

**AXA Gastos Médicos /**

**Condiciones Generales /  
Gastos Médicos Mayores  
Tradicional**



**reinventando / los seguros**





# ÍNDICE

	PAG.		PAG.
<b>I. DEFINICIONES</b>	<b>5</b>	<b>II. OBJETO DEL SEGURO</b>	<b>8</b>
1. ACCIDENTE	5		
2. AGRAVACIÓN DEL RIESGO	5	<b>III. GASTOS MÉDICOS MAYORES CUBIERTOS</b>	<b>8</b>
3. ANTIGÜEDAD	5	1. HONORARIOS DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS	8
4. ASEGURADO	5	2. HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS	9
5. BASE DE REEMBOLSO	5	3. GASTOS DENTRO DEL HOSPITAL	9
6. COASEGURO	5	4. EQUIPO DE ANESTESIA Y MATERIAL MÉDICO	9
7. COMPAÑÍA	5	5. GASTOS DEL ACOMPAÑANTE	9
8. CONTRATANTE	5	6. TRATAMIENTOS A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE	9
9. CONTRATO	5	7. HONORARIOS DE MÉDICOS	9
10. DEDUCIBLE	6	8. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTOS	9
11. DEPENDIENTES ECONÓMICOS	6	9. CONSUMO DE OXÍGENO	9
12. ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA	6	10. TRANSFUSIONES DE SANGRE	9
13. ENDOSO	6	11. PRÓTESIS, ÓRTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS.	9
14. ENFERMEDAD	6	12. TRATAMIENTO DENTAL POR ACCIDENTE	9
15. EQUIPO TIPO HOSPITAL	6	13. EQUIPO TIPO HOSPITAL	9
16. FACTOR DE REEMBOLSO	6	14. MEDICAMENTOS	9
17. GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO	6	15. USO DE AMBULANCIA	9
18. HOSPITAL O SANATORIO	6	16. USO DE AMBULANCIA AÉREA POR URGENCIA MÉDICA	10
19. HOSPITALIZACIÓN	6	17. URGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO	10
20. LEYES APLICABLES	6	18. HONORARIOS DE ENFERMERAS	10
21. MEDICAMENTO	6	19. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	11
22. MÉDICO	6	20. RECIÉN NACIDO	11
23. MONTO POR PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO	7	21. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS	11
24. NIVEL HOSPITALARIO	7	22. COMPLICACIONES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES NO CUBIERTOS	11
25. ÓRTESIS	7	23. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO O PSICOLÓGICO	11
26. PADECIMIENTO CONGÉNITO	7	24. MATERNIDAD POR CESÁREA	11
27. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:	7		
28. PAGO POR REEMBOLSO	7	<b>IV. PERIODOS DE ESPERA</b>	<b>11</b>
29. PERIODO DE ESPERA	7		
30. PERITO MÉDICO	7	<b>V. GASTOS MÉDICOS MAYORES NO CUBIERTOS</b>	<b>12</b>
31. PRESTADORES EN CONVENIO	7		
32. PROCEDIMIENTOS VOLUNTARIOS	7		
33. PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS	7		
34. PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS.	7		
35. SERVICIO DE PAGO DIRECTO	7		
36. SIGNO	7		
37. SÍNTOMA	7		
38. SOLICITANTE TITULAR O ASEGURADO TITULAR	7		
39. SUMA ASEGURADA	8		
40. TABLA DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS	8		
41. URGENCIA MÉDICA O EMERGENCIA MÉDICA	8		

	<b>PAG.</b>		<b>PAG.</b>
<b>VI. CLÁUSULAS GENERALES</b>	<b>13</b>	<b>VIII. RELACIÓN DE HOSPITALES Y NIVELES HOSPITALARIOS</b>	<b>39</b>
1. COBERTURA DEL CONTRATO	13	<b>IX. FARMACIAS INCLUIDAS EN LOS PRESTADORES EN CONVENIO</b>	<b>51</b>
2. PERIODO DE PAGO DEL BENEFICIO	13	<b>X. LABORATORIOS INCLUIDOS EN LOS PRESTADORES EN CONVENIO</b>	<b>52</b>
3. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	14	<b>XI. GABINETES INCLUIDOS EN LOS PRESTADORES EN CONVENIO</b>	<b>55</b>
4. VIGENCIA	14	<b>XII. TABLA DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS</b>	<b>59</b>
5. RESIDENCIA	14	<b>ANEXO 1. ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES</b>	<b>110</b>
6. PRIMAS	14		
7. REVELACIÓN DE COMISIONES	14		
8. ALTAS	14		
9. BAJAS	15		
10. AJUSTES	15		
11. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN	15		
12. RENOVACIÓN	15		
13. REHABILITACIÓN	15		
14. PRESCRIPCIÓN	16		
15. MONEDA	16		
16. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	16		
17. COMPETENCIA	17		
18. EDAD	17		
19. SINIESTROS	17		
20. GARANTÍA DE PAGO POR REEMBOLSO	18		
21. PAGO DE INDEMNIZACIONES	18		
22. SERVICIO DE PAGO DIRECTO	18		
23. SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO	18		
24. APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO	19		
25. INTERÉS MORATORIO	19		
26. BENEFICIOS FISCALES	20		
<b>VII. COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO PARA PÓLIZAS INDIVIDUALES / FAMILIARES</b>	<b>20</b>		
1. DEDUCIBLE O X ACCIDENTE + MUERTE ACCIDENTAL (DOXA)	20		
2. PROGRAMA CLIENTE ESPECIAL (PCE)	20		
3. COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL EXTRANJERO (CAME)	27		
4. PAQUETE DE BENEFICIOS ADICIONALES (BAD)	28		
5. COBERTURA DE DINERO EN EFECTIVO (DEF)	35		
6. EXTENSIÓN DE COBERTURA (EXTC)	35		
7. INCREMENTO EN TABLA DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS (ITPT)	36		
8. COBERTURA DE VIDA EN VIDA (VEV)	36		

---

**AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**

## **GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL / FAMILIAR**

### **CONDICIONES GENERALES**

## **I. Definiciones**

Para efectos del siguiente Contrato se considerarán las siguientes definiciones:

### **1. Accidente**

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado.

Los Accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un mismo Accidente. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente se consideran como un solo evento.

No se consideran Accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

### **2. Agravación del Riesgo**

Hay agravación cuando se produce un nuevo estado de cosas distinto al que existía al celebrarse el Contrato y que de haberse conocido por la Compañía, ésta no habría contratado sino estableciendo condiciones distintas. tales como: lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad; lesiones por la práctica profesional de cualquier deporte; lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio regular de pasajeros.

### **3. Antigüedad**

Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto de forma continua en una póliza de Gastos Médicos con

esta u otra Compañía, siempre y cuando esta situación sea reconocida por la Compañía expresamente al momento de la contratación del seguro.

### **4. Asegurado**

Persona incluida en la póliza expuesta a cualquier Accidente o Enfermedad cubierto por ésta con derecho a los beneficios contratados.

### **5. Base de Reembolso**

Es la cantidad monetaria establecida en la carátula de la póliza, la cual servirá para determinar el monto máximo a pagar por concepto de honorarios médicos y quirúrgicos por la Compañía por procedimiento terapéutico y/o quirúrgico.

### **6. Coaseguro**

Cantidad a cargo del Asegurado como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el Deducible. Dicho porcentaje, así como el monto máximo a cargo del Asegurado por este concepto, quedan indicados en la carátula de la póliza.

### **7. Compañía**

AXA Seguros, S.A. de C. V.

### **8. Contratante**

Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

### **9. Contrato o Póliza**

Este Contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
- b) La póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o Endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.
- d) Las Condiciones Generales.
- e) La Tabla de Procedimientos Terapéuticos.
- f) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

---

### **10. Deducible**

Cantidad fija que aplica a los primeros gastos a cuenta del Asegurado hasta el límite establecido en la carátula de la póliza por cada Accidente o Enfermedad cubierta. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto comienza la obligación de la Compañía.

### **11. Dependientes Económicos**

Cónyuge o Concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la Ley de Orden Común que resulte aplicable, así como los ascendientes en línea recta menores de 65 años para el primer año de contratación y los descendientes en línea recta.

### **12. Eliminación o reducción de Periodos de Espera**

Es el beneficio que la Compañía otorga con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra aseguradora, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir el Periodo de Espera de los padecimientos citados en la sección IV. Periodos de Espera.

### **13. Endoso**

Documento que, por acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, modifica las condiciones del Contrato y forma parte de éste.

### **14. Enfermedad**

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, que altere el estado fisiológico del organismo y que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones o Enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

### **15. Equipo tipo Hospital**

Cualquier mobiliario, material, maquinaria o herramienta distintos a un fármaco que resulte indispensable para continuar la atención del paciente en casa o domicilio, siempre y cuando esté justificado por el padecimiento.

### **16. Factor de Reembolso**

Es el porcentaje que se aplicará a la Base de Reembolso para determinar el monto máximo a pagar por la Compañía por procedimiento terapéutico.

El Factor de Reembolso de cada procedimiento terapéutico incluido en estas Condiciones Generales está expresado de manera porcentual, por lo que para cualquier efecto dicho factor deberá dividirse entre 100.

### **17. Gasto Usual y Acostumbrado**

Se entiende como el costo promedio cobrado por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica y Nivel Hospitalario, que sean de la misma categoría o equivalente a aquélla en donde sea atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta póliza, se encuentren cubiertos.

### **18. Hospital o Sanatorio**

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con Médicos y enfermeras titulados las 24 horas del día. Para efectos de esta Póliza, no se considera Hospital o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

### **19. Hospitalización**

Estancia continua en un Hospital o Sanatorio, siempre y cuando ésta sea médicamente justificada y comprobable para la atención de una Enfermedad o Accidente, dicha estancia inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta que otorgue el Médico tratante.

### **20. Leyes Aplicables**

El presente Contrato de Seguro se registrará por lo dispuesto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro, Ley Sobre el Contrato de Seguro, Código de Comercio y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

### **21. Medicamento**

Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Cuando un producto contenga nutrimentos, será considerado como Medicamento, siempre que se trate de un preparado que contenga de manera individual o asociada: vitaminas, minerales, electrolitos, aminoácidos o ácidos grasos, en concentraciones superiores a las de los alimentos naturales y además se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos preventivos o rehabilitatorios.

### **22. Médico**

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser Médico general, Médico especialista, cirujano u homeópata.

---

### **23. Monto por Procedimiento Terapéutico**

Resultado de multiplicar la Base de Reembolso que se indica en la carátula de la póliza, por el Factor de Reembolso de manera porcentual correspondiente al procedimiento de la Tabla de Procedimientos Terapéuticos que se anexa en estas Condiciones Generales, el cuál establece el límite máximo de Pago por Reembolso. Este monto incluye los honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos.

### **24. Nivel Hospitalario**

Es el grupo de Hospitales a los que el Asegurado tendrá acceso de acuerdo a la clasificación establecida previamente e incluida en las condiciones generales del plan contratado.

### **25. Órtesis**

Cualquier aparato que ayuda al correcto funcionamiento de un órgano.

### **26. Padecimiento Congénito**

Padecimiento o Enfermedad con que se nace o que se contrae en el útero materno.

### **27. Padecimientos Preexistentes:**

Se entienden por Padecimientos Preexistentes aquéllos que:

- a) Previamente a la celebración del Contrato se haya declarado la existencia de alguna Enfermedad o padecimiento que se compruebe mediante la existencia de un expediente clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Previamente a la celebración del Contrato el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate.

### **28. Pago por Reembolso**

Restitución por parte de la Compañía de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto de acuerdo a lo estipulado en el Contrato.

### **29. Periodo de Espera**

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado para cubrir un padecimiento de acuerdo a las especificaciones del Contrato.

### **30. Perito Médico**

Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia de controversia y que se encuentre certificado por el consejo médico y/o autoridad correspondiente.

### **31. Prestadores en Convenio**

Hospitales, Médicos, laboratorios y gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico vinculados con la Compañía a través de un convenio.

### **32. Procedimientos Voluntarios**

Todos los tratamientos o procedimientos terapéuticos a los que se someta el Asegurado de forma voluntaria y bajo su más estricta responsabilidad, tales como: donación de órganos cuando el Asegurado sea el donante, abortos y legrados no necesarios, afecciones que resulten o deriven del alcoholismo o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación; procedimiento o tratamiento de carácter estético o plástico; apnea del sueño; calvicie; anorexia; bulimia; tratamientos por obesidad o reducción de peso; tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, natalidad, infertilidad o impotencia sexual.

### **33. Programación de Cirugías**

Confirmación que la Compañía proporciona al Asegurado por escrito, la cual valora el Servicio de Pago Directo previo a la realización de alguna intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o tratamiento médico a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto de acuerdo a lo estipulado en el Contrato.

### **34. Prótesis y Aparatos Ortopédicos.**

Cualquier aparato utilizado como reemplazo o parte de un órgano.

### **35. Servicio de Pago Directo**

Pago que realiza directamente la Compañía a los Prestadores en Convenio, por la atención médica a un Asegurado por un Accidente o Enfermedad cubierta.

### **36. Signo**

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica y/o resultado de laboratorio y/o gabinete.

### **37. Síntoma**

Fenómeno o anormalidad subjetiva que manifiesta el Asegurado, que revela una Enfermedad y que sirve para determinar su naturaleza.

### **38. Solicitante Titular o Asegurado Titular**

Persona asegurada que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la solicitud del seguro.

---

### **39. Suma Asegurada**

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en el Contrato.

### **40. Tabla de Procedimientos Terapéuticos**

Relación de procedimientos terapéuticos que indica el porcentaje a considerar para el Monto por Procedimiento Terapéutico para cada Enfermedad o Accidente cubierto por concepto de honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos.

La Tabla de Procedimientos Terapéuticos se encuentra en el apartado XII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos de estas Condiciones Generales.

### **41. Urgencia Médica o Emergencia Médica**

Aparición repentina de una alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de Síntomas agudos que ponen en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y por lo tanto que el Asegurado requiera de atención médica inmediata.

## **II. Objeto del Seguro**

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad que haya tenido tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la póliza el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados más adelante, y exclusivamente dentro de territorio nacional, la Compañía pagará directamente a los Prestadores en Convenio o reembolsará al Asegurado el costo de los mismos hasta por la Suma Asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento del Accidente o Enfermedad.

## **III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos**

### **Gastos de Hospitalización y Gastos Médicos.**

Siempre que los tratamientos y/o procedimientos sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, sean médicamente necesarios, aprobados por el Consejo de Salubridad General y prescritos por un Médico, se cubren los siguientes gastos:

### **1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos**

Los honorarios de los Médicos que pertenezcan a los Prestadores en Convenio, serán cubiertos con base en los montos económicos y políticas de aplicación del tabulador convenido. En este caso no se reembolsarán otros gastos por concepto de honorarios por procedimientos ya pagados previamente al Médico perteneciente a los Prestadores en Convenio.

En el caso de Pago por Reembolso, la cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, consultas postoperatorias, así como por visitas hospitalarias, de acuerdo al límite establecido por el Monto por Procedimiento Terapéutico.

Los procedimientos terapéuticos realizados que no se encuentren en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos se valorarán por similitud a los comprendidos en ella.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos terapéuticos, la Compañía pagará únicamente el importe del mayor que resulte del Monto por Procedimiento Terapéutico, o uno de ellos si los montos son iguales.

Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios serán cubiertos al 100% para la intervención que tenga el valor más alto y al 50% de la o las siguientes.

En el caso de un politraumatizado, se seguirá el procedimiento anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios de éste serán cubiertos al 100% según el Monto por Procedimiento Terapéutico.

Si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicare dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola; si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.

Se cubren los honorarios por concepto de terapias de rehabilitación para padecimientos y Accidentes cubiertos de acuerdo a la Tabla de Procedimientos Terapéuticos aplicando únicamente a través de Pago por Reembolso.

