

TARIFAS	ISAPRE CRUZ BLANCA
	2019

### ATENCION AMBULATORIA

#### Servicios de Apoyo Ambulatorio

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

Servicio	2019
- - - Laboratorio (*)	Nivel 3

#### Servicios de Apoyo Ambulatorio

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

Servicio	2019
- - - Rayos X (*)	Nivel 3
- - - Ecotomografías (*)	Nivel 3
- - - Eco Mamaria (0404012)	Nivel 3 + 60%
- - - Eco Doppler Obstétrica (0404122)	Nivel 3 + 25%
- - - Ecografía transvaginal o transrectal (0405005)	Nivel 3 + 30%
- - - Eco Ginecológica (0404006)	\$ 31.488
- - - 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
- - - Procedimientos Gastroenterología	Listado
- - - Fonoaudiología (listado)	Nivel 3
- - - Espirometrías	
	1707001 \$ 26.240
	1707002 \$ 31.488
- - - Cardiología(listado)	Nivel 3 + 30%
- - - Electromiografías	Nivel 3 + 30%
(**)Medio de Contraste simple/doble	18.000/30.000

\*50% recargo en horario Inhabil

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

Código		2019
	Cardiología adulto	\$ 25.650
	Cardiología infantil	\$ 30.753
	Cirugía adulto	\$ 17.213
	Cirugía infantil	\$ 21.202
	Cirugía vascular periférica	\$ 20.992
	Dermatología adulto	\$ 27.814
	Gastroenterología adulto	\$ 20.992
	Ginecología obstétrica	\$ 19.942
	Medicina general	\$ 13.645
	Medicina interna	\$ 19.942
	Neurocirugía adulto	\$ 26.471
	Otorrinolaringología adulto	\$ 23.438
	Pediatría general	\$ 24.141
	Reumatología adulto	\$ 28.339
	Traumatología ortopedia adulto	\$ 30.531
	Traumatología ortopedia infantil	\$ 30.531
	Urología adulto	\$ 28.108

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

Código		2019
	Box Oncológico (QMT)	
201021	Día cama ambulatorio (HASTA 30 MIN)	\$ 11.592
201022	Día cama ambulatorio (HASTA 2 HORA)	\$ 23.184
201023	Día cama ambulatorio (HASTA 4 HORAS)	\$ 46.368
	Box de Observaciones	

**Salas de Procedimiento****RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.**

Código		2019
	Guarismo 1	\$ 20.314
	Guarismo 2	\$ 43.535
	Guarismo 3	\$ 62.400
	Guarismo 4	\$ 111.736
	Derecho de Pabellón Ambulatorio	\$ 36.281
	Sala De Procedimientos Yeso	

**\*50% recargo en horario Inhabil**

## Resonancia Nuclear Magnetica (AMB)

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

Código		2019
0405001	Resonancia Magnética cráneo encefálica	\$ 290.529
0405002	Resonancia Magnética de hipotálamo - hipófisis	\$ 290.529
0405003	Resonancia Magnética de órbitas	\$ 275.577
0405004	Resonancia Magnética de articulaciones temporomandibulares	\$ 275.577
0405005	Resonancia Magnética de columna cervical	\$ 290.529
0405006	Resonancia Magnética de columna dorsal	\$ 290.529
0405007	Resonancia Magnética de columna lumbar	\$ 290.529
0405009	Resonancia Magnética de tórax	\$ 290.529
0405010	Resonancia Magnética de abdomen	\$ 290.529
0405011	Resonancia Magnética de pelvis	\$ 290.529
0405012	Resonancia Magnética de abdomen y pelvis	\$ 435.819
0405013	Resonancia Magnética de rodilla	\$ 238.248
0405016	Resonancia Columna Total (cervical, dorsal, lumbar)	\$ 522.957
0405098	Colangiografía	\$ 169.563
0405017	Resonancia Magnética Angiografía de Encéfalo	\$ 290.529
0405018	Resonancia Magnética Angiografía de Cuello	\$ 290.529
0405019	Resonancia Magnética Angiografía de Tórax	\$ 290.529
0405020	Resonancia Magnética Angiografía de Abdomen	\$ 290.529
0405021	Resonancia Magnética Angiografía de Pelvis	\$ 290.529
0405022	Resonancia Magnética Angiografía de Extremidad Superior Unilateral	\$ 290.529
0405023	Resonancia Magnética Angiografía de Extremidad Inferior Bilateral	\$ 290.529
0405024	Resonancia Magnética de Mano o Muñeca	\$ 238.248
0405025	Resonancia Magnética de Antebrazo o Brazo	\$ 238.248
0405026	Resonancia Magnética de Codo	\$ 238.248
0405027	Resonancia Magnética de Hombro	\$ 238.248
0405028	Resonancia Magnética de Pie, Antepie o Tobillo	\$ 238.248
0405029	Resonancia Magnética de Pierna	\$ 238.248
0405030	Resonancia Magnética de Muslo	\$ 238.248
0405031	Resonancia Magnética de Mama (bilateral)	\$ 265.868
410106	CUELLO	\$ 295.409
410131	CADERA (UN LADO)	\$ 252.161
410133	SACROILIACA	\$ 295.409
410134	OIDO (UN LADO)	\$ 295.409

**ATENCION URGENCIA****Consultas de Urgencia****RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A**

Código	Prestación	2019
104008	Consulta Urgencia Adulto (Hábil)	\$ 27.358
104025	Consulta Urgencia Adulto (Inhábil)	\$ 34.196
104051	Interconsulta Medicina Interna hábil	\$ 35.450
104052	Interconsulta Medicina Interna inhábil	\$ 35.450
	Interconsulta especialidad	Listado

