102
MIELOGRAFIAS			
0402050	Mielografía por punción lumbar con contraste hidrosoluble (a.c. 11-01-025)	42.240	54.912
II.- TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)			
(Los valores de las prestaciones no incluyen el medio de contraste)			
0403001	Tomografía Computarizada de cráneo encefálica	83.860	109.018
0403002	Tomografía Computarizada de hipotálamo-hipófisis	93.460	121.498
0403003	Tomografía Computarizada de fosa posterior	77.070	100.191
0403006	Tomografía Computarizada de temporal-oído	77.070	100.191
0403007	Tomografía Computarizada de órbitas maxilofacial	93.460	121.498
0403008	Tomografía Computarizada de columna cervical	102.350	133.055
0403018	Tomografía Computarizada de Columna Dorsal	93.410	121.433
0403019	Tomografía Computarizada de Columna Lumbar	93.410	121.433
0403012	Tomografía Computarizada de cuello, partes blandas	77.070	100.191
0403013	Tomografía Computarizada de tórax total	120.780	157.014
0403014	Tomografía Computarizada de abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, s	71.920	93.496
0403016	Tomografía Computarizada de pelvis	71.920	93.496
0403020	Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis	122.260	158.938
0403021	Tomografía Computarizada Pielografía	28.770	37.401
0403022	Tomografía Computarizada Urografía	71.920	93.496
0403023	Tomografía Computarizada de Colonografía	54.850	71.305
0403024	Tomografía Computarizada Planificación Radioterapia	77.900	101.270
0403025	Tomografía Computarizada de Calcio Coronario	33.300	43.290
0403104	Tomografía Computarizada Angio de Cuello	69.600	90.480
0403105	Tomografía Computarizada Angio de Pelvis	56.820	73.866
0403106	Tomografía Computarizada Angio Cardíaco	62.480	81.224
0403017	Tomografía Computarizada de extremidad	65.260	84.838
0403101	Tomografía Computarizada angio de encéfalo	97.600	126.880
0403102	Tomografía Computarizada angio de tórax	138.820	180.466
0403103	Tomografía Computarizada angio de abdomen	132.180	171.834
III.- ULTRASONOGRAFIA			
A.- EQUIPOS SIMPLES			
0404002	Ecografía obstétrica	9.060	11.778
B.- EQUIPOS DE MEDIANA A ALTA RESOLUCION			
0404003	Ecografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retrope	33.280	43.264
0404004	Ecografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, e	20.500	26.650

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
0404005	Ecografía transvaginal o transrectal	18.510	24.063
0404006	Ecografía ginecológica, pelviana femenina u obstétrica con estudio fetal	17.630	22.919
0404007	Ecografía transvaginal para seguimiento de ovulación, procedimiento completo (6-8 sesiones)	25.760	33.488
0404008	Ecografía para seguimiento de ovulación, procedimiento completo (6 a 8 sesiones)	25.760	33.488
0404009	Ecografía pélvica masculina (incluye vejiga y próstata)	18.510	24.063
0404010	Ecografía renal (bilateral), o de bazo	23.140	30.082
C.- EQUIPOS DE ALTA RESOLUCION.			
0404011	Ecografía encefálica (RN o lactante)	23.140	30.082
0404012	Ecografía mamaria bilateral (incluye Doppler)	23.140	30.082
0404013	Ecografía ocular, uno o ambos ojos.	23.140	30.082
0404014	Ecografía testicular (uno o ambos) (Incluye Doppler)	23.140	30.082
0404015	Ecografía tiroidea (Incluye Doppler)	23.140	30.082
0404016	Ecografía vascular periférica, articular o de partes blandas	23.140	30.082
D.- EQUIPOS CON DOPPLER.			
0404118	Ecografía vascular (arterial y venosa) periférica (bilateral)	75.820	98.566
0404119	Ecografía doppler de vasos del cuello	75.820	98.566
0404120	Ecografía transcraneana	75.820	98.566
0404121	Ecografía abdominal o de vasos testiculares	75.820	98.566
0404122	Ecografía doppler de vasos placentarios	75.820	98.566