En el caso de terapias de rehabilitación física, cuando la Compañía lo considere conveniente podrá solicitar la documentación que considere necesaria para comprobar que dichas terapias sean médicamente indispensables.



---

## 2. Honorarios por consultas médicas

La cantidad que se liquide por este concepto será de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.

## 3. Gastos dentro del Hospital

La cantidad que se liquide será por el costo de una habitación privada estándar con baño.

Quedan cubiertos alimentos, Medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete, atención general de enfermeras, sala de operaciones o de curaciones y terapia intensiva.

## 4. Equipo de anestesia y material médico

Quedan cubiertos los gastos por concepto de equipo de anestesia y material médico.

## 5. Gastos del acompañante

Se cubre únicamente el costo de la cama extra para el acompañante del Asegurado, durante la estancia de éste en el Hospital.

## 6. Tratamientos a consecuencia de una Enfermedad o Accidente

Quedan cubiertas las terapias de rehabilitación como: radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia, fototerapia, crioterapia y otros semejantes a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto de acuerdo a lo estipulado en el Contrato. Cuando la Compañía lo considere conveniente podrá solicitar la documentación que considere necesaria para comprobar que dichas terapias sean médicamente indispensables.

## 7. Honorarios de Médicos

La cantidad que se liquide por este concepto será de acuerdo al Monto por Procedimiento Terapéutico y quedarán cubiertos los siguientes conceptos:

- a) Honorarios médicos sin intervención quirúrgica.
- b) Honorarios médicos con intervención quirúrgica.
- c) Honorarios de quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, siempre y cuando sean recomendados por el Médico tratante.

## 8. Cirugía reconstructiva a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos

Se cubre la cirugía reconstructiva médicamente necesaria y solamente a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos. En caso de Accidente el primer gasto deberá realizarse en los primeros 90 días de ocurrido dicho Accidente.

## 9. Consumo de oxígeno

Quedan cubiertos los gastos por consumo de oxígeno.

## 10. Transfusiones de sangre

Quedan cubiertos los gastos por transfusiones de sangre, aplicaciones del plasma, suero y otras sustancias

semejantes, así como las pruebas de compatibilidad que correspondan al número de donaciones que reciba el Asegurado.

## 11. Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos.

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta de Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos, que se requieran a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado. En aquellos casos en los que el costo de la renta sea superior al de la compra, se cubrirá la compra únicamente con la aprobación previa de la Compañía.

Se cubren solamente una vez las Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos por una misma Enfermedad o por un mismo Accidente. **No se cubrirán reemplazos.**

## 12. Tratamiento dental por Accidente

Sólo se cubren los tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un Accidente cubierto, incluyendo prótesis dentales, siempre que el tratamiento dental de emergencia se lleve a cabo dentro de los primeros noventa (90) días siguientes a dicho Accidente.

## 13. Equipo tipo Hospital

Se cubre el Equipo tipo Hospital para la recuperación en casa o el tratamiento domiciliario siempre y cuando la Compañía haya proporcionado la autorización para dicho gasto.

Para esta cobertura siempre aplica un Coaseguro del 20%. Para el caso de sillas de ruedas, muletas, andaderas y bastones aplicará el Coaseguro contratado en la póliza.

## 14. Medicamentos

Quedan cubiertos los Medicamentos consumidos por el Asegurado en el Hospital o Sanatorio y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los Médicos tratantes, que estén relacionados con el padecimiento, cuya comercialización en territorio nacional esté autorizada y se presente la factura de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.

Para Medicamentos adquiridos fuera del Hospital, en farmacias que pertenezcan a los Prestadores en Convenio no se aplicará Coaseguro, en caso contrario, aplicará el 35% de Coaseguro y será a través de Pago por Reembolso.

## 15. Uso de Ambulancia

Siempre y cuando sea médicamente necesario, queda cubierto el servicio de ambulancia terrestre, hacia o desde el Hospital.

---

En caso de Urgencia Médica originada por un padecimiento cubierto queda amparada la ambulancia terrestre, totalmente equipada o con servicios de terapia intensiva cuando se requiera.

Este beneficio opera únicamente a través de Pago por Reembolso.

#### **16. Uso de Ambulancia Aérea por Urgencia Médica**

Queda cubierta en territorio nacional la transportación en ambulancia aérea si a consecuencia de una Urgencia Médica cubierta, el Asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad en donde se encuentra no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención.

##### **Esta cobertura no aplica cuando:**

- a) El motivo del traslado no sea por indicación médica.**
- b) El traslado del paciente, por cualquier circunstancia, sea impedido por autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas y hasta que esta circunstancia se solucione.**
- c) El paciente no esté autorizado por un Médico para el traslado hasta el destino elegido.**
- d) El paciente no tenga confirmada su reservación de Hospital y de ambulancia terrestre en el destino.**
- e) Los horarios o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.**

Este beneficio solamente opera a través de Pago por Reembolso y toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará un Coaseguro del 20% sobre el monto total de la factura de vuelo.

#### **17. Urgencia Médica en el Extranjero**

Quedan cubiertos los gastos del Asegurado originados en caso de sufrir alguna Enfermedad o Accidente que pueda ser considerada como Urgencia Médica fuera del territorio nacional en viaje de placer o negocios.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la Urgencia Médica y por lo tanto, los efectos del beneficio.

La Compañía pagará la reclamación en Moneda Nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de erogación de los gastos cubiertos.

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) Suma Asegurada de 50,000 USD (Cincuenta mil Dólares Americanos).
- b) Deducible de 50 USD (Cincuenta Dólares Americanos).
- c) No aplica Coaseguro.
- d) Aplica Pago por Reembolso.
- e) La Suma Asegurada y Deducible que corresponden a la presente cláusula son independientes de los contratados en cualquier otra cobertura y serán efectivos durante la vigencia de la Póliza.

Quedan cubiertos los gastos por concepto de:

- a) Cuarto semi-privado y alimentos del Asegurado.
- b) Honorarios por intervención quirúrgica, por consultas médicas, por servicios médicos profesionales como anestesiólogos y enfermeras.
- c) Suministros en el Hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
- d) Servicio de diagnóstico: exámenes de laboratorio y gabinete.
- e) Servicio de ambulancia terrestre: en la localidad hacia o desde el Hospital, siempre y cuando sea médicamente necesario.
- f) Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos necesarios para el tratamiento médico, **a excepción de reemplazos.**

##### **Esta cobertura no aplica:**

- a) A las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos de estas Condiciones Generales.**
- b) A los tratamientos que no sean catalogados como de Urgencia Médica, de común acuerdo por el Médico tratante de la Compañía.**
- c) A las complicaciones del embarazo ni del (los) recién nacido(s), el parto y la cesárea, posteriores a la semana 28 de gestación.**

#### **18. Honorarios de Enfermeras**

Quedan cubiertos los honorarios de enfermeras que, bajo prescripción del Médico tratante, sean necesarias para la convalecencia domiciliaria, hasta el Gasto Usual y Acostumbrado por 30 días continuos y con un máximo de 720 horas.

---

La cobertura de enfermería se incluye únicamente en las siguientes patologías o tratamientos:

- a) Tratamientos de radioterapia y quimioterapia en periodo de recuperación post aplicación.
- b) Tratamiento post quirúrgico de cirugías de corazón y sistema nervioso central.
- c) Tratamiento de recuperación de trauma mayor o quemaduras de más de 20% o Grado III.
- d) Reemplazos articulares mayores de cadera durante la recuperación.

Esta cobertura aplica únicamente mediante Pago por Reembolso.

### **19. Estudios de Laboratorio y Gabinete**

Quedan cubiertos análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico o tratamiento de una Enfermedad o Accidente cubierto.

Para estudios de laboratorio y gabinete realizados fuera del Hospital, en laboratorios y gabinetes pertenecientes a los Prestadores en Convenio no se aplicará Coaseguro, en caso contrario, aplicará el 35% de Coaseguro.

Los Laboratorios y Gabinetes dentro de los Hospitales, pertenecientes a los Prestadores en Convenio, tendrán el mismo Nivel Hospitalario que el Hospital en que se encuentren.

Los Laboratorios y Gabinetes fuera de los Hospitales, pertenecientes a los Prestadores en Convenio, tendrán el Nivel Hospitalario 45.

### **20. Recién Nacido**

Se cubre desde el primer día de nacido, los tratamientos médicos y quirúrgicos de los Padecimientos Congénitos, síndrome de talla baja y Enfermedades ocurridas al nacimiento, siempre y cuando al nacimiento del menor la madre tenga 10 meses de Antigüedad en una póliza individual o familiar de la Compañía y se haya notificado a la misma a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento.

### **21. Padecimientos Congénitos**

Se cubren los Padecimientos Congénitos de los Asegurados incluidos en la póliza, siempre y cuando sus Signos o Síntomas hayan pasado desapercibidos, no sean aparentes a la vista o no hayan sido diagnosticados previamente a la fecha de alta del Asegurado en la póliza.

### **22. Complicaciones de Gastos Médicos Mayores No Cubiertos**

Queda cubierto el tratamiento médico y quirúrgico de cualquier complicación de los padecimientos, lesiones, afecciones o procedimientos siguientes:

- a) Tratamientos o procedimientos terapéuticos de carácter estético o plástico.
- b) Tratamientos de calvicie, obesidad, reducción de peso, anorexia, bulimia o esterilidad.
- c) Procedimientos terapéuticos o tratamientos para control de la fertilidad, natalidad, infertilidad e impotencia sexual.
- d) Tratamientos o procedimientos terapéuticos de nariz o senos paranasales por Enfermedad.
- e) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales.

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando éstas se puedan considerar como una Urgencia Médica.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la Urgencia Médica y por lo tanto, los efectos del beneficio de esta cobertura.

### **23. Tratamiento Psiquiátrico o Psicológico**

Se cubren las consultas psiquiátricas o psicológicas hasta un tope de \$8,000.00 (Ocho mil Pesos 00/100 M.N.) solamente por las siguientes causas y siempre que, a juicio del Médico tratante, sean necesarias:

- a) Cáncer en fase terminal.
- b) Insuficiencia renal crónica.
- c) Accidente vascular cerebral con daño permanente o cuando se diagnostique a causa de estas Enfermedades una invalidez total y permanente.
- d) Infarto al miocardio que requiera de revascularización coronaria o Bypass o exista daño neurológico irreversible.
- e) Amputación de al menos una mano o un pie a consecuencia de Accidente o Enfermedad.
- f) Politraumatizado con lesiones que impliquen cambio radical en la calidad de vida del Asegurado.
- g) Víctima de asalto con violencia.
- h) Víctima de violación.

### **24. Maternidad por Cesárea**

Se cubre la maternidad por cesárea, siempre que ésta sea la primera en la vida de la Asegurada y hasta el límite establecido en la carátula de póliza para este padecimiento. La Asegurada deberá tener 10 meses de Antigüedad en una póliza de Gastos Médicos de la Compañía.

Esta cobertura aplica únicamente para la Asegurada titular o cónyuge del Asegurado titular.

No aplica el Deducible ni Coaseguro para esta cobertura.

## **IV. Periodos de Espera**

1. Se cubren a partir de 4 meses del alta del Asegurado afectado, los gastos resultantes por tratamiento médico o procedimiento terapéutico por Accidente

- 
- o Enfermedad de:
    - a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo del embarazo extrauterino.
    - b) Embarazo molar.
  - 2. Se cubren a partir de 10 meses del alta del Asegurado afectado, los gastos resultantes por tratamiento médico o procedimiento terapéutico por Accidente o Enfermedad de:
    - a) Los estados de fiebre puerperal.
    - b) Los estados de eclampsia y enfermedad hipertensiva del embarazo.
    - c) Placenta acreta.
    - d) Placenta previa.
    - e) Atonía uterina.
    - f) Cualquier complicación del embarazo, parto o puerperio siempre y cuando puedan ser consideradas como una Urgencia Médica. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la Urgencia Médica y por lo tanto, los efectos del beneficio de esta cobertura.
  - 3. Se cubren después de 12 meses del alta del Asegurado afectado, los gastos resultantes por tratamiento médico o procedimiento terapéutico por Accidente o Enfermedad de:
    - a) Padecimientos de la columna vertebral, **excepto hernias de disco.**
    - b) Padecimientos de la vesícula y vías biliares.
    - c) Padecimientos ginecológicos.
    - d) Los tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias.
    - e) Insuficiencia venosa, varicocele y varices de miembros inferiores.
    - f) Tratamientos de endometriosis que no estén relacionados con la esterilidad.
    - g) Insuficiencia del piso perineal, **excepto prolapso rectal.**
  - 4. Se cubren después de 24 meses del alta del Asegurado afectado, los gastos resultantes por tratamiento médico o Procedimiento Terapéutico por Accidente o Enfermedad de:
    - a) Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
    - b) Nariz o senos paranasales sólo por Accidente con Coaseguro del 50%, siempre y cuando el primer gasto ocurra dentro de los primeros 90 días posteriores a la ocurrencia del Accidente.
    - c) Padecimientos de glándulas mamarias.
    - d) Amigdalitis y adenoiditis.
    - e) Hernias (incluyendo las de disco), eventraciones.
    - f) Padecimientos Preexistentes: únicamente cuando el Asegurado haya tenido cobertura continua durante este periodo en una póliza de

la Compañía, no haya recibido tratamiento y no haya tenido Síntomas o Signos de dicha condición preexistente durante el periodo de espera mencionado anteriormente.

## V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos

**El presente Contrato de seguro no cubre gastos que se originen a consecuencia de:**

1. Los siguientes Padecimientos Preexistentes:
  - a) Padecimientos cardíacos, Accidentes vasculares cerebrales, diabetes mellitus, insuficiencia renal, padecimientos oncológicos, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Enfermedades degenerativas, padecimientos neurológicos y cualquier padecimiento o tratamiento que requiera de un trasplante de órganos y las consecuencias del mismo.
  - b) Según lo indicado en los Endosos específicos de exclusión de la póliza, en caso de haberlos.
2. Todos los Procedimientos Voluntarios, así como las lesiones autoinflingidas, intento de suicidio (aún y cuando se cometan éstas en estado de enajenación mental).
3. Aquellas lesiones derivadas de una Agravación del Riesgo respecto de lo declarado en la solicitud del presente Contrato de seguro y que sirvió de base para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía; así como aquéllas derivadas de situaciones en las que el Asegurado se haya expuesto en incumplimiento al artículo 54 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
4. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares, anillos intracorneales.
5. Aparatos auditivos e implantes cocleares.
6. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos.

- 7. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.**
- 8. Tratamientos preventivos.**
- 9. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar en línea recta del Asegurado.**
- 10. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos y la sección IV. Periodos de Espera de las presentes Condiciones Generales.**
- 11. Tratamiento psicológico o psiquiátrico, trastorno de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cuales quiera que fueran sus manifestaciones clínicas, así como tratamiento para prevenir trastornos de la conducta o el aprendizaje.**
- 12. Los siguientes Medicamentos:**
  - a) Fórmulas Lácteas.**
  - b) Suplementos y complementos alimenticios.**
  - c) Multivitamínicos.**
  - d) Cosméticos.**
  - e) Medicamentos que no estén amparados por una receta médica.**
  - f) Medicamentos no autorizados para su venta en México.  
Medicamentos de acción de terapia celular.**
  - g) Medicamentos que no tengan relación con el padecimiento.**
- 13. Todos los gastos erogados por tratamientos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.**
- 14. Cualquier gasto relacionado con el parto normal.**
- 15. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad.**

## **VI. Cláusulas Generales**

### **1. Cobertura del Contrato**

- a) Accidente. Los Asegurados inscritos en la presente póliza quedarán cubiertos en el caso de Accidente cubierto, a partir de la fecha de alta del Asegurado en la póliza.
- b) Enfermedad. Si se trata de una Enfermedad salvo mención contraria, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 días de la fecha de alta del Asegurado en la póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate

de renovaciones, Emergencias Médicas, y para los padecimientos del recién nacido de acuerdo al inciso 20. Recién Nacido de la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos de estas Condiciones Generales.