**Paquete procedimientos médicos y enfermería****RUT : 76.073.658-9 CENTRO MEDICO PUERTO MONTT S.P.A**

Código	Descripción	2019
94700000	CATERETERISMO VESICAL URG	\$ 10.260
94700001	CURACION A (URG)	\$ 5.130
94700002	CURACION B MENOR (URG)	\$ 10.260
94700003	CURACION C DE QUEMADURAS (URG)	\$ 15.390
94700004	FLEBOCLISIS ADULTO (URG)	\$ 10.260
94700005	FEBLOCLISIS PEDIATRICO (URG)	\$ 10.260
94700006	INYECCION ENDOVENOSA (URG)	\$ 8.208
94700007	INYECCION INTRAMUSCULAR (URG)	\$ 5.130
94700008	MONITOREO CARDIACO HORA INICIAL (URG)	\$ 5.130
94700009	INSTALACION SONDA NASOGASTRICA (URG)	\$ 8.208
94700010	LAVADO OCULAR (URG)	\$ 5.130
94700020	INYECCION SUBCUTANEA O INTRADERMICA (URG)	\$ 5.130
94700021	INYECCION INSULINA SUBCUTANEA O EV (URG)	\$ 5.130
94700022	LAVADO GASTRICO (URG)	\$ 11.286
94700024	INSTALACION VIA VENOSA ADULTO (URG)	\$ 10.260
94700025	INSTALACION VIA VENOSA PEDIATRICA (URG)	\$ 10.260
920004	ARTROCENTESIS (+DER.PAB.A)	\$ 10.856
920005	CIRUGIA MENOR Y SUTURA (+DER.PAB.S/COD.)	\$ 11.911
920006	RETIRO MATERIAL OTS EN URGENCIA	\$ 20.355
920007	INFILTRACION ARTRO RESONANCIA/ ARTRO TAC	\$ 14.179
920009	INYECCION INTRARTICULAR	\$ 21.269
920010	LAVADO DE OIDO	\$ 3.578
920011	PROCED. BIOPSIA PROSTATICA ECOGUIADA	\$ 82.714
920015	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR (+DER.PAB.A)	\$ 10.856
920018	TERAPIA LASER / SESION	\$ 35.449
921014	OXIGENOTERAPIA X BIGOTERA (5)	\$ 6.499
921015	OXIGENOT.XM.M.V.(POR 2 HRS.)	\$ 9.499
921018	TOMA PRESION ARTERIAL	\$ 1.357
921019	SONDEO RECTAL EN BEBES	\$ 7.090
921020	NEBULIZACION X 10MIN.X SES.	\$ 8.863
921023	INTUBACION ENDOTRAQUIAL	\$ 14.179
921024	ASPIRACION DE SECRECION	\$ 8.636
921025	LAVADO INTESTINAL	\$ 5.908
921026	HEMOGLUCOTEST	\$ 4.219

**Servicio Ambulancia**

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

Código	Prestación	2019
8101034	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO MONTT (BASICO de 09:00 a 18:00 hrs)	\$ 49.961
8101031	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO MONTT (BASICO)	\$ 99.922
8101032	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO MONTT (PROFESIONALIZADO)	\$ 199.843
8101033	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO MONTT (MEDICALIZADO)	\$ 312.255
8101010	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO VARAS (BASICO)	\$ 99.922
8101011	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO VARAS (PROFESIONALIZADO)	\$ 199.843
8101012	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA PUERTO VARAS (MEDICALIZADO)	\$ 312.255
8101013	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA AEROPUERTO EL TEPUAL (BASICO)	\$ 199.843
8101014	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA AEROPUERTO EL TEPUAL (PROFESIONALIZADO)	\$ 312.255
8101015	SERVICIO AMBULANCIA AVANZADA AEROPUERTO EL TEPUAL (MEDICALIZADO)	\$ 437.158

**ATENCION HOSPITALARIA**

**Servicios de Apoyo Hospitalario**

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

Servicio	2019
- - - Laboratorio (*)	Nivel 3 + 30%

**Servicios de Apoyo Hospitalario**

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

Servicio	2019
- - - Banco Sangre	Listado
- - - Rayos X	Nivel 3 + 30%
- - - Ecotomografías	Nivel 3 + 30%
- - - Eco Mamaria (0404012)	Nivel 3 + 60%
- - - Eco Doppler Obstétrica	Nivel 3 + 60%
- - - Scanner (**)	Nivel 3 + 30%
Tomografía Computarizada de abdomen (0403014) (*)	Nivel 3 + 90%
Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis (0403020) (*)	Nivel 3 + 90%
Tomografía Computarizada Pielografía (0403021) (*)	Nivel 3 x 4,3
Tomografía Computarizada Urografía (0403022) (*)	Nivel 3 x 2,8
- - - Mamografías	Nivel 3 + 30%
- - - Densitometría Osea	Nivel 3 + 30%
- - - Resonancia Magnética	Listado
- - - Kinesiterapia	Nivel 3 + 30%
- - - Electrocardiogramas	Nivel 3 + 30%
- - - Procedimientos Gastroenterología	Listado
- - - Fonoaudiología	Nivel 3 + 30%
Espirometrías	
	1701001 \$ 26.240
	1701002 \$ 31.488
1701045-1701037-17 Cardiología	Nivel 3 + 30%
- - - Electromiografías	Nivel 3 + 30%
Polisomnografía	Listado
(*)Arancel Laboratorio Excepción	
(**)Medio de Contraste simple/doble	