ARANCEL 2018

KINESIOLOGÍA

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

50% Recargo en horario Inhabíl

CODIGO	DENOMINACION	FN3	FN3+30%
		AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
0601001	Evaluación kinesiológica: muscular, articular, postural, neurológica y funcional (máximo 2 por tratamiento)	2.580	3.354
0601004	* Piscina temperada (incluye ejercicios) (proc.aut.)	4.980	6.474
0601005	* Radiación infrarroja, horno, baño parafina, compresas húmedas, c/u (proc.aut.)	1.230	1.599
0601006	* Tanque de Hubbard con ejercicios (hiper o hipo-termal sobre 1.000 lts de capacidad) (proc.aut.)	4.770	6.201
0601007	* Turbión, tanque con remolino (hiper o hipotermal, baño de contraste) (proc.aut.)	2.820	3.666
0601008	* Laserterapia (proc.aut.)	2.990	3.887
0601011	* Terapia por ondas mecánicas (proc. aut.)	2.820	3.666
0601012	* Analgesia transcutánea (TENS) (proc.aut.)	1.570	2.041
0601013	* Estimulación eléctrica (interferencial, diadinámicas, exponenciales, galvánica, faradica, ultraexcitante)	2.560	3.328
0601015	* Retroalimentación neuromuscular (miofeedback) (proc.aut.)	1.950	2.535
0601016	* Compresión neumática (masaje compresivo) (proc.aut.)	1.680	2.184
0601027	* Tracción cervical y/o lumbar (mecánica o manual) (proc.aut.)	1.390	1.807
0601029	Atención kinesiológica integral	7.230	9.399
0601017	* Ejercicios respiratorios y procedimientos de kinesiterapia torácica (ventilación pulmonar localizada, ejercicios)	3.600	4.680
0601028	Entrenamiento cardiorespiratorio funcional	2.670	3.471
0601018	* Prueba de esfuerzo o Entrenamiento ergométrico (proc.aut.)	3.300	4.290
0601019	* Entrenamiento funcional con ayudas técnicas (órtesis, ayudas de desplazamiento, etc.) (proc.aut.)	2.990	3.887
0601020	* Entrenamiento protésico extremidades (proc.aut.)	2.560	3.328
0601021	* Manipulación osteopática (liberación articular, manipulación vertebral) (proc.aut.)	1.870	2.431
0601022	* Masoterapia, por sesión (proc.aut.)	3.300	4.290
0601023	* Orientación y entrenamiento de personas con baja visión o con ceguera (proc.aut.)	4.980	6.474
0601024	* Reeducción motriz (ejercicios terapéuticos para recuperación muscular, capacidad de trabajo, coordinación)	2.100	2.730
0601025	* Técnicas de facilitación, técnicas de inhibición (Kabat y/o Bobath) (proc.aut.)	1.950	2.535
0601026	* Técnicas de relajación (entrenamiento autógeno Schultz - Jacobson o similar) (proc.aut.)	4.420	5.746
0601030	* Maniobras permeabilización de la vía aérea (proc.aut.)	1.300	1.690
0601031	Atención kinesiológica integral, al enfermo hosp. en UTI o Intermedio (máx. 1 diaria)	17.890	23.257

FONOAUDILOGÍA

RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A

50% Recargo en horario Inhabíl

CODIGO	DENOMINACION	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO
1303001	Evaluación de voz	5.620	7.306
1303002	Evaluación de habla	11.230	14.599
1303003	Evaluación del lenguaje (incluye voz, habla y aspecto semántico, sintáctico y fonológico, etc. e informe)	16.880	21.944
1303004	Rehabilitación de la voz	5.620	7.306
1303005	Rehabilitación del habla y/o del lenguaje (máximo 30 sesiones anuales)(cada sesión mínimo 30')	5.620	7.306