### **2. Periodo de Pago del Beneficio**

En caso de cancelación del Contrato por parte del Contratante o Solicitante Titular, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada Accidente o Enfermedad cubierto mientras el Contrato se encuentre en vigor, hasta el agotamiento de la Suma Asegurada o 5 días naturales posteriores a la cancelación del mismo, lo que ocurra primero.

En el caso de Asegurados con siniestros en curso de pago, si a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o de delincuencia, demuestra que se encontraba totalmente impedido o incapacitado para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación, la Compañía, a solicitud del Asegurado dentro de los 30 días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo de la presunta incapacidad o impedimento exceda de 1 año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la Antigüedad que dicho plan tenía, así como la contraprestación que resulte de los gastos médicos que se hubiesen derivado de padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión, debiendo el Asegurado cubrir el pago de las primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo que estuvo incapacitado.

En el caso de Asegurados en los que no existan siniestros en curso de pago, si a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o de delincuencia, demuestra que se encontraba totalmente impedido o incapacitado para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación, la Compañía, a solicitud del Asegurado, dentro de los 30 días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo del presunto impedimento o incapacidad exceda a 1 año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivado de la Antigüedad que tenía dicho plan, así como la contraprestación que resulte de los gastos médicos que se hubiesen derivado de padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión surgidos cuando el seguro se encontraba vigente, debiendo el Asegurado cubrir las primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo que estuvo incapacitado. En estos casos la Compañía no cubrirá los gastos por Enfermedades o Accidentes que hubiesen surgido en su momento posterior a los 30 días siguientes a la fecha de conclusión del periodo inmediato anterior de vigencia del seguro.

---

### **3. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones**

#### **a) Corrección del Contrato de Seguro**

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones, al Contrato de Seguro y sus endosos.

#### **b) Notificaciones**

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, Beneficiario y/o el Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios que quedaron señalados en la carátula de la Póliza. El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

### **4. Vigencia**

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este Contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza.

### **5. Residencia**

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente dentro de la República Mexicana.

### **6. Primas**

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión. En cada renovación la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas en nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada renovación será, el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

La prima correspondiente a cada uno de los recibos, vencerá al inicio de cada periodo pactado, salvo el primer recibo, por el cual el Contratante dispondrá de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima, plazo en el cual el seguro continuará en pleno vigor.

Para los pagos subsecuentes al primero en caso de pago fraccionado, el Contratante deberá efectuar el pago de prima al comienzo de vigencia de cada recibo.

Transcurridos los plazos citados, si el pago no se ha realizado, los efectos de este Contrato cesarán automáticamente.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

#### **Lugar de pago.**

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo correspondiente. Asimismo, las primas convenidas también podrán ser pagadas mediante depósito bancario o a través de transferencia electrónica de fondos a favor de la Compañía (AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.), para lo cual, el Contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.

Los pagos de primas también podrán efectuarse mediante domiciliación bancaria o depósito ante las instituciones bancarias con las cuales tenga convenio la Compañía o mediante transferencias electrónicas; servirán como recibo el estado de cuenta del cliente o el comprobante de pago del banco emisor.

### **7. Revelación de Comisiones**

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito en un plazo que no excederá diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

### **8. Altas**

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos en la póliza podrá ser incluida en la cobertura mediante solicitud del Contratante y aceptación de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que queda facultada para pedir. Esta inclusión deberá ser reportada a la Compañía en los 30 días siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan. La Compañía no requerirá al solicitante realizarse un examen médico.

---

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato nacidos durante la vigencia de la presente póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando la madre tenga 10 meses de Antigüedad en una póliza Individual o Familiar de Gastos Médicos Mayores de la Compañía, se haya notificado a la Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento y se realice el pago de la prima correspondiente.

### **9. Bajas**

Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de ser Dependientes Económicos del Asegurado Titular. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

### **10. Ajustes**

En caso de Altas de Dependientes Económicos o de aumento de beneficios, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Dependientes Económicos o disminución de beneficios, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante el 60% de la prima no devengada.

### **11. Privilegio de Conversión**

Cualquier Dependiente del Asegurado Titular que haya sido excluido de la póliza por la situación señalada en la cláusula de Bajas, tendrá derecho a que, si lo solicita, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que causó baja de la presente póliza, le sea expedida una póliza individual de Gastos Médicos Mayores cubriendo la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

### **12. Renovación**

Este Contrato se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, el Contratante no da aviso por escrito, de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La Compañía acuerda otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato en los términos y condiciones de los productos que la Compañía tenga registrados y autorizados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dicha renovación se realizará a petición del

Contratante o Asegurado Titular, y previa aceptación de la Compañía. Asimismo la Compañía se compromete a que dicha renovación se realizará con productos que contengan información estadística suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial.

La Compañía establece que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de este Contrato debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 16. Omisiones o Inexactas Declaraciones de la sección VI. Cláusulas Generales de las presentes Condiciones Generales.

### **13. Rehabilitación**

No obstante lo dispuesto en la cláusula 6. Primas de la sección VI. Cláusulas Generales de estas Condiciones Generales, el Contratante podrá, dentro de los treinta días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalado en el comprobante de pago y la Compañía devolverá, a prorrata, en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que se amplíe la vigencia del seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

En ningún caso, la Compañía responderá de siniestros ni sus complicaciones, ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula.

**No aplica preexistencia declarada para los siniestros ocurridos en dicho periodo.**

---

#### **14. Prescripción**

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 que establece lo siguiente: Todas las acciones que se deriven de un Contrato de seguro prescribirán en dos años, "... el plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización".

La prescripción se interrumpirá no sólo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por las causas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. La suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones conforme a lo dispuesto por el artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

#### **15. Moneda**

Todos los valores del Contrato de Seguro incluyendo Suma Asegurada, Primas y Valor en Efectivo estarán denominados en la moneda especificada en la carátula de la Póliza; la moneda puede ser moneda nacional y dólares.

Todos los pagos por Pago de Primas convenidos en el Contrato de Seguro, deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos, independientemente de la denominación con la que se haya contratado el seguro, conforme a la Ley Monetaria Vigente al momento de hacer el pago.

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro por parte de la Compañía, se verificarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria Vigente calculados hasta el día inmediato anterior a la fecha en que se efectúe el pago.

La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de Moneda en Suma Asegurada ni Prima.

Cuando la Suma Asegurada se denomine en Dólares de los Estados Unidos de América, las obligaciones de pago de Prima se solventarán en Moneda Nacional al tipo de

cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos. Los pagos relativos a las obligaciones a cargo de la Compañía se solventarán entregando el equivalente en Moneda Nacional calculados al día en que el Contratante o Asegurado haya realizado los gastos, tomando en consideración el tipo de cambio de venta de Dólares de los Estados Unidos de América que publica el Banco de México a través del Diario Oficial de la Federación. Si la publicación de dicho documento es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, se tomará como base el tipo de cambio que se dé a conocer por las Autoridades Competentes. No obstante lo anterior, la Compañía podrá liquidar en Dólares de los Estados Unidos de América, las obligaciones a su cargo a favor del Contratante o Asegurado.

#### **16. Omisiones o Inexactas Declaraciones**

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Asegurado o Solicitante Titular, declarar por escrito en la solicitud del seguro elaborada por la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de omisión, inexacta o falsa declaración del Asegurado y/o representante de éste, al momento de anotar las declaraciones en la solicitud de seguro de gastos médicos, la Compañía podrá rescindir el Contrato de pleno derecho aunque no hayan influido en la realización del siniestro de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de



---

la Compañía en lo sucesivo de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionada con el siniestro de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

### **17. Competencia**

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o no se designen alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

### **18. Edad**

- a) La Compañía aceptará el ingreso a la póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de Renovación, Altas y Bajas para los Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras viva el Asegurado y se pague la prima vigente al momento de la Renovación. En la cobertura básica del presente producto no existe un límite de edad para la renovación.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y la Compañía reintegrará al Contratante el 60% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.

- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.
- d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Compañía deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

### **19. Siniestros**

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro. Cuando cualquiera de los Asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de urgencia, el Asegurado Titular deberá notificarlo cuando menos con 5 días hábiles de anticipación a la fecha en que éste deba internarse. El Asegurado Titular tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado dicha cirugía.
- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.
- c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o Asegurados para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.
- d) La Compañía sólo pagará los honorarios de Médicos titulados y enfermeras tituladas legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos de internamiento efectuados en Sanatorios y Hospitales legalmente autorizados.
- e) Para el caso de Padecimientos Preexistentes, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de

---

que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- f) En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de Preexistencia, el reclamante podrá acudir a un Perito Médico que sea designado por el reclamante y la Compañía, a un arbitraje privado.
- g) La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.
- h) El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Compañía quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.
- i) La Compañía pagará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.
- j) La Compañía solicitará como requisito indispensable el acta levantada ante el Ministerio Público para proceder al pago de la Cobertura de Tratamiento Psiquiátrico o Psicológico por asalto con violencia o violación.

## **20. Garantía de Pago por Reembolso**

En caso de proceder el pago de una reclamación, la Compañía se compromete a indemnizar los gastos cubiertos en un plazo máximo de 5 días hábiles.

En caso de no realizar el pago de la indemnización dentro de los 5 días hábiles, la Compañía pagará a partir del sexto día hábil la cantidad de \$100 (Cien Pesos M.N.) por día hábil y como máximo hasta \$1,000 (Mil Pesos M.N.) independientemente del monto de la reclamación original, lo anterior sin perjuicio de lo previsto en la cláusula 25. Interés Moratorio de la sección VI Cláusulas Generales de estas Condiciones Generales.

Si la Compañía requiere información adicional para la determinación de la procedencia de la indemnización, se solicitará dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de pago de siniestros. El tiempo que tarde el Asegurado en entregar la información adicional requerida no contará para el pago de la indemnización citada. Una vez entregada dicha

información reiniciarán los 5 días hábiles de la Compañía para realizar la indemnización.

## **21. Pago de Indemnizaciones**

Siempre y cuando los gastos médicos rebasen el Deducible contratado la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato.
- b) A la cantidad resultante se descontará, primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje y Coaseguro máximo establecido en la carátula de la póliza.
- c) El Deducible, Coaseguro así como los límites citados en el Contrato se aplicarán para cada Enfermedad o Accidente cubierto.
- d) En caso de que los gastos equivalentes al monto del deducible sean cubiertos por otras pólizas de seguro, de esta u otra institución, será requisito indispensable presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar dicha erogación.

## **22. Servicio de Pago Directo**

En el caso de que el Asegurado requiera de atención de los Prestadores en Convenio, podrá hacer uso del Servicio de Pago Directo en el que, previa verificación de la Compañía respecto a la procedencia del caso, la Compañía efectuará el pago de los gastos cubiertos por la póliza a los Prestadores en Convenio, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de la Compañía para verificar la situación de procedencia del caso.

Durante el periodo de gracia de 30 días para el pago del primer recibo no se otorgará el Servicio de Pago Directo si la Póliza no ha sido pagada.

## **23. Sistema de Pago por Reembolso**

Funciona para aquellos gastos cubiertos por la póliza que:

- a) El servicio médico se hubiere proporcionado por prestadores no incluidos en el Prestadores en Convenio.
- b) La Compañía no hubiera contado con la oportunidad y viabilidad para verificar la situación de procedencia del caso, de tal forma que no se hubiera autorizado el Servicio de Pago Directo.

Una vez otorgado el Servicio de Pago Directo pactado al prestador de servicios médicos por concepto de honorarios profesionales por un procedimiento, la Compañía no reembolsará ninguna otra cantidad por este mismo concepto.

## 24. Aplicación de Deducible y Coaseguro

a) Si el Asegurado recibe atención médica en Hospitales, Laboratorios y Gabinetes de los Prestadores en Convenio, y se utiliza el Servicio de Pago Directo, se aplicará la siguiente tabla para manejo de Deducible y Coaseguro.

Nivel Hospitalario Contratado	Nivel Hospitalario donde se atendió el servicio médico		
	MAGNO	SUPERIOR	BÁSICO
MAGNO	Aplica Coaseguro Contratado. Aplica Deducible contratado	Aplica Coaseguro Contratado. Aplica Deducible contratado	Aplica Coaseguro Contratado. Aplica Deducible contratado
SUPERIOR	Aumento de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado	Aplica Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aplica Coaseguro Contratado. Aplica Deducible contratado
BÁSICO	Aumento de 30 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado	Aumento de 5 puntos porcentuales sobre el coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aplica Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado

b) Si el Asegurado recibe atención médica en Hospitales, Laboratorios o Gabinetes distintos a los Prestadores en Convenio, o no se utiliza el Servicio de Pago Directo, se aplicará la siguiente tabla para manejo de Deducible y Coaseguro.

Nivel Hospitalario Contratado	Nivel Hospitalario donde se atendió el servicio médico		
	MAGNO	SUPERIOR	BÁSICO
MAGNO	Aplica Coaseguro Contratado. Aplica Deducible contratado	Aplica Coaseguro Contratado. Aplica Deducible contratado	Aplica Coaseguro Contratado. Aplica Deducible contratado
SUPERIOR	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado	Aplica Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aplica Coaseguro Contratado. Aplica Deducible contratado
BÁSICO	Aumento de 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado	Aplica Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado

(Ver Tabla de Hospitales anexa donde se hace referencia a que nivel corresponde cada Hospital. Todos los Hospitales que no formen parte de los Prestadores en Convenio pertenecerán al Nivel Hospitalario Superior.)

En cualquier situación donde el Asegurado reciba atención médica en un Hospital, Laboratorio o Gabinete de mayor nivel al del plan contratado, se elimina el límite que hace referencia al monto máximo por concepto de Coaseguro.

Para todos los incisos de esta cláusula, en gastos posteriores al inicial tramitados vía Sistema de Pago por Reembolso se aplicará el Coaseguro y limitaciones de la póliza.

## 25. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros durante el lapso que dure la mora.

## 26. Beneficios Fiscales

Constituyen deducciones personales para el Asegurado las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta, conforme al Artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

## VII. Coberturas Adicionales con Costo para Pólizas Individuales / Familiares.

### 1. Deducible 0 X Accidente + Muerte Accidental (D0xA)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las siguientes coberturas:

#### a) Deducible Cero por Accidente Cubierto.

Mediante esta cobertura se exenta al Asegurado del pago del Deducible en caso de un Accidente, siempre y cuando el monto total de los gastos cubiertos sea superior a \$1,000 (mil pesos 00/100 M.N.)

Por lo anterior, en caso de Accidente cubierto se modifica la cláusula 21. Pago de Indemnizaciones en los incisos b) y c) de la sección VI. Cláusulas Generales de estas Condiciones Generales a quedar como sigue:

1. A la cantidad resultante se descontará, únicamente la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje y Coaseguro máximo establecido en la carátula de la póliza.
2. El Coaseguro y los límites citados en el Contrato se aplicarán para cada Enfermedad o Accidente cubierto.

Lo anterior aplica tanto para el Servicio de Pago Directo como para el Sistema de Pago por Reembolso.

Este beneficio aplica solamente en territorio nacional.

Límite Máximo de Responsabilidad para Deducible Cero por Accidente Cubierto.

El límite Máximo de Responsabilidad por parte de la Compañía para esta cobertura, será el Deducible contratado que aparece referenciado en la carátula de la póliza.

#### b) Muerte Accidental.

Mediante esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto, la

Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada para esta cobertura en la carátula de Póliza.

Límite Máximo de Responsabilidad para Muerte Accidental.

El Límite Máximo de responsabilidad por parte de la Compañía para esta cobertura, será la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la Póliza para esta cobertura.