**\*50% recargo en horario Inhabil**

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

Código	2019
--------	------

	Guarismo 1	\$	20.314
	Guarismo 2	\$	43.535
	Guarismo 3	\$	62.400
	Guarismo 4	\$	111.736
	Guarismo 5	\$	181.395
	Guarismo 6	\$	239.308
	Guarismo 7	\$	319.250
	Guarismo 8	\$	377.299
	Guarismo 9	\$	435.342
	Guarismo 10	\$	565.948
	Guarismo 11	\$	638.506
	Guarismo 12	\$	783.620
	Guarismo 13	\$	798.133
	Guarismo 14	\$	899.712
	Derecho de Pabellón Ambulatorio	\$	36.281

**\*50% recargo en horario Inhabil****Día cama****RUT : 76.444.740-9 CLINICA PUERTO MONTT S.P.A.**

Código	2019
--------	------

**Serv. Médico Quirúrgico Adulto**

201016	Hab. Individual A	\$	212.696
201017	Hab. Individual B	\$	194.736
201001	Hab. Individual C	\$	194.736
201004	Hab. Doble	\$	113.190
201005	Hab. Pluripersonal	\$	96.152
201007	Hab. Aislamiento	\$	365.126

**Unid. Paciente Crítico Adultos**

	Cuidados Intensivos (U.C.I.)	\$	574.560
201006	Cuidados Intermedios (U.T.I.)	\$	394.104
	Cuidados Coronarios		

**Otros**

	Box Oncológico (QMT)		
201006	Sala Preparación	\$	28.134
201012	Día Cama Observacion	\$	45.017

**\*\* Día cama adicional se cobra si el alta médica es posterior a las 12:00 hrs**

**RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA (HOSP)**

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

Código		2019
0405001	Resonancia Magnética cráneo encefálica	\$ 319.582
0405002	Resonancia Magnética de hipotálamo - hipófisis	\$ 319.582
0405003	Resonancia Magnética de órbitas	\$ 303.134
0405004	Resonancia Magnética de articulaciones temporomandibulares	\$ 303.134
0405005	Resonancia Magnética de columna cervical	\$ 319.582
0405006	Resonancia Magnética de columna dorsal	\$ 319.582
0405007	Resonancia Magnética de columna lumbar	\$ 319.582
0405009	Resonancia Magnética de tórax	\$ 319.582
0405010	Resonancia Magnética de abdomen	\$ 319.582
0405011	Resonancia Magnética de pelvis	\$ 319.582
0405012	Resonancia Magnética de abdomen y pelvis	\$ 479.399
0405013	Resonancia Magnética de rodilla	\$ 262.074
0405016	Resonancia Columna Total (cervical, dorsal, lumbar)	\$ 575.253
0405017	Resonancia Magnética Angiografía de Encéfalo	\$ 319.582
0405018	Resonancia Magnética Angiografía de Cuello	\$ 319.582
0405019	Resonancia Magnética Angiografía de Tórax	\$ 319.582
0405020	Resonancia Magnética Angiografía de Abdomen	\$ 319.582
0405021	Resonancia Magnética Angiografía de Pelvis	\$ 319.582
0405022	Resonancia Magnética Angiografía de Extremidad Superior Unilateral	\$ 319.582
0405023	Resonancia Magnética Angiografía de Extremidad Inferior Bilateral	\$ 319.582
0405024	Resonancia Magnética de Mano o Muñeca	\$ 262.074
0405025	Resonancia Magnética de Antebrazo o Brazo	\$ 262.074
0405026	Resonancia Magnética de Codo	\$ 262.074
0405027	Resonancia Magnética de Hombro	\$ 262.074
0405028	Resonancia Magnética de Pie, Antepie o Tobillo	\$ 262.074
0405029	Resonancia Magnética de Pierna	\$ 262.074
0405030	Resonancia Magnética de Muslo	\$ 262.074
0405031	Resonancia Magnética de Mama (bilateral)	\$ 265.868
0405098	Colangiografía	\$ 186.519
0410106	CUELLO	\$ 324.950
0410131	CADERA (UN LADO)	\$ 277.377
0410133	SACROILIACA	\$ 324.950
0410134	OIDO (UN LADO)	\$ 324.950

TARIFAS		ISAPRE CRUZ BLANCA
		2019

**Procedimientos endoscópicos**

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

Código	Descripción de código	2019
1801001-3	Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia).	
	Derecho a Pabellon	62.400
	Hon Med	Fonasa Nivel 3
	Hon. Anestesia	10% Hon. Med
	Ins y med	
1801037	Ureasa, test de (para Helicobacter pylori) o similar	
	Hon Med	Fonasa Nivel 3
1801006-3	Colonoscopia larga	
	Derecho a Pabellon	62.400
	Hon Med	Fonasa Nivel 3
	Hon. Anestesia	10% Hon. Med
	Ins y med	
1801031-4	Pólipos de esófago y/o estómago o intestino delgado, cualquier técnica (incluye endoscopia), por sesión.	
	Derecho a Pabellon	111.736
	Hon Med	Fonasa Nivel 1 x 4
	Hon. Anestesia	10% Hon. Med
	Ins y med	
1801045-4	Pólipos rectales, rectosigmoideos o de colon trat. Completo por resección endoscópica (incluye código 18-01-004 al 18-01-007 según corresponda).	
	Derecho a Pabellon	111.736
	Hon Med	Fonasa Nivel 1 x 4
	Hon. Anestesia	10% Hon. Med
	Ins y med	
1801004-2	Ano-recto-sigmoidoscopia en adultos	
	Derecho a Pabellon	43.535
	Hon Med	Fonasa Nivel 1 x 3
	Hon. Anestesia	10% Hon. Med
	Ins y med	