Edad.

La edad mínima para la Cobertura de Muerte Accidental es de 12 años.

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación la edad máxima de aceptación es hasta los 69 años.

Los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

### 2. Programa Cliente Especial (PCE)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las siguientes coberturas:

#### a) Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas.

Se cubre la atención médica del Asegurado en el extranjero a consecuencia de Enfermedades catastróficas cubiertas, descritas más adelante, cuyos padecimientos y primeros gastos se originen a partir de la contratación de esta cobertura adicional.

Las Enfermedades que aplican para esta cobertura y bajo este concepto son:

- Cáncer:

Se cubre el cáncer con metástasis, cáncer de páncreas, cáncer de hígado, cáncer en el sistema nervioso o localizado en los aparatos linfáticos, circulatorios, leucemia y melanoma maligno. **Queda excluido el cáncer In-situ del cuello uterino y cáncer de la piel.**

- Enfermedad (es) Neurológica (s), Cerebro-Vascular y Cerebrales:

Se cubren los tratamientos médicos y quirúrgicos derivados de Enfermedades degenerativas, tumores benignos y malignos del sistema nervioso central, así como tumores o malformaciones del aparato circulatorio, localizado en el sistema nervioso central, isquemia, trombosis y hemorragia cerebral. **Quedan excluidos los tumores en presencia del virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.**

- Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía:

Se cubre la intervención quirúrgica de tórax abierto para la colocación de hemoductos para la revascularización del miocardio. La necesidad de este tipo de intervenciones deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria. **Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como la angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombólisis u otras Enfermedades con tratamientos similares.**

- Trasplantes de Órganos Mayores:

Quedan cubiertos sólo los trasplantes de los siguientes órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea. Se cubren los gastos del donante por trasplante de órganos. En caso de un donante vivo, se consideran gastos cubiertos, los gastos médicos en que incurra el donante durante el acto quirúrgico de donación, **excluyendo gastos pre y post-quirúrgicos de donación, así como cualquier gratificación o remuneración que él mismo reciba.**

#### Suma Asegurada.

La Suma Asegurada para la atención médica en territorio nacional será la del plan base y en el extranjero es el equivalente en Moneda Nacional a 1,000,000 USD para el Asegurado afectado sólo para las Enfermedades descritas por este beneficio.

#### Precertificación.

El Asegurado tendrá la obligación de enviar a la Compañía con, por lo menos, 10 días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al Hospital o centro de trasplante, el informe médico, el aviso de Accidente o Enfermedad, la historia clínica y el resultado de estudios practicados. Lo anterior a fin de que la Compañía determine la autorización del caso en el extranjero.

En caso de Urgencia Médica tendrá que notificar durante las 24 horas siguientes el ingreso al Hospital.

#### Deducible y Coaseguro.

Para los gastos generados en territorio nacional se aplicará la cláusula 24. Aplicación de Deducible y Coaseguro de la sección VI. Cláusulas Generales de estas Condiciones Generales.

Para los gastos generados en territorio extranjero se aplicará el Deducible y Coaseguro de la carátula de la póliza.

La aplicación del Deducible es única por cada Accidente o Enfermedad cubierta independientemente del territorio en el que se hayan realizado los gastos.

#### Edad.

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación la edad máxima de aceptación es hasta 69 años.

#### Exclusiones.

- **Gastos que se originen a consecuencia de padecimientos preexistentes a la contratación de este beneficio adicional.**
  - **Casos en los que el Asegurado no cumpla con dar aviso por escrito a la Compañía.**
- b) Segunda Opinión Médica Internacional.  
Esta cobertura ofrece el acceso a un programa de consulta médica especializada para Asegurados que padecen Enfermedades graves cubiertas por estas Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar, a través de una red de Médicos consultantes en los Estados Unidos de Norteamérica, con el propósito de emitir una opinión médica calificada relacionada con el padecimiento del Asegurado.

#### Obligaciones del Asegurado.

El Asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Que se trate de afecciones mayores amparadas en estas Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar y que no requieran manejo de urgencia, o que el tiempo permita realizar los trámites necesarios para la coordinación de este beneficio.
- b) Padecimientos que por su complejidad así lo requieran como por ejemplo: Cáncer, Enfermedades neurológicas graves, Cirugías Cardiovasculares, Trasplantes de órganos mayores; en ningún caso para padecimientos menores y cuyo diagnóstico sea de fácil determinación.

#### Solicitud.

Para solicitar el servicio de segunda opinión médica, el Asegurado deberá presentar el formato inicial diseñado para solicitar este servicio, en el

---

que se incluye solicitud del servicio de segunda opinión médica internacional para:

- Ratificar Diagnóstico.
- Corroborar tratamiento.
- Alternativas de tratamiento.
- Tarjeta que lo identifica como Asegurado de la Compañía.
- Identificación oficial con fotografía.
- Aviso de Accidente o Enfermedad.
- Historia clínica completa debidamente requisitada por su Médico tratante que incluya: padecimiento actual, antecedentes personales no patológicos, antecedentes patológicos con diagnóstico, tiempo de evolución y tratamiento.
- Resúmenes clínicos de los Médicos que lo han atendido. Si ha estado hospitalizado, copia de su expediente clínico.
- Resultados de todos los exámenes que le hayan practicado, en el caso de estudios especiales como rayos X, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, placas y algunos otros.

En caso de que el Médico que realiza la segunda opinión médica necesitara estudios adicionales, se entenderá que esos gastos se harán de acuerdo a los procedimientos tradicionales establecidos para Servicio de Pago Directo o Pago por Reembolso.

Diagnóstico.

La respuesta de la segunda opinión médica se entregará al Asegurado en dos maneras: en el formato original que el Médico interconsultante emitió en inglés y con su respectiva traducción al español.

#### **Exclusiones.**

- **Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.**
- **Además aplican las exclusiones de las presentes Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar.**

#### c) Cuarto Suite.

De acuerdo a esta cobertura se ofrece un ascenso del cuarto privado estándar a cuarto suite exclusivamente en territorio nacional siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos por estas Condiciones Generales de

Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar. Además, este beneficio está sujeto a la disponibilidad del cuarto suite dentro del Hospital.

Este beneficio se cubrirá de lo que resulte menor entre:

- Un máximo de 2 veces el costo del cuarto sencillo estándar ó
- El cuarto suite, siempre y cuando sea la suite inmediata superior al cuarto privado estándar.

#### d) Paquete de Admisión.

De acuerdo a esta cobertura se establece que la Compañía cubrirá el paquete de admisión considerado como los primeros artículos de uso personal que se le entregan al paciente al momento de ingresar al Hospital.

Este beneficio opera siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos por estas Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar.

#### e) Asistencia Médica PCE.

Esta cobertura proporciona los Servicios de Asistencia que se citan a continuación a través de AXA ASSISTANCE, empresa especializada en programas de asistencia.

#### I. DEFINICIONES.

Para esta cobertura se consideran las siguientes definiciones de forma adicional a las ya citadas en las Condiciones Generales del Contrato de seguro:

1. **Beneficiario:**  
Persona que obtiene los Servicios de Asistencia.
2. **Equipo Médico de AXA ASSISTANCE:**  
El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta de AXA ASSISTANCE a un Beneficiario.
3. **Familia Asegurada:**  
Asegurados que estén dados de alta en la Póliza.
4. **Invitado de la Familia Asegurada:**  
Las personas que se encuentren en el domicilio del Asegurado Titular y que hayan sido invitadas por la Familia Asegurada, cuando se produzca una Situación de Asistencia.
5. **Personal Doméstico:**  
Las personas que laboran dentro del domicilio del Asegurado Titular y que hayan sido contratados por algún

- 
- miembro de la Familia, que realicen labores de aseo, así como los inherentes a la limpieza del hogar, cuando se produzca una Situación de Asistencia.
6. Representante:  
Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.
  7. Residencia Permanente:  
El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario tal como aparece en la carátula de la póliza o cualquier otro medio razonable de comprobación.
  8. Servicios de Asistencia:  
Los Servicios Asistenciales que gestiona AXA ASSISTANCE en los términos de estas Condiciones Generales, para los casos de una Situación de Asistencia.
  9. Situación de Asistencia:  
Todo acontecimiento ocurrido a los Beneficiarios en los términos y con las limitaciones establecidas en esta cobertura, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.
  10. Viaje:  
Se considera que una persona se encuentra de Viaje, cuando está a más de 100 kilómetros del centro de su población de Residencia Permanente, por un período máximo de 60 días consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

## II. SERVICIO DE ASISTENCIA EN "KM 0".

El siguiente Servicio de Asistencia será proporcionado en la República Mexicana, desde la Residencia Permanente del Beneficiario, «Kilómetro 0» y hasta el «Kilómetro 100» contado éste a partir del centro de la población de su Residencia Permanente en el caso del Distrito Federal. En el resto del país, desde el lugar de Residencia Permanente del Beneficiario y hasta el «kilómetro 80». El Servicio de Asistencia será proporcionado durante las 24 horas de todos los días del año.

### 2.1 Traslado Médico Terrestre Local.

Si el Beneficiario a causa de Enfermedad o Accidente, que le provoque lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, en contacto con el Médico que lo atienda, recomienden su Hospitalización,

AXA ASSISTANCE gestionará el traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano, si fuera necesario por razones médicas se realizará el traslado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados, incluyéndose sin limitación, ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar al centro hospitalario más cercano y apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que el Beneficiario presente.

Serán válidos también los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando éstos sean recomendados por el Médico tratante en conjunción con el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE.

Beneficiarios: la Familia Asegurada, el Personal Doméstico así como los Invitados de la Familia Asegurada.

Si se requiere del envío de una ambulancia para Personal Doméstico o Invitados de la Familia Asegurada, dicho traslado será pagado por un Beneficiario directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éste, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite.

III. SERVICIOS DE ASISTENCIA EN "KM 0" Y EN VIAJE.  
Los siguientes Servicios de Asistencia serán proporcionados en la República Mexicana, desde la Residencia Permanente del Beneficiario «Kilómetro 0» y hasta todo el territorio de la República Mexicana. El Servicio de Asistencia será proporcionado durante las 24 horas de todos los días del año, en viajes no mayores a 60 días.

### 3.1 Consulta Telefónica.

A petición del Beneficiario, el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, le asistirá orientándolo telefónicamente sobre problemas menores o dudas con relación a:

- a) Utilización de Medicamentos.
- b) Síntomas o molestias que le estén aquejando.

El Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario, se le direccionará para:

- a) Enviarle la visita de un Médico a domicilio.
- b) Concertarle una cita con un Médico, o en un centro hospitalario.
- c) El envío de una ambulancia.

---

AXA ASSISTANCE no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos Médicos o instituciones médicas, por omisiones del Beneficiario o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

Beneficiarios: la Familia Asegurada y el Personal Doméstico.

### 3.2 Consulta Domiciliaria.

A solicitud del Beneficiario, AXA ASSISTANCE gestionará el envío de un Médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo.

El Beneficiario pagará únicamente \$150.00 Pesos MN de cada visita domiciliaria, directamente al Médico que esté proporcionando el servicio, al momento que finalice la consulta domiciliaria.

AXA ASSISTANCE proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, en los demás lugares, AXA ASSISTANCE hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital, con la mayor celeridad. AXA ASSISTANCE no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos Médicos o instituciones médicas.

Beneficiarios: la Familia Asegurada y el Personal Doméstico.

## IV. SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJE.

Los siguientes Servicios de Asistencia serán proporcionados en todo el territorio de la República Mexicana, a partir de una distancia de 100 Km. del centro de la población de Residencia Permanente del Beneficiario. Los Servicios de Asistencia serán proporcionados durante las 24 horas de todos los días del año en viajes no mayores a 60 días.

### 4.1 Traslado Médico.

En caso de que un Beneficiario sufra Enfermedades o Accidentes ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, tales que el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, en contacto con el Médico que atiende al Beneficiario, recomienden su Hospitalización, AXA ASSISTANCE gestionará:

- El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano; y
- Si fuera necesario por razones médicas:
  - a) El traslado del Beneficiario, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin

limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Beneficiario.

- b) Si las condiciones médicas permiten el traslado del Beneficiario, el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE organizará el traslado, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al Hospital o centro médico más cercano a su Residencia Permanente. El Equipo Médico de AXA ASSISTANCE y el Médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para este traslado.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

### 4.2 Boleto Redondo para un Familiar y Gastos de Hospedaje.

En caso de Hospitalización del Beneficiario a consecuencia de Accidentes o Enfermedades ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo y de que su Hospitalización se prevea de una duración superior a 5 (cinco) días, AXA ASSISTANCE gestionará y pondrá a disposición de una persona designada por el Beneficiario un boleto ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario) a fin de acudir a su lado.

Además AXA ASSISTANCE gestionará el hospedaje de la persona designada hasta un máximo de \$1,000.00 Pesos MN por día, durante 10 (diez) días naturales.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

### 4.3 Boleto para Profesional Reemplazante.

Si el Beneficiario resultara con una incapacidad para realizar el trabajo para el cual fue enviado, y que dicha incapacidad se prevea de una duración mayor de 5 (cinco) días naturales, según el criterio del Médico tratante y el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, a consecuencia de Enfermedades o Accidentes (no producido por trabajos de carácter manual y ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo), AXA ASSISTANCE gestionará un boleto aéreo de ida y vuelta (Clase económica) en línea comercial, a un profesional reemplazante de la misma empresa, para que supla y realice los trabajos que le estaban encomendados.



---

Beneficiarios: El Solicitante Titular.

#### 4.4 Gastos de Hotel por Convalecencia.

AXA ASSISTANCE gestionará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, a consecuencia de Enfermedades o Accidentes ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, si ésta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE. Este Beneficio está limitado a \$1,000.00 Pesos MN, por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

#### 4.5 Pago y Envío de Abogado.

A solicitud del Beneficiario y en caso de una demanda civil o penal en su contra, ocurrida después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, AXA ASSISTANCE gestionará los honorarios de un abogado para atender su defensa, hasta un máximo de \$25,000.00 Pesos MN en conjunto, por concepto de honorarios de abogado, fianzas y/o cauciones, con máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza.

Este Beneficio no aplica, si el problema es debido a la actividad profesional del Beneficiario o por implicaciones en tráfico o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos o abandonar los procesos legales instalados en su contra.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

### V. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO.

#### 5.1 Solicitud de Asistencia.

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará por cobrar a la central de alarma de AXA ASSISTANCE, facilitando los datos siguientes:

- a) Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde AXA ASSISTANCE podrá contactar con el Beneficiario o su Representante.
- b) Su nombre y su número de Póliza.
- c) Descripción del problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es

negado AXA ASSISTANCE no tendrá obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

#### 5.2 Traslado médico (terrestre o aéreo).

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención de AXA ASSISTANCE, el Beneficiario o su Representante deberán facilitar:

- El nombre, dirección y número de teléfono del Hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- El nombre, dirección y número de teléfono del Médico que atiende al paciente, y de ser necesario, los datos del Médico de cabecera que habitualmente atiende al Beneficiario.

El Equipo Médico de AXA ASSISTANCE o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Beneficiario perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE decidirá cuando es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

#### 5.3 Normas Generales:

##### a) Mitigación.

El Beneficiario está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las Situaciones de Asistencia.

##### b) Cooperación con AXA ASSISTANCE.

El Beneficiario deberá cooperar con AXA ASSISTANCE para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a AXA ASSISTANCE los documentos necesarios, ayudar a AXA ASSISTANCE y con cargo a AXA ASSISTANCE, a cumplimentar las formalidades necesarias.

##### c) Personas que prestan los Servicios de Asistencia.

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son, en su mayor parte, contratistas independientes elegidos por AXA ASSISTANCE con la adecuada titulación y competencia según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia, por lo que AXA ASSISTANCE no obstante que será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en estas Condiciones Generales, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.

- d) Prescripción de las Reclamaciones.  
Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 días naturales de la fecha en la que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.
- e) Subrogación.  
AXA ASSISTANCE quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que hayan dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

## **VI. EXCLUSIONES.**

- 6.1 Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico o durante viajes de duración superior a sesenta (60) días naturales, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.**
- 6.2 Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA ASSISTANCE, por costos generados en una Situación de Asistencia ya que se trata de que el Beneficiario no tenga necesidad de contratar por su cuenta proveedores de servicio no calificados.**
- 6.3 La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.**
- 6.4 La no-aceptación de los servicios del abogado que le asigne AXA ASSISTANCE.**
- 6.5 Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.**
- 6.6 Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.**
- 6.7 Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.**
- 6.8 También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
- a) Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros,**

**hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**

- b) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.**
- c) La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.**
- d) La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.**
- e) La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.**
- f) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
- g) Enfermedades o Accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, indicados de forma enunciativa, mas no limitativa.**
- h) Traslados por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por cirugía programada de parto.**
- i) Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.**
- j) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.**
- k) Traslados a causa o como consecuencia de trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo, sean en ambulancia o por cualquier otro medio.**

- l) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.**
- m) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
- n) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**
- o) La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.**
- p) Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: Gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etc., mencionadas de manera ilustrativa, mas no limitativa.**
- q) Si por cualquier circunstancia el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.**
- r) Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.**
- s) El Beneficiario no tenga identificación.**
- t) La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.**
- u) Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier**

**lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa mas no limitativa, algunos ejemplos: Bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, etc., sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras, plataformas petroleras, barcos, yates y demás Accidentes del terreno o lugar.**

Los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

### **3. Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)**

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las siguientes coberturas: De acuerdo a este beneficio se establece que los Gastos Médicos erogados por el Asegurado fuera del territorio nacional y que se encuentren cubiertos de acuerdo a las presentes Condiciones Generales, serán amparados hasta los límites mencionados por esta cobertura, sujeto a las siguientes condiciones:

Para los Asegurados en viajes que lleguen a residir más de 3 meses fuera del territorio nacional, con un máximo de 12 meses, se le aplicará la tarifa correspondiente a la zona 4, después de transcurrido este periodo quedará excluido del Contrato.

#### **PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO.**

Deducible y Coaseguro.

Invariablemente se aplicarán tanto por Accidente como por Enfermedad y su monto se estipula en la carátula de la póliza. El Deducible de esta cobertura será independiente al de la cláusula 17. Urgencia Médica en el Extranjero del apartado III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos de las presentes Condiciones Generales.

Gastos Cubiertos.

1. Cuarto semi - privado y alimentos del paciente.
2. Médicos y Cirujanos. Honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias o consultas.
3. Anestesiólogo (honorarios profesionales).
4. Suministros en el Hospital (Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones).

5. Aparatos ortopédicos y prótesis necesarios para el tratamiento médico. Queda excluida la reposición de aparatos de prótesis.
6. Servicios de ambulancia terrestre (en la localidad hacia o desde el Hospital).
7. Enfermera privada.
8. Servicios de terapia física, radioterapia y fisioterapia.
9. Medicamentos adquiridos fuera del Hospital, que estén relacionados con el padecimiento y acompañados de la receta médica.
10. Renta de equipotipo Hospital que, por prescripción médica, sea necesario para la convalecencia domiciliaria.

Edad.

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación la edad máxima de aceptación es hasta los 69 años.

#### Exclusiones.

- a) **Los Padecimientos Preexistentes al inicio de esta cobertura, independientemente de la Antigüedad de la cobertura en territorio nacional. Para aquellas pólizas que contaban con la cobertura en el extranjero y que no tuvieron periodos al descubierto, se respetará la Antigüedad de ésta, tomándose como fecha original la de la primera emisión de la cobertura en el extranjero.**
- b) **La operación cesárea y el parto natural.**
- c) **Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.**
- d) **Adicionalmente a las exclusiones de ésta cláusula, las limitaciones mencionadas en las presentes Condiciones Generales y Endosos especiales, se ampararán los gastos de padecimientos mencionados en la sección IV. Periodos de Espera siempre que los periodos estipulados se hayan cumplido.**

Todas las demás condiciones y coberturas permanecen sin cambios ni modificaciones y con aplicación para esta cobertura.

#### 4. Paquete de Beneficios Adicionales (BAAd)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las siguientes coberturas:

- a) Accidentes Personales.  
Esta cobertura aplica únicamente para los Asegurados mayores de 12 años.

Si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto, la Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura que queda estipulada en la carátula de la póliza.

A los Asegurados que por consecuencia de un Accidente sufran pérdidas orgánicas, se les proporcionará una indemnización hasta por la Suma Asegurada, indicada en la carátula de la póliza, de acuerdo a la tabla siguiente:

<b>Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos</b>	<b>100%</b>
<b>Una mano y un pie</b>	<b>100%</b>
<b>Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo</b>	<b>100%</b>
<b>Una mano o un pie</b>	<b>50%</b>
<b>La vista de un ojo</b>	<b>30%</b>
<b>El pulgar de cualquier mano</b>	<b>15%</b>
<b>El índice de cualquier mano</b>	<b>10%</b>

La pérdida significará:

- En cuanto a las manos y a los pies, la pérdida por anquilosis o la separación en las coyunturas de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos,
- En cuanto a los ojos la pérdida completa e irreparable de la vista,
- En cuanto a los dedos pulgar e índice la anquilosis o la separación de la coyuntura metacarpofalangeal o arriba de la misma.

En caso de sufrir varias de las pérdidas arriba especificadas, la responsabilidad total de la Compañía en ningún caso excederá el límite establecido para este beneficio.

Cualquier indemnización pagada por la Compañía, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de este beneficio para el Asegurado afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a la Compañía.

Los beneficiarios para el caso de muerte accidental serán:

- Los específicamente designados por el Asegurado o, en su defecto,
- A la sucesión.

Pago de indemnizaciones.

La indemnización que resulte comprobada conforme al Contrato será pagada dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que fueran entregadas las pruebas correspondientes a la Compañía.

---

**Estos beneficios no se concederán si la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas que sufra son debidas directa, total o parcialmente a:**

- i) Enfermedad corporal o mental, infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental; tratamiento médico o quirúrgico, cuando éste no sea necesario a consecuencia de un Accidente.**
- ii) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, cualquiera que sea la causa que lo provoque.**
- iii) Hernias y eventraciones que no sean consecuencia de un Accidente.**
- iv) Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza excepto los accidentales.**
- v) Guerra, rebelión, revolución o insurrecciones.**
- vi) Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- vii) Riña, siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- viii) La participación en cualquier forma de navegación submarina.**
- ix) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- x) Accidentes o lesiones que por culpa del Asegurado sufra como consecuencia de encontrarse éste bajo la influencia de enervantes o drogas, excepto cuando estas últimas hayan sido prescritas por un Médico.**

Al hacer uso de este beneficio no se aplicará Deducible ni Coaseguro.

- b) Accidentes Personales en Viajes Aéreos.  
Ofrece a los Asegurados mayores de 12 años una protección hasta por el límite establecido en la carátula de la póliza en caso de muerte o pérdidas orgánicas como consecuencia de un Accidente, si alguna de éstas sobreviniera

dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo. A los Asegurados que por consecuencia de un Accidente sufran pérdidas orgánicas (Si suceden dentro de los 90 días posteriores, la indemnización por pérdidas orgánicas se hará a la fecha de ocurrencia de éste), se les proporcionará una indemnización, lo anterior, conforme a la tabla de indemnizaciones del inciso a) anterior.

Este beneficio surtirá efecto durante el viaje sencillo o de ida y vuelta amparado por el boleto de transportación, comenzando su efecto en o después de la fecha de expedición que aparece en la carátula de la póliza, terminando con la llegada al punto de destino o seis meses después de la fecha en que se inicie el vuelo, según lo que ocurriere primero como sigue:

- I) Mientras se encuentre como pasajero subiendo, a bordo o bajando del aeroplano en que hará el viaje, siempre que sea operado por una línea aérea establecida y a la cual le haya otorgado licencia para el transporte de pasajeros la autoridad competente del país cuyo registro ostente. Asimismo, mientras se encuentre viajando dentro del aeropuerto en un vehículo terrestre operado por la autoridad del mismo o por la línea aérea para dirigirse al lugar donde se encuentre colocado el aeroplano en el que se hará el viaje o viceversa, así como a consecuencia de ser golpeado por dicho aeroplano.
- II) Mientras se encuentre viajando en vehículo terrestre para la transportación de pasajeros, proporcionado u ordenado directa o indirectamente por tal línea aérea o por la autoridad del aeropuerto y viceversa, inmediatamente antes de la salida anunciada del aeroplano o inmediatamente después de su llegada a ese aeropuerto o para la transportación de pasajeros que se haga necesaria por alguna interrupción o suspensión temporal del servicio por parte de la línea aérea, antes de llegar al punto de destino del vuelo.
- III) Como consecuencia de estar expuesto a los elementos naturales, después de un aterrizaje forzoso o destrucción del aeroplano en que se haga el viaje.
- IV) Mientras se encuentre en algún lugar donde se provea al Asegurado de comida y albergue, siempre que los gastos por estos conceptos sean por cuenta de la línea aérea.
- V) No invalidará este beneficio cualquier cambio en los puntos de salida o de destino del aeroplano en el cual el Asegurado haga el viaje al amparo del boleto de transportación.

VI) En caso de que el Asegurado sea menor de 12 años o esté sujeto a interdicción queda expresamente establecido que se excluye el riesgo de muerte de esta cobertura, la cual comprenderá únicamente las demás indemnizaciones que se mencionan en este beneficio.

VII) Si después de 6 meses de la fecha de desaparición o destrucción de un aeroplano en el cual el Asegurado estuviere viajando, su cuerpo no fuere encontrado, se presumirá que sufrió la pérdida de la vida a consecuencia de lesiones corporales producidas por causas accidentales.

c) Gastos Funerarios.

Este beneficio cubre los gastos funerarios que tengan que hacerse al ocurrir el fallecimiento a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto de cualquier persona asegurada en la póliza, hasta por el límite establecido en la carátula de la póliza.

En caso de muerte del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto en el primer año de vigencia de la póliza o por Enfermedad cubierta a partir del segundo año de vigencia, se cubrirán sus servicios funerarios en aquellas agencias funerarias que cuenten con convenio de Pago Directo con la Compañía, y de existir remanente, éste será pagado en nuestras oficinas, previa comprobación del gasto efectuado, a:

- Los específicamente designados por el Asegurado o, en su defecto;
- A la sucesión.

Para el caso de fallecimiento del Asegurado en el que no se haya dado el Pago Directo a la agencia funeraria, el pago se tendrá que reclamar en la forma tradicional, es decir, por medio de Pago por Reembolso en las oficinas de la Compañía.

Cuando el servicio lo proporcione alguna agencia funeraria con la cual no exista convenio, se considerará lo siguiente:

- i) El pago de servicio se hará por medio de Pago por Reembolso a los Beneficiarios designados.
- ii) Se deberán presentar los documentos necesarios y, además, las facturas originales del servicio.
- iii) La documentación deberá ser entregada en la oficina de la Compañía, para la elaboración del pago respectivo, el cual equivaldrá al monto de las facturas presentadas

por quien acredite haber efectuado el pago, con un límite establecido en la carátula de la póliza.

De existir diferencia, a favor de los Beneficiarios, entre la Suma Asegurada para este beneficio y el monto de las facturas presentadas, ésta será pagada a los Beneficiarios designados por el Asegurado o, en su defecto, a su sucesión.

Para el caso de los menores entre 0 y 12 años de edad sólo se reembolsará el importe de las facturas originales que se presenten por los servicios funerarios y la Suma Asegurada para los menores entre 0 y 12 años de edad no podrá ser superior a (60) salarios mínimos generales mensuales vigentes en el Distrito federal.

#### CONDICIONES GENERALES ADICIONALES PARA EL PAQUETE DE BENEFICIOS ADICIONALES.

Objeto. La Compañía se obliga a pagar los gastos funerarios hasta la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza, mediante el pago de la prima convenida, si algún Asegurado fallece dentro de la vigencia de la póliza.

Suicidio. En caso de muerte por suicidio del Asegurado, cualquiera que haya sido su causa, si se verifica antes de dos años de la celebración del Contrato, la Compañía sólo cubrirá la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

Comprobación del siniestro. La Compañía tiene derecho de solicitar al reclamante toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Pago del beneficio. Se pagará previa comprobación de la muerte del Asegurado, a más tardar treinta días después de la fecha en que la Compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Gastos no cubiertos. El beneficio será nulo cuando el fallecimiento del Asegurado sea a consecuencia de un Accidente o una Enfermedad ocurridos, con fecha anterior a la iniciación de la vigencia de la póliza.

Esta cláusula podrá modificarse únicamente mediante acuerdo entre la Compañía y el Asegurado, que deberá constar por escrito en

---

Endosos o en cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Al hacer uso de este beneficio no se aplicará Deducible ni Coaseguro.

d) Servicios Asistenciales en el extranjero.

1. Disposiciones Previas.

La prestación de este servicio será proporcionado por la Compañía a través de AXA Assistance México, empresa especializada en programas de asistencia en viaje.

1.1 Definiciones.

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula en las presentes Condiciones Generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

a) Accidente:

Todo acontecimiento que provoque daños corporales a una persona física, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y súbita, y que suceda durante la vigencia de la Póliza de Gastos Médicos Mayores.

b) Beneficiario(s):

Los Asegurados de la póliza emitida por la Compañía.

c) \$ U.S. Dólares:

La moneda de curso legal vigente de los Estados Unidos de Norteamérica.

d) Equipo Médico de La Compañía de Asistencia

El personal médico y asistencial apropiado que esté prestando asistencia por cuenta de La Compañía de Asistencia a un Beneficiario.

e) Enfermedad

Cualquier alteración de la salud del Beneficiario de la Póliza, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez después de la fecha de salida en viaje.

f) Familiar en Primer Grado

Padre, madre, cónyuge e hijos de un Beneficiario.

g) Fecha de Inicio

El mismo indicado en la carátula de la póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar.

h) Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar

la prestación de los Servicios de Asistencia.

i) Residencia Permanente

El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario.

j) Servicios de Asistencia

Los servicios que presta La Compañía de Asistencia al Beneficiario, en los términos de estas Condiciones Generales para los casos de una Situación de Asistencia.

k) Situación de Asistencia

Todo Accidente, Enfermedad o Fallecimiento ocurrido al Beneficiario, en los términos y con las limitaciones establecidas en estas Condiciones Generales, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la prestación de los Servicios de Asistencia.

1.2 Territorialidad.

Los Servicios de Asistencia que se mencionan en estas Condiciones Generales, serán válidos en todo el mundo a partir de una distancia de 100 Km del centro de la población de Residencia Permanente del Beneficiario, excepto dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

2. Los Servicios de Asistencia.

ASISTENCIA MÉDICA.

2.1 Gastos Médicos y de Hospitalización.

La Compañía de Asistencia proporcionará y tomará a su cargo los servicios médicos necesarios hasta el límite máximo del equivalente en Moneda Nacional a \$5,000. -U.S Dólares por viaje y hasta el equivalente en Moneda Nacional a \$10,000. -U.S Dólares por año para cada Beneficiario de la Póliza.

Quedan excluidos costos de prótesis, anteojos y lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas «check up» o rutinarias, gastos médicos y de Hospitalización realizados fuera del País de Residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Beneficiario.

2.2 Gastos Dentales.

En el caso de que un Beneficiario sufra problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de urgencia, se proporcionarán los servicios odontológicos de urgencia, hasta un máximo de \$500 U.S. Dólares.

### 2.3 Gastos de Hotel por Convalecencia.

La Compañía de Asistencia pagará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de Alta del Hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y por el Equipo Médico de La Compañía de Asistencia.