\*D.PAB Según convenio

**UROFLUJOMETRIA**

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

Código	Descripción de código	2019
1901011	Uroflujometría (proc.aut.)	Fonasa nivel 3

**URODINAMIA**

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

Código	Descripción de código	2019
1901030-3	URODINAMIA	60.583
	Honorarios médicos	Según convenio medico
920024	Paquete Insumos Urodinamia	123.805

\*D.PAB Según convenio

**CISTOSCOPIA**

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

Código	Descripción de código	2019
1901003-4	Cistoscopia y/o uretroscopia y/o uretrosocopia (proc.aut.)	108.481
	Honorarios médicos	Según convenio medico
4500116	Paquete Insumos y farmacos Cistoscopia	37.360

\*D.PAB Según convenio

**ESCLEROTERAPIA**

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

Código	Descripción de código	2019
920017	Escleroterapia / sesion	37.817

**MEDICINA TRANSFUSIONAL**

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

Código	Descripción de código	2019
		0
702001	Preparación de glóbulos rojos, plasma, plaquetas o crioprecipitados (incluye entrevista, selección del donante y la preparación del respectivo hemoc	31.488
702003	Set de Exámenes por unidad de Glóbulos Rojos transfundida (incluye clasificación ABO y Rho, VDRL, HIV, virus hepatitis B antígeno de superficie, a	45.133
702004	Set de Exámenes por unidad transfundida de Plasma o de Plaquetas o de Crioprecipitados, c/u (incluye clasificación ABO y Rho, VDRL, HIV, virus hep	45.133
702005	Prueba de compatibilidad por unidad de glóbulos rojos estudiada (proc. aut.)	FNS 3
702006	Transfusión en adulto (atención ambulatoria, atención cerrada siempre que la administración sea controlada por profesional especialista, tecnólogo	93.414
702008	Transfusión en adulto (atención ambulatoria, atención cerrada siempre que la administración sea controlada por profesional especialista, tecnólogo	93.414

**CARDIOLOGÍA**

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

Código	Descripción de código	2019 AMB	2019 HOSP
1701001	E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación)	FNS 3+30%	FNS 3+30%
1701045	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR	FNS 3+30%	FNS 3+30%
1701009	MONITOREO CONTINUO DE PRESIÓN ARTERIAL (Holter de Presion)	FNS 3+30%	FNS 3+30%
1701006	E.C.G. continuo (Holter de Arritmia)	FNS 3+30%	FNS 3+30%
1701003	Ergometría (Test de Esfuerzo)	FNS 3+30%	FNS 3+30%

**FONOAUDILOGÍA**

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

Código	Descripción de código	2019 AMB	2019 HOSP
1303001	Evaluación de la voz (incluye respiración, tonicidad muscular, perfil vocal e informe) (proc.aut.)(1 sesión de mínimo 30')	FNS 3	FNS 3+30%
1303002	Evaluación del habla (incluye articulación, prosodia, discriminaciones auditivas, etc. e informe) (proc.aut.) (incluye 2 sesiones de mínimo 30')	FNS 3	FNS 3+30%
1303003	Evaluación del lenguaje (incluye voz, habla y aspecto semántico, sintáctico y fonológico, etc. e informe) (incluye 3 sesiones de mínimo 30')	FNS 3	FNS 3+30%
1303004	Rehabilitación de la voz (máximo 15 sesiones anuales) (cada sesión mínimo 30')	FNS 3	FNS 3+30%
1303005	Rehabilitación del habla y/o del lenguaje (máximo 30 sesiones anuales)(cada sesión mínimo 30')	FNS 3	FNS 3+30%