Este beneficio está limitado al equivalente en Moneda Nacional a \$100. -U.S. Dólares por día con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos.

### 2.4 Traslado Médico.

En caso de que un Beneficiario sufra una Enfermedad o Accidente tales que el Equipo Médico de La Compañía de Asistencia, en contacto con el Médico que atiende al Beneficiario, recomienden su Hospitalización, la Compañía de Asistencia organizará y pagará:

- a) El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano y si fuera necesario por razones médicas.
- b) El traslado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea comercial o ambulancia) al centro hospitalario más apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que presente el Beneficiario.
- c) Si las condiciones médicas permiten su traslado o repatriación, el Equipo Médico de La Compañía de Asistencia organizará el traslado o repatriación, bajo supervisión médica y en avión de línea comercial, al Hospital o centro médico más cercano a su Residencia Permanente. El Equipo Médico de La Compañía de Asistencia y el Médico tratante tomarán las medidas necesarias para este traslado o repatriación.

### 2.5 Repatriación o Traslado a Domicilio.

Si el Beneficiario, después del tratamiento local, según el criterio del Médico tratante y del Equipo Médico de La Compañía de Asistencia, no puede regresar a su residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, La Compañía de Asistencia organizará su repatriación o traslado por avión de línea comercial y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del Beneficiario, si el que éste tuviera no fuese válido.

### 2.6 Boleto Redondo para un Familiar.

En caso de Hospitalización del Beneficiario y de que su Hospitalización se prevea de una duración superior a 10 (diez) días, La Compañía de Asistencia pondrá a disposición de una persona designada por el Beneficiario un boleto de ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario) a fin de acudir a su lado.

### 2.7 Repatriación en caso de Fallecimiento/ Entierro Local.

En caso de fallecimiento del Beneficiario, La Compañía de Asistencia realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- a) El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario; o,
- b) A petición de los herederos o Representantes del Beneficiario, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso, La Compañía de Asistencia se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de traslado del cuerpo prevista en el apartado anterior.

### 2.8 Regreso Anticipado al Domicilio.

La Compañía de Asistencia organizará y tomará a su cargo los gastos suplementarios para el regreso anticipado del Beneficiario, por avión de línea comercial (Clase Económica), en caso de fallecimiento de un Familiar en Primer Grado, en la ciudad de Residencia Permanente, siempre que no pueda utilizar su boleto original para el regreso.

## ASISTENCIA PERSONAL.

### 2.9 Localización y Reenvío de Equipajes y Efectos Personales.

En el caso de robo o extravío de equipaje o efectos personales del Beneficiario, La Compañía de Asistencia le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su localización. Si los objetos fuesen recuperados, La Compañía de Asistencia se hará cargo de su reenvío hasta el lugar donde se encuentre el Beneficiario o hasta su Residencia Permanente.

### 2.10 Asistencia Administrativa.

En caso de robo o pérdida de documentos esenciales para la continuación del viaje, como son; pasaporte, visa, boletos de avión,



---

etc., La Compañía de Asistencia proveerá de la información necesaria, así como del procedimiento a seguir con las autoridades locales, con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

#### 2.11 Transmisión de Mensajes.

La Compañía de Asistencia se encargará de transmitir a petición del Beneficiario, los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una Situación de Asistencia.

### 3. Obligaciones del Beneficiario.

#### 3.1 Solicitud de Asistencia.

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará por cobrar a la central de alarma de La Compañía de Asistencia, facilitando los datos siguientes:

- a) El lugar donde se encuentra y número de teléfono donde La Compañía de Asistencia podrá contactar con el Beneficiario o su Representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
- b) Su nombre y su número de Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores.
- c) Descripción del problema y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo Médico de La Compañía de Asistencia, tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica para conocer su situación y si tal acceso le es negado por causas imputables al Beneficiario, La Compañía de Asistencia no tendrá ninguna obligación de prestar los Servicios de Asistencia.

#### 3.2 Imposibilidad de Notificación a La Compañía de Asistencia

Los servicios a que se refieren estas Condiciones Generales, configuran la única obligación a cargo de La Compañía de Asistencia, y sólo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas propias Condiciones Generales, dicho Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios; en tal supuesto, La Compañía de Asistencia y de acuerdo con la cláusula 4.3., podrá reembolsar al Beneficiario la suma que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de servicios médicos de Hospitalización. En ningún otro supuesto habrá lugar a Pago por Reembolso.

- a) En caso de peligro de la vida.

En situación de peligro de muerte, el Beneficiario o su Representante deberán actuar siempre con la máxima celeridad para organizar su traslado al Hospital más cercano del lugar donde se haya producido el Accidente o Enfermedad con los medios más inmediatos y apropiados o tomar las medidas más oportunas, y tan pronto como les sea posible contactarán con la central de alarma de La Compañía de Asistencia para notificar la situación.

- b) Hospitalización sin previa notificación a La Compañía de Asistencia.

En caso de Accidente o Enfermedad que conduzca a la Hospitalización del Beneficiario sin previa notificación a La Compañía de Asistencia, el Beneficiario o su Representante, deberán contactar con la central de alarma de La Compañía de Asistencia a más tardar dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al Accidente o inicio de la Enfermedad.

A falta de dicha notificación, La Compañía de Asistencia considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

#### 3.3 Traslado Médico y Repatriación.

En los casos de traslado médico o repatriación y a fin de facilitar una mejor intervención de La Compañía de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberá facilitar:

- a) El nombre, domicilio y número de teléfono del Hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado.
- b) El nombre, domicilio y número de teléfono del Médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del Médico de cabecera que habitualmente atienda al Beneficiario.

El equipo médico de La Compañía de Asistencia o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra, si se negara dicho acceso por causas imputables al Beneficiario, éste perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo Médico de La Compañía de Asistencia decidirá junto con el Médico tratante cuando sea el momento más apropiado para el traslado o repatriación y determinará las fechas y los medios más adecuados para

éstos. En el caso del traslado o repatriación del Beneficiario efectuada por La Compañía de Asistencia, el Beneficiario si está a su alcance, deberá entregar a La Compañía de Asistencia la parte del boleto original de cualquier medio de transporte no utilizada, o el valor del mismo, en compensación del costo de dicho traslado. Si ha lugar, La Compañía de Asistencia devolverá al Beneficiario la diferencia que se produzca una vez deducido el costo del traslado o repatriación.

### 3.4 Normas Generales.

- a) Moderación.  
Al ocurrir el siniestro, el Beneficiario está obligado a ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño (u otras situaciones de asistencia.)
- b) Subrogación.  
La Compañía de Asistencia quedará subrogada, hasta por el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que hayan dado lugar a la prestación de los Servicios de Asistencia.
- c) Personas que prestan los Servicios de Asistencia.  
Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son contratistas independientes de La Compañía de Asistencia por lo que ésta no obstante que será responsable por la prestación de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este Contrato, no será responsable por las deficiencias en que incurran tales personas o establecimientos.
- d) Prescripción de las Reclamaciones.  
Cualquier reclamación relativa a una situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 días naturales posteriores a la fecha en la que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

### Edad.

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación la edad máxima de aceptación es hasta 69 años. Podrán pertenecer a la póliza los Dependientes Económicos del Asegurado Titular.

## 4. Exclusiones.

- 4.1 Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por el Beneficiario en contra de la prescripción del Médico de cabecera o después de sesenta (60) días naturales de viaje, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.**
- 4.2 Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u hospitalario inferior al equivalente en Moneda Nacional a \$50. - U.S. Dólares.**
- 4.3 Con excepción de lo dispuesto en la sección 3.2. (b) de estas Condiciones Generales, el Beneficiario no tendrá derecho a ser reembolsado por La Compañía de Asistencia.**
- 4.4 También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
  - a) Participación directa del Beneficiario en actos criminales.**
  - b) La participación directa del Beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.**
  - c) La participación del Beneficiario en cualquier de competencias o exhibiciones.**
  - d) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
  - e) Cualquier Enfermedad persistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad.**
  - f) Embarazos en los últimos tres meses antes de la «Fecha Probable del Parto», así como éste último y los exámenes prenatales.**
  - g) Trasplante de miembros u órganos de cualquier tipo.**
  - h) Enfermedades, estados patológicos, Accidentes producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos**

- sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.**
- i) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**

El uso del Servicio Asistencial en el extranjero implica la conformidad con el programa suscrito.

Los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

## **5. Cobertura de Dinero en Efectivo (DEf)**

Definiciones.

### **1. Renta Diaria.**

Monto de responsabilidad de la Compañía por día de estancia hospitalaria.

### **2. Periodo de Espera para Renta Diaria.**

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de que el Asegurado ingresa al Hospital hasta que surta efecto esta cobertura.

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrá la siguiente cobertura:

- a) Renta Diaria por Hospitalización: Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto, el Asegurado incurriera en una Hospitalización, mayor a 24 horas, la Compañía pagará la Renta Diaria por cada día de estancia hospitalaria, ajustándola al Periodo de Espera para Renta Diaria

### **3. Limite Máximo de Responsabilidad.**

El límite máximo de responsabilidad a cargo de la Compañía será el monto de la Renta Diaria contratada hasta por 360 días.

Deducible y Coaseguro.

Esta cobertura opera sin la aplicación de Deducible ni Coaseguro.

Edad.

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años, Para la renovación de edad máxima de aceptación es hasta 69 años.

## **Exclusiones adicionales a las citadas en las Condiciones Generales.**

**Adicionalmente a lo estipulado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos, esta cobertura excluye:**

- a) Rentas por Hospitalizaciones a consecuencia de partos, cesáreas así como complicaciones específicas del embarazo, parto o puerperio.**
- b) Rentas por Hospitalizaciones en el territorio extranjero.**

Los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

## **6. Extensión de Cobertura (ExtC)**

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrá la siguiente cobertura:

- a) Respaldo Familiar en caso de Muerte o Invalidez del Solicitante Titular
- b) En caso de que el Solicitante Titular fallezca o se invalide de forma total y permanente, la Compañía renovará automáticamente la póliza bajo las mismas condiciones durante 5 años, pagando así las primas de los Asegurados inscritos en la póliza al momento de ocurrir el siniestro, sin incluir Beneficios Adicionales.

Para efectos de este beneficio se entenderá por invalidez total y permanente:

- I) Para el caso de Asegurados que se encuentran desarrollando actividad que les genere un ingreso, se entenderá como invalidez total y permanente la imposibilidad, como consecuencia de una Enfermedad o Accidente, para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida durante el último año de trabajo. Para los Asegurados que no se encuentren percibiendo un ingreso, se considerará la incapacidad total y permanente, es decir, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de una Enfermedad o Accidente, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.
- II) La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para efectos de este beneficio se entenderá por perdida:

1. De una mano, su separación completa o pérdida irreparable de la función, desde la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo).
  2. De un pie, su separación completa o pérdida irreparable de la función, desde la articulación del tobillo o arriba de ella (hacia la pierna).
  3. De la vista de un ojo, desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo.
- c) Cuando dicho estado haya sido continuo por seis meses, contados a partir de la fecha en que se dictamina el estado de invalidez total y permanente por una institución o Médico especialista en lo sucesivo el “Periodo de Espera”. Este Periodo de Espera no aplica en los casos señalados en el inciso b).

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Contratante o el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de las pruebas que ésta le solicite, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución oficial o Médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un Médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Contratante o el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos aquí estipulados. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Contratante.

Gastos Cubiertos.

Esta cobertura opera para todos los padecimientos cubiertos citados en las presentes Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar, siempre y cuando el padecimiento se origine a partir de la fecha de contratación del presente beneficio adicional.

Edad.

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación la edad máxima de aceptación es hasta los 69 años.

**Exclusiones adicionales a las citadas en las Condiciones Generales.**

**Adicionalmente a lo estipulado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos, esta cobertura excluye:**

**1. Situaciones en las que el Asegurado fallezca o se invalide de forma total y permanente a causa de un Padecimiento Preexistente a la contratación de esta cobertura o en caso de que la causa del siniestro sea un gasto no cubierto por la póliza.**

Los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

#### **7. Incremento en Tabla de Procedimientos Terapéuticos (ITPT)**

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente se obtendrá el siguiente beneficio:

- a) Incremento en la Base de Reembolso:  
Se incrementa la Base de Reembolso al monto estipulado en la carátula de la póliza.

Esta cobertura opera para los gastos descritos en las cláusulas 1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos y 7. Honorarios de Médicos de la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos de las presentes Condiciones Generales, siempre y cuando el padecimiento esté cubierto y que se origine a partir de la fecha de contratación del presente beneficio adicional.

Edad.

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años.

**Exclusiones adicionales a las citadas en las Condiciones Generales.**

**Adicionalmente a lo estipulado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos, esta cobertura excluye:**

**1. El incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos para padecimientos cuyo origen sea previo a la contratación de este beneficio adicional.**

Los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

#### **8. Cobertura de Vida en Vida (VeV)**

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrá la siguiente cobertura:

a) Indemnización por diagnóstico de Enfermedad grave.

En caso de que al Asegurado se le diagnostique cualquiera de las Enfermedades graves descritas a continuación, la Compañía pagará al Asegurado afectado la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio después de transcurrido un Período de Espera de 30 días. Si el Asegurado fallece dentro del periodo de espera antes señalado, se le pagará a los Beneficiarios designados el 50% de la Suma Asegurada contratada.

Enfermedades graves.

1. Infarto al miocardio: necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocado por la reducción de la luz de alguna arteria coronaria y que produzca dolor pectoral, con o sin estados de choque, de insuficiencia cardíaca, de trastornos graves de ritmo o la conducción, asociados a cambios electrocardiográficos típicos y aumento de las enzimas cardíacas en la sangre periférica.

Para el pago de esta cobertura se procederá siempre y cuando:

- El infarto al miocardio haya requerido Hospitalización, cuyos primeros 3 o 4 días fuesen en unidad coronaria o similar y el tratamiento bajo vigilancia de cardiólogo certificado (Cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología).
  - El infarto al miocardio determine incapacidad médica para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
2. Cirugía de las Coronarias: Operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de hemoductos (by-pass) ya sea de las venas o arterias para la revascularización del miocardio. La necesidad de una intervención de este tipo deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria.
  3. Accidente Vascular Cerebral: Cualquiera que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que sean de naturaleza permanente. Se incluye infarto del tejido cerebral, trombosis, hemorragias intracraneales, las subaracnoideas y embolia de fuente extracraneal.
  4. Cáncer: La presencia corporal de células con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y

posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos. Esto incluye, entre otros, leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

5. Insuficiencia Renal: Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que requiere de tratamiento de diálisis.
6. Trasplante de Órganos Mayores: Se cubren únicamente los de corazón, pulmón, hígado y riñón (como receptor).

La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro. Esta cobertura cesará al momento en que el Asegurado presente su reclamación por este beneficio; con ello concluirá también el pago de primas por esta cobertura.

Edad.

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación la edad máxima de aceptación es hasta 69 años.

Suma Asegurada.

La Suma Asegurada se pagará en una sola exhibición y no se reinstala para ningún padecimiento.

Pago de Reclamaciones.

Para que proceda el pago se deberá comprobar que el Asegurado afectado sufre o ha sufrido una Enfermedad de las especificadas para esta Cobertura, a través de una declaración médica o del Médico que le hubiere atendido y con las mismas pruebas y estudios médicos que le sirvieron a los doctores de base para diagnosticar la Enfermedad.

Al confirmar la existencia de alguna de estas Enfermedades se entregará al Asegurado afectado la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza después de un Período de Espera de 30 días naturales continuos. En caso de que el Asegurado falleciere dentro del periodo de espera de 30 días, se pagará a quienes se hayan designado como Beneficiarios, el 50% de la Suma Asegurada contratada por el Asegurado.