PAQUETE POR TIPO DE CONSUMO	CÓDIGO	CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	CRUZ BLANCA	
					2019
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE	
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		CLÍNICA	Nº Días	3	
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		CLÍNICA	Día Cama	\$	308.109
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		CLÍNICA	D.Pabellón	\$	572.976
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		CLÍNICA	Insumos	\$	324.326
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		CLÍNICA	Medicamentos	\$	324.326
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		TOTAL CLÍNICA		\$	<b>1.529.737</b>
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS	1103049-11	HMQ	CI	FN1X3,5	
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		HMQ	A1	25% CI	
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		HMQ	AN	35% CI	
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		HMQ	AR	10% CI	
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		TOTAL HMQ		\$	-
HERNIA NUCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS		TOTAL		\$	<b>1.529.737</b>
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		CLÍNICA	Tipo día cama	Preparación	
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		CLÍNICA	Nº Días	1,00	
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		CLÍNICA	Día Cama	\$	27.027
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		CLÍNICA	D.Pabellón	\$	345.948
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		CLÍNICA	Insumos	\$	294.596
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		CLÍNICA	Medicamentos	\$	294.596
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		TOTAL CLÍNICA		\$	<b>962.166</b>
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT	1202064-8	HMQ	CI	FN1X4,5	
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		HMQ	A1	25% CI	
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		HMQ	AN	35% CI	
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		HMQ	AR	10% CI	
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		TOTAL HMQ		\$	-
FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DELENTE INT		TOTAL		\$	<b>962.166</b>
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE	
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)		CLÍNICA	Nº Días	1,00	
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)		CLÍNICA	Día Cama	\$	102.703
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)		CLÍNICA	D.Pabellón	\$	151.352
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)		CLÍNICA	Insumos	\$	178.379
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)		CLÍNICA	Medicamentos	\$	178.379
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)		TOTAL CLÍNICA		\$	<b>610.814</b>
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)	1302028-5	HMQ	CI	FN1X4,5	
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)		HMQ	AN	35% CI	
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)		HMQ	AR	10% CI	
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)		TOTAL HMQ		\$	-
ADENOIDECTOMIA (PROC. AUT.)		TOTAL		\$	<b>610.814</b>
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE	
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL		CLÍNICA	Nº Días	1,00	
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL		CLÍNICA	Día Cama	\$	102.703
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL		CLÍNICA	D.Pabellón	\$	151.352
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL		CLÍNICA	Insumos	\$	189.190
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL		CLÍNICA	Medicamentos	\$	189.190
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL		TOTAL CLÍNICA		\$	<b>632.435</b>
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL	1302029-5	HMQ	CI	FN1X4,5	
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL		HMQ	AN	35% CI	
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL		HMQ	AR	10% CI	
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL		TOTAL HMQ		\$	-
AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL		TOTAL		\$	<b>632.435</b>
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE	
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		CLÍNICA	Nº Días	1,00	
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		CLÍNICA	Día Cama	\$	102.703
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		CLÍNICA	D.Pabellón	\$	178.379
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		CLÍNICA	Insumos	\$	200.001
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		CLÍNICA	Medicamentos	\$	200.001
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		TOTAL CLÍNICA		\$	<b>681.084</b>
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT	1302029-5	HMQ	CI	FN1X4,5	
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		HMQ	AN	35% CI	
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		HMQ	AR	10% CI	
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT	1302008-3	HMQ 50%	CI	FN1X4,5X0,5	
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		HMQ 50%	AN	35% CI	
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		HMQ 50%	AR	10% CI	
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		TOTAL HMQ		\$	-
ADENOAMIGDALECTOMIA + PAT		TOTAL		\$	<b>681.084</b>

PAQUETE POR TIPO DE CONSUMO	CÓDIGO	CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	CRUZ BLANCA
				2019
ADENOIDECTOMIA+PAT		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
ADENOIDECTOMIA+PAT		CLÍNICA	Nº Días	1,00
ADENOIDECTOMIA+PAT		CLÍNICA	Día Cama	\$ 102.703
ADENOIDECTOMIA+PAT		CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 178.379
ADENOIDECTOMIA+PAT		CLÍNICA	Insumos	\$ 189.190
ADENOIDECTOMIA+PAT		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 189.190
ADENOIDECTOMIA+PAT		TOTAL CLÍNICA		\$ 659.462
ADENOIDECTOMIA+PAT	1302028-5	HMQ	CI	FN1X4,5
ADENOIDECTOMIA+PAT		HMQ	AN	35% CI
ADENOIDECTOMIA+PAT		HMQ	AR	10% CI
ADENOIDECTOMIA+PAT	1302008-3	HMQ 50%	CI	FN1X4,5X0,5
ADENOIDECTOMIA+PAT		HMQ 50%	AN	35% CI
ADENOIDECTOMIA+PAT		HMQ 50%	AR	10% CI
ADENOIDECTOMIA+PAT		TOTAL HMQ		\$ -
ADENOIDECTOMIA+PAT		TOTAL		\$ 659.462
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		CLÍNICA	Nº Días	1,00
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		CLÍNICA	Día Cama	\$ 102.703
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 216.217
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		CLÍNICA	Insumos	\$ 367.569
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 367.569
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		TOTAL CLÍNICA		\$ 1.054.059
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)	1302052-6	HMQ	CI	FN1X4,5
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		HMQ	A1	25% CI
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		HMQ	AN	35% CI
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		HMQ	AR	10% CI
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		TOTAL HMQ		\$ -
RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTÍA (FUNCIONAL)		TOTAL		\$ 1.054.059
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		CLÍNICA	Nº Días	1,00
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		CLÍNICA	Día Cama	\$ 102.703
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 216.217
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		CLÍNICA	Insumos	\$ 216.217
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 216.217
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		TOTAL CLÍNICA		\$ 751.355
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O	1802003-6	HMQ	CI	FN1X3
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		HMQ	A1	25% CI
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		HMQ	AN	35% CI
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		HMQ	AR	10% CI
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		TOTAL HMQ		\$ -
INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, DE LA LINEA BLANCA O		TOTAL		\$ 751.355
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		CLÍNICA	Nº Días	2,00
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		CLÍNICA	Día Cama	\$ 205.406
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 281.082
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		CLÍNICA	Insumos	\$ 254.055
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 254.055
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		CLÍNICA	Exámenes	\$ 16.768
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		CLÍNICA	Biopsia	\$ 87.390
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		TOTAL CLÍNICA		\$ 1.098.756
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC	1802053-7	HMQ	CI	FN1X4,5
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		HMQ	A1	25% CI
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		HMQ	A2	20% CI
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		HMQ	AN	35% CI
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		HMQ	AR	10% CI
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		TOTAL HMQ		\$ -
APENDICECTOMIA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC		TOTAL		\$ 1.098.756
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		CLÍNICA	Nº Días	1,00
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		CLÍNICA	Día Cama	\$ 102.703
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 508.110
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		CLÍNICA	Insumos	\$ 162.163
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 162.163
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		CLÍNICA	Biopsia	\$ 191.772
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		TOTAL CLÍNICA		\$ 1.126.911
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL	1802081-10	HMQ	CI	FN1X3,5
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		HMQ	A1	25% CI
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		HMQ	A2	20% CI
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		HMQ	AN	35% CI
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		HMQ	AR	10% CI
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		TOTAL HMQ		\$ -
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPL		TOTAL		\$ 1.126.911