---

**Exclusiones adicionales a las citadas en las Condiciones Generales.**

**Adicionalmente a lo estipulado en la sección V. Gastos Médicos Mayores No Cubiertos, esta cobertura excluye:**

- a) Cualquier otro tipo de intervención diferente a la definida en «Cirugía de las Coronarias» de este beneficio adicional como angioplastia o trombólisis.**
- b) Cualquier tipo de cáncer de piel, tumores que sean considerados como premalignos y cualquier clase de cáncer no-invasivo o in-situ a excepción de los melanomas malignos que si están cubiertos.**

Los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

La documentación contractual y la nota técnica que integran el producto Gastos Médicos Tradicional, están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro CNSF-S0048-0195-2010 de fecha 11 de febrero de 2010

## VIII. Relación de Hospitales y Niveles Hospitalarios

Estado Convenios	Ciudad Convenios	Nombre Común	NIVEL
AGUASCALIENTES	AGUASCALIENTES	CARDIO CATH DE AGUASCALIENTES	Superior
		CENTRAL MÉDICO QUIRÚRGICA DE AGUASCALIENTES	Superior
		CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS	Básico
		CENTRO HOSPITALARIO DE AGUASCALIENTES	Superior
		CLÍNICA BIOMATERNA	Superior
		EXCIMER LASER DE AGUASCALIENTES	Superior
		HOSPITAL CARDIOLÓGICA DE AGUASCALIENTES	Superior
		HOSPITAL MIGUEL HIDALGO	Básico
		STAR MÉDICA AGUASCALIENTES	Superior
BAJA CALIFORNIA NORTE	ENSENADA	CARDIOMED	Superior
		ENDOSCOPIA Y ENDOCIRUGÍA DE ENSENADA ( CX. DE CORTA ESTANCIA)	Básico
		HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	Superior
		HOSPITAL VELMAR	Superior
		SANATORIO DEL CARMEN DE ENSENADA	Básico
		UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE B.C. (CX. CORTA ESTANCIA)	Superior
	MEXICALI	CENTRO OFTALMOLÓGICO DR. AGUILAR	Básico
		CLÍNICA DE ESPECIALIDADES INTERNACIONAL DE MEXICALI	Superior
		HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO	Básico
		HOSPITAL ALMATER	Superior
		HOSPITAL DE LA MUJER	Básico
		HOSPITAL SAN ÁNGEL	Básico
		HOSPITAL SIGLO VEINTIUNO	Superior
		INSTITUTO DE OJOS	Básico
		SANATORIO SANTA CATALINA DE BAJA CALIFORNIA	Superior
	TECATE	CLÍNICA HOSPITAL SANTA CATALINA DE TECATE	Superior
	TIJUANA	CENTRO MÉDICO EXCEL	Superior
		CENTRO MÉDICO FLORENCE	Superior
		CLÍNICA DE CIRUGÍA Y EMERGENCIAS (CX. AMBULATORIA)	Básico
		CLÍNICA DE OJOS DE TIJUANA	Superior
		CLÍNICA MEDICAL EXPRESS	Básico
		CLÍNICA ROBSAN	Básico
		DEL REAL MÉDICA	Superior
		HOSPITAL ÁNGELES DE TIJUANA	Superior
		HOSPITAL CENTRO MÉDICO NOVA	Superior
		HOSPITAL CHIPSA	Superior
		HOSPITAL DE LOS ARCÁNGELES	Superior
HOSPITAL DEL CARMEN		Superior	
HOSPITAL DEL PRADO		Superior	

Estado Convenios	Ciudad Convenios	Nombre Común	NIVEL
BAJA CALIFORNIA NORTE	TIJUANA	HOSPITAL GUZMÁN	Básico
		HOSPITAL OASIS	Superior
		HOSPITAL VIDA	Básico
		INDELI DE TIJUANA	Superior
		INSTITUTO DE OFTALMOLOGÍA DE BAJA CALIFORNIA	Básico
		INSTITUTO IMER DE TIJUANA (CX. CORTA ESTANCIA)	Superior
		SANATORIO SAN FRANCISCO DE TIJUANA	Superior
BAJA CALIFORNIA SUR	CABO SAN LUCAS	CENTRO MÉDICO CABO SAN LUCAS	Superior
		CLÍNICA DE ESPECIALIDADES	Superior
		HOSPITAL AMERIMED CABO SAN LUCAS	Superior
	LA PAZ	CENTRAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE LA PAZ	Superior
	SAN JOSÉ DEL CABO	CLÍNICA SAN JOSÉ	Superior
		HOSPITAL AMERIMED SAN JOSÉ DEL CABO	Superior
		NORTH AMERICAN HOSPITAL AND CLINICS	Básico
CAMPECHE	CAMPECHE	HOSPITAL DR. MANUEL CAMPOS	Superior
		SANATORIO Y CLÍNICA CAMPECHE	Superior
	CIUDAD DEL CARMEN	CENTRO MÉDICO CARMEN	Superior
		CLÍNICA SAN MIGUEL	Superior
CHIAPAS	TAPACHULA	CLÍNICA DEL SOCORRO	Superior
		CLÍNICA GUADALUPE	Básico
		HOSPITAL METROPOLITANO DEL SUR	Superior
		SANATORIO LOURDES	Superior
		SANATORIO SOCONUSCO	Superior
	TUXTLA GUTIERREZ	CENTRO MÉDICO ANA ISABEL	Superior
		CENTRO MÉDICO METROPOLITANO DEL SURESTE	Superior
		SANATORIO ARANDA GONZÁLEZ	Superior
		SANATORIO MUÑOA (GRUPO DIAGNOSCENTRO)	Superior
		SANATORIO PAREDES ZENTENO	Superior
		SANATORIO PEREZ FERNÁNDEZ	Superior
		SANATORIO ROJAS	Superior
		CHIHUAHUA	CHIHUAHUA
CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE	Superior		
CLÍNICA CUMBRES DE CHIHUAHUA	Básico		
CLÍNICA DE LA MUJER DE CHIHUAHUA	Básico		
CLÍNICA DEL CENTRO	Superior		
CLÍNICA DEL REAL SAN FELIPE	Básico		
CLÍNICA PANAMERICANA	Básico		
CLÍNICA SELECTA	Básico		
CLÍNICA UNIVERSIDAD	Básico		
GRUPO VISIÓN LASER DE CHIHUAHUA	Básico		
HOSPITAL CIMA CHIHUAHUA	Superior		
SANATORIO PALMORE	Básico		
SANATORIO Y MATERNIDAD LA LUZ	Básico		



Estado Convenios	Ciudad Convenios	Nombre Común	NIVEL
CHIHUAHUA	CHIHUAHUA	SERVICIOS ONCOLÓGICOS DE CHIHUAHUA	Superior
		UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA SAN FELIPE	Básico
		VISTA LASSER DE CHIHUAHUA (CX. CORTA ESTANCIA)	Básico
	CIUDAD CAMARGO	CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DEL CONCHOS	Básico
		CLÍNICA SANTA CLARA	Básico
	CIUDAD CUAUHTÉMOC	CENTRO CLÍNICO DEL NOROESTE	Básico
		CENTRO DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER	Básico
		HOSPITAL MÉDICA SIERRA	Básico
		HOSPITAL PEDIÁTRICO / S.O.S PEDIÁTRICO	Básico
	CIUDAD DELICIAS	CLÍNICA DELICIAS	Básico
		CLÍNICA MATERNIDAD CONCHITA	Básico
	CIUDAD JUÁREZ	ALEGRETO LASER CENTER	Básico
		ARIS VISION INSTITUTE DE CD. JUÁREZ (CX.CORTA ESTANCIA)	Básico
		CENTRO DE SALUD ESPECIALIZADO EN BIOTECNOLOGÍA APLICADA	Básico
		CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE CIUDAD JUÁREZ	Superior
		HOSPITAL DEL SOL	Básico
		HOSPITAL GUERNIKA	Básico
		HOSPITAL MÉDICA SUR	Básico
		KLARHET LASER (CX. CORTA ESTANCIA OFTALMOLÓGICA)	Básico
		NUCLEO HOSPITALARIO MED	Básico
		HOSPITAL ÁNGELES JUÁREZ	Superior
		POLIPLAZA MÉDICA	Básico
		STAR MÉDICA CD. JUÁREZ	Superior
	HIDALGO DEL PARRAL	CLÍNICA HINOJOS DE ESPECIALIDADES	Básico
		HOSPITAL DE JESÚS	Básico
	NUEVO CASAS GRANDES	CENTRO MÉDICO MADERO	Básico
COAHUILA	CIUDAD ACUÑA	CLÍNICA HOSPITAL EJEZA	Superior
		HOSPITAL NARVÁEZ	Básico
	CIUDAD SABINAS	CLÍNICA DE LA MUJER S.A. (CIUDAD SABINAS)	Básico
		MÉDICOS ESPECIALISTAS ASOCIADOS DE LA REGIÓN CARBONIFERA S.A	Básico
	MONCLOVA	CENTRO MÉDICO SEMMA	Básico
		HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE MONCLOVA	Básico
		HOSPITAL SAN JOSÉ DE MONCLOVA	Superior
	NUEVA ROSITA	CENTRO MÉDICO Z' CRUZ	Básico
	PIEDRAS NEGRAS	CLÍNICA DE ESPECIALISTAS	Superior
		CLÍNICA MÉXICO	Básico
	SALTILLO	CENTRO DE ESTUDIOS OFTALMOLÓGICOS LASER DE SALTILLO (CX.AMB)	Superior
		CHRISTUS MUGUERZA SALTILLO	Superior
		CLÍNICA QUIRÚRGICA DE LA CONCEPCIÓN	Superior
		EXCIMER LASER DE SALTILLO ( CX. CORTA ESTANCIA)	Superior
HOSPITAL LA ROSITA		Superior	

Estado Convenios	Ciudad Convenios	Nombre Común	NIVEL
COAHUILA	TORREÓN	BENEFICENCIA ESPAÑOLA DE LA LAGUNA	Superior
		CENTRO MÉDICO DE LA MUJER WOMEN'S HEALTH CARE	Superior
		CLÍNICA AMISTAD	Superior
		HOSPITAL CLUB DE LEONES	Superior
		HOSPITAL LOS ÁNGELES DE TORREÓN	Superior
		INSTITUTO DE LA VISIÓN	Superior
COLIMA	COLIMA	CENTRO MÉDICO DE COLIMA	Básico
		CLÍNICA CÓRDOBA	Básico
		CLÍNICA GUADALUPANA	Superior
	VILLA DE ÁLVAREZ	CENTRO HOSPITALARIO UNIÓN	Básico
MANZANILLO	CENTRO MÉDICO ECHAURI	Básico	
DISTRITO FEDERAL	ALVARO OBREGÓN	FUNDACIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA CONDE DE VALENCIANA	Superior
		HOSPITAL ABC	Magno
		HOSPITAL LOS CEDROS	Superior
		HOSPITAL SAN ÁNGEL INN	Superior
	BENITO JUÁREZ	CIRUGÍA DEL VALLE	Superior
		HOSPITAL INFANTIL PRIVADO	Superior
		INSTITUTO MÉDICO DE LA VISIÓN	Superior
	COYOACÁN	HOSPITAL HMG COYOACÁN	Superior
		HOSPITAL MERLOS	Superior
	CUAJIMALPA	HOSPITAL ABC SANTA FE	Magno
	CUAUHTÉMOC	CENTRO MÉDICO DALINDE	Superior
		CLÍNICA ÁNGELES LONDRES	Magno
		HOSPITAL ÁNGELES METROPOLITANO	Superior
		HOSPITAL MARÍA JOSÉ	Superior
		HOSPITAL SAN ÁNGEL INN CHAPULTEPEC	Superior
		HOSPITAL SANTA FE	Superior
		HOSPITAL ÁNGELES SANTELENA	Superior
		MÉDICA LONDRES	Superior
		MÉDICA SAN LUIS	Superior
		SANATORIO DURANGO	Magno
		SANATORIO OFTALMOLÓGICO MÉRIDA	Superior
		SANATORIO TRINIDAD	Superior
	GUSTAVO A. MADERO	HOSPITAL ÁNGELES LINDAVISTA	Magno
		HOSPITAL GUADALUPE	Superior
		HOSPITAL MÉDICA INTEGRAL	Superior
	IZTAPALAPA	OFTALMOLÓGICA SUR	Superior
	MAGDALENA CONTRERAS	HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL	Magno
	MIGUEL HIDALGO	HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO	Superior
		HOSPITAL ÁNGELES MOCEL	Magno
		HOSPITAL ESPAÑOL MÉXICO	Magno
		HOSPITAL SANTA MÓNICA (ATENCIÓN GINECOLÓGICA)	Superior

Estado Convenios	Ciudad Convenios	Nombre Común	NIVEL
DISTRITO FEDERAL	MIGUEL HIDALGO	HOSPITAL SANTA TERESA	Superior
		LASER OCULAR LOMAS	Superior
		LOMAS SPORTS CLINIC AMBULATORIAS	Magno
		VISION CARE	Superior
		WTC SPORTS CLINIC AMBULATORIAS	Magno
	TLALPAN	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR	Superior
		INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	Superior
		INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELAS	Superior
		MÉDICA SUR	Magno
		HOSPITAL CAMI	Superior
DURANGO	DURANGO	CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO DEL GUADIANA	Básico
		HOSPITAL DE LA PAZ	Básico
		HOSPITAL MMG	Básico
		HOSPITAL REFORMA	Básico
		HOSPITAL SAN JORGE	Básico
		URGENCIAS CARDIOVASCULARES "CHEST PAIN CENTER"	Básico
	GÓMEZ PALACIO	SANATORIO SAN JOSÉ	Básico
ESTADO DE MÉXICO	HUIXQUILUCAN	HOSPITAL ÁNGELES DE LAS LOMAS	Magno
	METEPEC	CENTRO MÉDICO DE TOLUCA	Superior
	NAUCALPAN DE JUÁREZ	HOSPITAL CIUDAD SATÉLITE	Magno
		HOSPITAL SAN JOSÉ SATÉLITE	Superior
		ISEME INTEGRACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS (CX. CORTA ESTANCIA)	Básico
	TEXCOCO	CENTRO PERINATOLÓGICO	Básico
	TLALNEPANTLA	CLÍNICA JANALO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE CORTA ESTANCIA	Básico
	TOLUCA	CENTRAL QUIRÚRGICA SAN RICARDO	Básico
		MÉDICA SAN ÁNGEL	Básico
		SANATORIO FLORENCIA	Superior
SANATORIO TOLUCA		Básico	
GUANAJUATO	CELAYA	CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE CELAYA	Básico
		CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO DE CELAYA	Superior
		CLÍNICA HUMAN ATENCIÓN	Básico
		HOSPITAL SAN JOSÉ CELAYA	Superior
		HOSPITAL SANTA FE DE CELAYA	Superior
		SANATORIO CELAYA	Básico
		SANATORIO GUADALUPANO DE CELAYA	Superior
		CENTRO HOSPITALARIO MAC	Superior
	IRAPUATO	LASIK BAJIO. ( CX. OFTALMOLÓGICA CORTA ESTANCIA)	Superior
		SANATORIO SANTA TERESA DE IRAPUATO	Básico
		TORRE MÉDICA DE IRAPUATO	Básico
		HOSPITAL MÉDICA INSURGENTES	Básico