PAQUETE POR TIPO DE CONSUMO	CÓDIGO	CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	CRUZ BLANCA
				2019
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		CLÍNICA	Nº Días	1,00
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		CLÍNICA	Día Cama	\$ 102.703
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 151.352
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		CLÍNICA	Insumos	\$ 131.352
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 131.352
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		TOTAL CLÍNICA		\$ 516.759
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE	1902082-5	HMQ	CI	FN1X4
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		HMQ	A1	25% CI
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		HMQ	AN	35% CI
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		HMQ	AR	10% CI
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		TOTAL HMQ		\$ -
CIRCUNCISION (INCLUYE SECCION DE FRENILLO, Y/O DE		TOTAL		\$ 516.759
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		CLÍNICA	Nº Días	1,00
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		CLÍNICA	Día Cama	\$ 102.703
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 508.110
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		CLÍNICA	Insumos	\$ 89.190
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 89.190
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		CLÍNICA	Exámenes	\$ 23.023
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		TOTAL CLÍNICA		\$ 812.216
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS	1902090-10	HMQ	CI	FN1X4
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		HMQ	AN	35% CI
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		HMQ	AR	10% CI
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		TOTAL HMQ		\$ -
LITIASIS RENAL TRAT. POR ONDA DE CHOQUE (LITOTRIPS		TOTAL		\$ 812.216
MENISECTOMÍA		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
MENISECTOMÍA		CLÍNICA	Nº Días	1,00
MENISECTOMÍA		CLÍNICA	Día Cama	\$ 102.703
MENISECTOMÍA		CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 216.217
MENISECTOMÍA		CLÍNICA	Insumos	\$ 262.400
MENISECTOMÍA		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 262.400
MENISECTOMÍA		CLÍNICA	Exámenes	\$ 35.563
MENISECTOMÍA		TOTAL CLÍNICA		\$ 879.283
MENISECTOMÍA	2104159-6	HMQ	CI	FN1X4,5
MENISECTOMÍA		HMQ	A1	25% CI
MENISECTOMÍA		HMQ	AN	35% CI
MENISECTOMÍA		HMQ	AR	10% CI
MENISECTOMÍA		TOTAL HMQ		\$ -
MENISECTOMÍA		TOTAL		\$ 879.283
MANGUITO ROTADOR		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
MANGUITO ROTADOR		CLÍNICA	Nº Días	1,00
MANGUITO ROTADOR		CLÍNICA	Día Cama	\$ 102.703
MANGUITO ROTADOR		CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 308.109
MANGUITO ROTADOR		CLÍNICA	Insumos	\$ 864.869
MANGUITO ROTADOR		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 864.869
MANGUITO ROTADOR		CLÍNICA	Exámenes	\$ 33.509
MANGUITO ROTADOR		TOTAL CLÍNICA		\$ 2.174.060
MANGUITO ROTADOR	2104051-7	HMQ	CI	FN1X4,5
MANGUITO ROTADOR		HMQ	A1	25% CI
MANGUITO ROTADOR		HMQ	AN	35% CI
MANGUITO ROTADOR		HMQ	AR	10% CI
MANGUITO ROTADOR	2104001-3	HMQ 50%	CI	FN1X4,5X0,5
MANGUITO ROTADOR		HMQ 50%	A1	25% CI
MANGUITO ROTADOR		HMQ 50%	AN	35% CI
MANGUITO ROTADOR		HMQ 50%	AR	10% CI
MANGUITO ROTADOR		TOTAL HMQ		\$ -
MANGUITO ROTADOR		TOTAL		\$ 2.174.060

PAQUETE POR TIPO DE CONSUMO	CÓDIGO	CONSUMO	TIPO DE CONSUMO	CRUZ BLANCA
				2019
INESTABILIDAD DE RODILLA		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
INESTABILIDAD DE RODILLA		CLÍNICA	Nº Días	1,00
INESTABILIDAD DE RODILLA		CLÍNICA	Día Cama	\$ 102.703
INESTABILIDAD DE RODILLA		CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 324.326
INESTABILIDAD DE RODILLA		CLÍNICA	Insumos	\$ 861.896
INESTABILIDAD DE RODILLA		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 861.896
INESTABILIDAD DE RODILLA		CLÍNICA	Exámenes	\$ 35.563
INESTABILIDAD DE RODILLA		TOTAL CLÍNICA		\$ 2.186.384
INESTABILIDAD DE RODILLA	2104159-6	HMQ	CI	FN1X4,5
INESTABILIDAD DE RODILLA		HMQ	A1	25% CI
INESTABILIDAD DE RODILLA		HMQ	AN	35% CI
INESTABILIDAD DE RODILLA		HMQ	AR	10% CI
INESTABILIDAD DE RODILLA	2104162-6	HMQ 50%	CI	FN1X4,5X0,5
INESTABILIDAD DE RODILLA		HMQ 50%	A1	25% CI
INESTABILIDAD DE RODILLA		HMQ 50%	AN	35% CI
INESTABILIDAD DE RODILLA		HMQ 50%	AR	10% CI
INESTABILIDAD DE RODILLA		TOTAL HMQ		\$ -
INESTABILIDAD DE RODILLA		TOTAL		\$ 2.186.384
INESTABILIDAD DE HOMBRO		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
INESTABILIDAD DE HOMBRO		CLÍNICA	Nº Días	1,00
INESTABILIDAD DE HOMBRO		CLÍNICA	Día Cama	\$ 102.703
INESTABILIDAD DE HOMBRO		CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 243.244
INESTABILIDAD DE HOMBRO		CLÍNICA	Insumos	\$ 1.049.194
INESTABILIDAD DE HOMBRO		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 1.049.194
INESTABILIDAD DE HOMBRO		CLÍNICA	Exámenes	\$ 35.563
INESTABILIDAD DE HOMBRO		TOTAL CLÍNICA		\$ 2.479.899
INESTABILIDAD DE HOMBRO	2104048-6	HMQ	CI	FN1X4,5
INESTABILIDAD DE HOMBRO		HMQ	A1	25% CI
INESTABILIDAD DE HOMBRO		HMQ	AN	35% CI
INESTABILIDAD DE HOMBRO		HMQ	AR	10% CI
INESTABILIDAD DE HOMBRO	2104001-3	HMQ	CI	FN1X4,5X0,5
INESTABILIDAD DE HOMBRO		HMQ	A1	25% CI
INESTABILIDAD DE HOMBRO		HMQ	AN	35% CI
INESTABILIDAD DE HOMBRO		HMQ	AR	10% CI
INESTABILIDAD DE HOMBRO		TOTAL HMQ		\$ -
INESTABILIDAD DE HOMBRO		TOTAL		\$ 2.479.899
DEDOS EN GATILLO		CLÍNICA	Tipo día cama	DOBLE
DEDOS EN GATILLO		CLÍNICA	Nº Días	1,00
DEDOS EN GATILLO		CLÍNICA	Día Cama	\$ 102.703
DEDOS EN GATILLO	2104093-4	CLÍNICA	D.Pabellón	\$ 97.298
DEDOS EN GATILLO		CLÍNICA	Insumos	\$ 112.703
DEDOS EN GATILLO		CLÍNICA	Medicamentos	\$ 112.703
DEDOS EN GATILLO		TOTAL CLÍNICA		\$ 425.407
DEDOS EN GATILLO	2104093-4	HMQ	CI	FN1X4,5
DEDOS EN GATILLO		HMQ	A1	25% CI
DEDOS EN GATILLO		HMQ	AN	35% CI
DEDOS EN GATILLO		HMQ	AR	10% CI
DEDOS EN GATILLO		TOTAL HMQ		\$ -
DEDOS EN GATILLO		TOTAL		\$ 425.407

## HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS

CÓDIGO	PAB.	Glosa	ISAPRE CRUZ BLANCA 2019
1101027	0	INFILTRACION DE NERVIOS PERIFE	FONASA NIVEL 1 X 3
1101030	0	EPIDURAL, CERVICAL, LUMBAR O SIMILARES, CADA SESIÓN	FONASA NIVEL 1 X 3
1202022	3	QUISTE DERMIOIDE DE LA COLA DE	FONASA NIVEL 1 X 3
1202067	4	DISCISION DE CAPSULA POSTERIOR	FONASA NIVEL 1 X 3
1301003	0	NASOFARINGOLARINGOFIBROSCOPIA	FONASA NIVEL 1 X 3
1402022	2	MUCOCELE O QUISTE LABIAL	FONASA NIVEL 1 X 3
1502001	4	HERIDAS DE LA CARA COMPLICADAS	FONASA NIVEL 1 X 3
1502002	2	HERIDAS DE LA CARA SIMPLES	FONASA NIVEL 1 X 3
1502004	3	CICATRICES HASTA 2	FONASA NIVEL 1 X 3
1502006	3	INJERTOS PIEL HASTA 1% SUPERF	FONASA NIVEL 1 X 3
1502026	3	LOBULO AURICULAR PARTIDO,CORRECCION PLAS	FONASA NIVEL 1 X 3
1502063	3	ESCARECTOMIA HASTA 1% SUPERFIC	FONASA NIVEL 1 X 3
1601110	0	CURETAJE DE LESIONES VIRALES Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES	FONASA NIVEL 1 X 3
1601116	0	Crioterapia hasta 5 lesiones	FONASA NIVEL 1 X 3
1601117	0	Crioterapia 6 a 10 lesiones	FONASA NIVEL 1 X 3
1601118	0	TUMOR MALIGNO POR CRIOCIRUGÍA (POR CADA LESIÓN)	FONASA NIVEL 1 X 3
1601120	0	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO MECÁNICO	FONASA NIVEL 1 X 3
1601121	0	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO QUÍMICO	FONASA NIVEL 1 X 3
1601124	2	TRATAMIENTO POR LÁSER, IPL O SIMILAR POR ÁREA HASTA 16 CM2	FONASA NIVEL 1 X 3
1602201	2	BIOPSIA DE PIEL Y/O MUCOSA POR CURETAJE O SECCIÓN TANGENCIAL	FONASA NIVEL 1 X 3
1602202	2	CABEZA, CUELLO, GENITALES HASTA 3 LESIONES	FONASA NIVEL 1 X 3
1602203	2	RESTO DEL CUERPO HASTA 3 LESIONES	FONASA NIVEL 1 X 3
1602204	2	CABEZA, CUELLO Y GENITALES DESDE 4 Y HASTA 6 LESIONES	FONASA NIVEL 1 X 3
1602205	2	RESTO DEL CUERPO DESDE 4 Y HASTA 6 LESIONES	FONASA NIVEL 1 X 3
1602206	2	EXTIRPACIÓN DE LESIONES BENIGNAS POR SEC TANGENCIAL, CURETAJ	FONASA NIVEL 1 X 3
1602207	2	TRATAMIENTO POR ELECTRO DE HEMANGIOMAS O TELANGECTASIAS HAST	FONASA NIVEL 1 X 3
1602211	3	TUMOR MALIGNO POR EXCISIÓN CABEZA, CUELLO, GENITALES	FONASA NIVEL 1 X 3
1602212	3	TUMOR MALIGNO POR EXCISIÓN RESTO DEL CUERPO	FONASA NIVEL 1 X 3
1602213	2	AMPLIACION DE MARGENES QUIRURGICOS CABEZA, CUELLO, GENITALES	FONASA NIVEL 1 X 3
1602214	2	AMPLIACION DE MARGENES QUIRURGICOS RESTO DEL CUERPO	FONASA NIVEL 1 X 3
1602215	3	TUMORES VASCULARES PROFUNDOS CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO,	FONASA NIVEL 1 X 3
1602216	3	TUMORES VASCULARES PROFUNDOS RESTO DEL CUERPO	FONASA NIVEL 1 X 3
1602221	3	HERIDA CORTANTE O CONTUSA COMPLICADA, REPARACIÓN Y SUTURA (U	FONASA NIVEL 1 X 3
1602222	2	HERIDA CORTANTE O CONTUSA NO COMPLICADA, REPARACIÓN Y SUTURA	FONASA NIVEL 1 X 3
1602223	2	EXTIRPACION LESIONES BENIGNAS CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO,	FONASA NIVEL 1 X 3
1602224	2	EXTIRPACION LESION BENIGNA RESTO DEL CUERPO	FONASA NIVEL 1 X 3
1602225	2	VACIAMIENTO Y CURETAJE QUIRÚRGICO DE LESIONES QUÍSTICAS O AB	FONASA NIVEL 1 X 3
1602231	2	ONICECTOMÍA TOTAL O PARCIAL SIMPLE	FONASA NIVEL 1 X 3
1602232	2	CIRUGÍA REPARADORA UNGUEAL POR PROCESO INFLAMATORIO	FONASA NIVEL 1 X 3
1602233	2	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEFECTO CONGÉNITO O POR TUMOR UNGUE	FONASA NIVEL 1 X 3
1602240	1	CURACIÓN POR MÉDICO, QUEMADURA O SIMILAR MENOR AL 5% SUPERF	FONASA NIVEL 1 X 3
1602241	3	CURACIÓN POR MÉDICO, QUEMADURA O SIMILAR 5 A 10% SUPERFICIE	FONASA NIVEL 1 X 3
1602242	6	CURACIÓN POR MÉDICO, QUEMADURA O SIMILAR MAYOR AL 10 % SUPE	FONASA NIVEL 1 X 3
1703034	3	ADENITIS, TRAT. QUIR.	FONASA NIVEL 1 X 3
1703035	3	BIOPSIA GANGLIONAR	FONASA NIVEL 1 X 3
1801007	3	SIGMOIDOCOPIA Y COLONOSCOPIA I	FONASA NIVEL 1 X 3
1801041	0	PUNCIÓN EVACUADORA DE LÍQUIDO ASCÍTICO	FONASA NIVEL 1 X 3
1803003	4	ABSCESO SACROCOXIGEO, DENAJE	FONASA NIVEL 1 X 3
1803019	3	HEMORROIDES, TROMBECTOMIA	FONASA NIVEL 1 X 3
1901003	4	CISTOSCOPIA Y/O URETROCISTOSCO	FONASA NIVEL 1 X 3
1901005	2	PROSTATICA TRANSPARIETAL O TRA	FONASA NIVEL 1 X 3
1901016	0	URETROGRAFIA RETROGRADA O CISTO	FONASA NIVEL 1 X 3
1901019	0	INSTILACION VESICAL	FONASA NIVEL 1 X 3
1901030	3	ESTUDIO URODINÁMICO	FONASA NIVEL 1 X 3
1902084	4	MEATOTOMIA HOMBRE Y/O SECCION	FONASA NIVEL 1 X 3
2101001	0	INFILTRACION LOCAL MEDICAMENTO	FONASA NIVEL 1 X 3
2104090	4	AMPUTACION PULPEJOS	FONASA NIVEL 1 X 3
2104095	4	LUXOFRACTURA METACARPOFALANGIC	FONASA NIVEL 1 X 3
2104100	2	PANADIZO	FONASA NIVEL 1 X 3
2105004	0	RODILLERA, BOTA LARGA O CORTA	FONASA NIVEL 1 X 3
2105006	0	YESO ANTEBRAQUIAL C/S FERULA	FONASA NIVEL 1 X 3
2105007	0	YESO BRAQUICARPIANO	FONASA NIVEL 1 X 3
2107001	3	LUXACIONES DE ARTICULACIONES ME	FONASA NIVEL 1 X 3
2107003	3	LUXACIONES DE ARTICULACIONES M	FONASA NIVEL 1 X 3