Estado Convenios	Ciudad Convenios	Nombre Común	NIVEL
GUANAJUATO	LEÓN	CMQ HOSPITAL LEÓN	Básico
		CLÍNICA SIENA	Superior
		HOSPITAL ÁNGELES DE LEÓN	Superior
		HOSPITAL ARANDA DE LA PARRA	Superior
		HOSPITAL MÉDICA CAMPESTRE	Superior
		SANATORIO MODERNO PABLO ANDA	Básico
	MOROLEÓN	HOSPITAL LOS ALAMOS	Básico
	SALAMANCA	CLÍNICA MÉDICA INTEGRAL	Básico
GUERRERO	ACAPULCO	HOSPITAL DEL PACÍFICO	Superior
		HOSPITAL PRIVADO MAGALLANES	Superior
		SANATORIO DEL SAGRADO CORAZÓN DE ACAPULCO	Básico
		SANATORIO DEL SAGRADO CORAZÓN	Básico
HIDALGO	PACHUCA	HOSPITAL ESPAÑOL PACHUCA	Superior
		INTERMÉDICA PACHUCA	Superior
	TULA DE ALLENDE	SANATORIO DR.CERVANTES	Superior
	TULANCINGO	HOSPITAL TULANCINGO	Básico
JALISCO	ARANDAS	CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DE ARANDAS	Básico
	CIUDAD GUZMÁN	SANATORIO SAN JOSÉ	Básico
	GUADALAJARA	CLÍNICA SAN PABLO	Superior
		HOSPITAL ÁNGELES DEL CARMEN GUADALAJARA	Superior
		HOSPITAL BERNARDETTE	Básico
		HOSPITAL DEL COUNTRY	Básico
		HOSPITAL FELMAN	Básico
		HOSPITAL LOMAS PROVIDENCIA	Superior
		HOSPITAL MÉXICO AMERICANO	Superior
		HOSPITAL SAN JAVIER	Superior
	HOSPITAL VALLARTA	Básico	
	OCOTLÁN	HOSPITAL MARÍA ISABEL	Básico
	PUERTO VALLARTA	AMERI MED PUERTO VALLARTA	Superior
		HOSPITAL CMQ DE VALLARTA	Superior
		HOSPITAL CORNERSTONE VALLARTA	Superior
		HOSPITAL MEDASIST VALLARTA	Superior
		HOSPITAL SAN JAVIER MARINA	Superior
	TEPATITLÁN	CENTRO MÉDICO EL ALTEÑO	Básico
	ZAPOPAN	CENTRO CARDIOVASCULAR PUERTA DE HIERRO (CX. CORTA ESTANCIA)	Superior
		CENTRO MÉDICO PUERTA DE HIERRO	Superior
CLÍNICA GALILEO		Básico	
HOSPITAL DR. ÁNGEL LEAÑO		Superior	
HOSPITAL REAL DE SAN JOSÉ		Superior	
HOSPITAL SANTA MARÍA CHAPALITA		Básico	
JARDINES HOSPITAL DE ESPECIALIDADES		Básico	
LASER E INSTRUMENTOS MÉDICOS UNIVERSIDAD		Básico	

Estado Convenios	Ciudad Convenios	Nombre Común	NIVEL
MICHOACÁN	LAZARO CÁRDENAS	FATIMA CLÍNICA	Superior
	MORELIA	HOSPITAL MEMORIAL	Superior
		SANATORIO LA LUZ	Superior
		STAR MÉDICA MORELIA	Superior
	URUAPAN	ESPECIALISTAS MÉDICOS DE URUAPAN	Superior
		HOSPITAL FRAY JUAN DE SAN MIGUEL DE URUAPAN	Superior
		INSTITUTO DE ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA (CX. CORTA ESTANCIA)	Básico
	ZAMORA	HOSPITAL SAN JOSÉ DE ZAMORA	Superior
HOSPITAL SANTA MARÍA DE ZAMORA		Superior	
MORELOS	CUAUTLA	CENTRO MÉDICO DEL ÁNGEL	Básico
		CENTRO MÉDICO SAN DIEGO	Superior
	CUERNAVACA	CLÍNICA BORDA	Superior
		HOSPITAL BELLAVISTA DE CUERNAVACA	Superior
		HOSPITAL INOVAMED CUERNAVACA	Superior
		HOSPITAL MORELOS	Superior
		INSTITUTO MEXICANO DE TRASPLANTES	Superior
		SANATORIO HENRI DUNANT	Superior
NAYARIT	TEPIC	REAL SAN FELIPE	Superior
		CENTRO QUIRÚRGICO SAN RAFAEL	Básico
NUEVO LEÓN	CADEREYTA	CENTRO QUIRÚRGICO NOGALAR	Básico
		CLÍNICA Y MATERNIDAD VIRGINIA	Básico
	MONTEMORELOS	HOSPITAL LA CARLOTA DE MONTEMORELOS	Superior
	MONTERREY	CAM LEONES	Superior
		CHRISTUS MUGUERZA CONCHITA	Superior
		CHRISTUS MUGUERZA MONTERREY	Superior
		CHRISTUS MUGUERZA SUR	Superior
		CLÍNICA VITRO	Básico
		GINEQUITO	Superior
		HOSPITAL SAN JOSÉ TEC DE MONTERREY	Superior
		HOSPITAL SANTA ENGRACIA	Superior
		HOSPITAL Y CLÍNICA OCA	Superior
		HOSPITAL SANTA CECILIA DE MONTERREY	Básico
		VISION LASER SAN JOSÉ	Básico
	HOSPITAL Y CENTRO MÉDICO SAN JORGE	Básico	
SAN PEDRO GARZA GARCÍA	LASER EXCIMER DEL GOLFO (CX. CORTA ESTANCIA OFTALMOLÓGICA)	Básico	
OAXACA	OAXACA	HOSPITAL MOLINA	Superior
		HOSPITAL REFORMA	Superior
		CLÍNICA VISIÓN LÁSER	Superior
	SALINA CRUZ	SANATORIO DEL CARMEN	Superior
	TUXTEPEC	CLÍNICA DE ESPECIALIDADES SAN FRANCISCO	Superior
		CLÍNICA SAN JUAN BAUTISTA	Básico
		CLÍNICA TUXTEPEC	Superior
		CLÍNICA DE LA MUJER	Superior

Estado Convenios	Ciudad Convenios	Nombre Común	NIVEL	
PUEBLA	PUEBLA	CENTRAL HOSPITALARIA DE PUEBLA	Superior	
		CHRISTUS MUGUERZA UPAEP	Superior	
		HOSPITAL BETANIA	Superior	
		HOSPITAL ESPAÑOL PUEBLA	Superior	
		OFTALMOLOGÍA LASER DE PUEBLA CX. CORTA ESTANCIA OCULAR	Superior	
		HOSPITAL ÁNGELES DE PUEBLA	Magno	
		HOSPITAL PUEBLA	Superior	
		HOSPITAL MACÍAS	Superior	
		SANATORIO HUMBOLDT DE PUEBLA	Superior	
		UNIDAD HOSPITALARIA LA PAZ	Superior	
	TEHUACÁN	SANATORIO SAGRADO CORAZÓN DE TEHUACÁN	Superior	
	TEZIUTLÁN	HOSPITAL GUADALUPANO UPAEP	Superior	
QUERÉTARO	QUERÉTARO	CLÍNICA MÉDICA Y HOSPITAL SAN JOSÉ	Superior	
		GRUPO HOSPITALES SAN JOSÉ	Superior	
		GRUPO MÉDICO SAN FRANCISCO	Básico	
		HOSPITAL ÁNGELES DE QUERÉTARO	Superior	
		HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ	Superior	
		HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO	Superior	
		MÉDICA TEC 100	Superior	
		SANATORIO DEL SOL	Básico	
	SAN JUAN DEL RÍO	HOSPITAL COSCAMI	Superior	
QUINTANA ROO	CANCÚN	CLÍNICA NAZARETH	Superior	
		HOSPITAL AMAT	Superior	
		HOSPITAL AMERICANO DE CANCÚN	Superior	
		HOSPITAL AMERIMED CANCÚN	Superior	
		HOSPITAL GALENIA	Superior	
		HOSPITEN CANCÚN	Magno	
		QUIRÚRGICA DEL SUR	Superior	
		CHETUMAL	CLÍNICA CARRANZA	Básico
		COZUMEL	CENTRO MÉDICO DE COZUMEL	Superior
			MÉDICA SAN MIGUEL	Superior
	PLAYA DEL CARMEN	HOSPITAL PLAYAMED	Magno	
		HOSPITEN RIVIERA MAYA	Magno	
SAN LUIS POTOSÍ	CIUDAD VALLES	CLÍNICA NUEVA SANTA MARÍA VALLES	Básico	
		SANATORIO METROPOLITANO	Superior	
		SANATORIO SAN JOSÉ DE VALLES	Básico	
		SAN LUIS POTOSÍ	CENTRO MÉDICO DEL POTOSÍ	Superior
			HOSPITAL ÁNGELES SAN LUIS POTOSÍ	Superior
			HOSPITAL ESPAÑOL SAN LUIS POTOSÍ	Superior
			HOSPITAL LOMAS DE SAN LUIS	Superior
			HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD	Superior
			STAR MÉDICA SAN LUIS POTOSÍ	Superior
	VISIÓN LASER SAN LUIS	Superior		
	ESPECIALIDADES MÉDICAS DE LA SALUD	Superior		

Estado Convenios	Ciudad Convenios	Nombre Común	NIVEL
SINALOA	CULIACÁN	CENTRO MÉDICO DE LA MUJER DEL NOROESTE	Superior
		CLÍNICA HOSPITAL CULIACÁN	Superior
		CLÍNICA SANTA MARÍA	Superior
		HOSPITAL ÁNGELES CULIACÁN	Superior
		HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN DR. BERNARDO J. GASTELUM	Superior
		SANATORIO BATIZ RAMOS	Superior
		SANATORIO CEMSI	Superior
	GUAMUCHIL	CENTRO MÉDICO DE GUAMUCHIL	Básico
	GUASAVE	CENTRO MÉDICO GUASAVE	Básico
	LOS MOCHIS	CENTRO MÉDICO DE LOS MOCHIS	Superior
		CLÍNICA DEL VALLE DEL FUERTE	Básico
		HOSPITAL FÁTIMA	Superior
		POLICLINICA DEL PACÍFICO	Básico
		SANATORIO AGRAZ	Superior
	MAZATLÁN	CENTRAL MÉDICA QUIRÚRGICA	Superior
		HOSPITAL CLÍNICA DEL MAR	Básico
		HOSPITAL SHARP MAZATLÁN	Superior
		SANATORIO DE LA DIVINA PROVIDENCIA	Básico
	SONORA	AGUA PRIETA	HOSPITAL ESPAÑOL DEL NOROESTE
HOSPITAL LATINOAMERICANO DE ESPECIALIDADES			Básico
HOSPITAL SAN JOSÉ DEL NOROESTE			Básico
CABORCA		CLÍNICA CANESSI	Básico
		CLÍNICA DE ESPECIALIDADES SANTA FE DE CABORCA	Básico
CIUDAD OBREGÓN		CENTRO MÉDICO SUR SONORA	Básico
		CLÍNICA HOSPITAL SAN JOSÉ DE CIUDAD OBREGÓN	Básico
		MATERNIDAD SAN GERARDO	Básico
		MATERNIDAD SANTA MARGARITA	Básico
		UNIDAD MÉDICA LA PURÍSIMA (UNIDAD DE CX. AMBULATORIA)	Básico
GUAYMAS		DADIVITAN	Básico
HERMOSILLO		ADN-ONCOLOGÍA	Superior
		CENTRO MÉDICO DEL NOROESTE	Superior
		CLÍNICA DE EXCELENCIA EN CIRUGÍA	Superior
		CLÍNICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA	Básico
		CLÍNICA SAN BENITO	Superior
		HOSPITAL CIMA HERMOSILLO	Superior
		HOSPITAL SAN FRANCISCO DE HERMOSILLO	Superior
		HOSPITAL SAN JOSÉ DE HERMOSILLO	Superior
		SANATORIO LICONA	Superior
		SERVICIOS DE SALUD DE SONORA/HOES	Superior
MAGDALENA DE KINO		CLÍNICA DE LA MUJER SAN FRANCISCO	Básico
		CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DR. ERNESTO RIVERA MAGALLÓN	Básico
	HOSPITAL KINO	Básico	
	HOSPITAL SAN FELIPE	Básico	

Estado Convenios	Ciudad Convenios	Nombre Común	NIVEL
SONORA	NAVOJOA	CLÍNICA HOSPITAL SAN JOSÉ DE NAVOJOA	Superior
		SANATORIO LOURDES	Superior
	NOGALES	CENTRO MÉDICO DE SONORA	Superior
		CLÍNICA HOSPITAL KALITEA	Superior
		HOSPITAL DEL SOCORRO DE NOGALES	Básico
	SAN LUIS RÍO COLORADO	CENTRO MÉDICO DEL NOROESTE	Superior
HOSPITAL MIGOO		Básico	
TABASCO	CÁRDENAS	CLÍNICA DEL CARMEN	Superior
	VILLAHERMOSA	CENTRO DE ESPECIALIDADES OFTALMOLÓGICAS DEL SURESTE	Básico
		CLÍNICA A.I.R. MÉDICA 2000	Básico
		CLÍNICA MÉDICA QUIRÚRGICA TABASCO 2000	Básico
		CLÍNICA SANTA CRUZ	Básico
		HOSPITAL ÁNGELES DE VILLAHERMOSA	Superior
		HOSPITAL CERACOM	Básico
		OPERADORA DE CLINICAS SANTA LUCIA	Básico
		GARCIA SOLÓRZANO LUIS	Básico
		HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE	Básico
		HOSPITAL DEL SURESTE	Básico
UNIDAD MÉDICA GUERRERO	Superior		
TAMAULIPAS	CIUDAD VALLE HERMOSO	CLÍNICA DE ESPECIALIDADES SANTA TERESA	Básico
		ESPECIALIDADES MÉDICAS SAN FRANCISCO	Básico
		HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN ÁNGEL DE V.H.	Básico
	CIUDAD VICTORIA	HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD VICTORIA	Básico
		HOSPITAL CIVIL DE CIUDAD VICTORIA	Básico
		HOSPITAL INFANTIL DE CIUDAD VICTORIA	Básico
	MATAMOROS	CENTRO MÉDICO INTERNACIONAL	Superior
		CLÍNICA DE LEÓN Y GARZA	Superior
		HOSPITAL DEL VALLE	Básico
		HOSPITAL GUADALUPE	Básico
		HOSPITAL SAN CHARBEL	Superior
		HOSPITAL Y CENTRO DE ESP. MÉDICO-QUIRÚRGICAS DE MATAMOROS	Superior
		SERVICIOS INTEGRALES DE ARRENDAMIENTO	Básico
	MIGUEL ALEMÁN	HOSPITAL GONZALITOS	Básico
	NUEVO LAREDO	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	Superior
		HOSPITAL SAN JOSÉ	Básico
	REYNOSA	CENTRO DE CIRUGÍA Y GASTROENTEROLOGÍA ENDOSCÓPICA	Básico
		CENTRO GINECOLÓGICO REYNOSA	Superior
		CHRISTUS MUGUERZA REYNOSA	Superior
		CLÍNICA PRADO SUR	Superior
HOSPITAL LAS FUENTES		Superior	
HOSPITAL NUEVA ESPERANZA		Superior	
HOSPITAL REGIONAL DEL RÍO DE REYNOSA	Superior		



Estado Convenios	Ciudad Convenios	Nombre Común	NIVEL
TAMAULIPAS	REYNOSA	HOSPITAL SANTANDER	Superior
		VISIÓN LASER INTERNACIONAL	Básico
	RÍO BRAVO	CENTRO MÉDICO HOSPITALARIO SAN ÁNGEL	Básico
		HOSPITAL DE LAS AMÉRICAS	Superior
		MÉDICA GENESIS	Básico
	TAMPICO	BENEFICENCIA ESPAÑOLA DE TAMPICO	Superior
		CENTRO MÉDICO ALIJADORES	Superior
		CLÍNICA HOSPITAL CEMAIN	Superior
		CLÍNICA MÉDICA SALVE	Superior
		MÉDICA UNIVERSIDAD	Superior
TLAXCALA	APIZACO	HOSPITAL CENTRAL DE APIZACO	Superior
	TLAXCALA	HUMANITAS HOSPITAL DE TLAXCALA	Superior
	HUAMANTLA	HOSPITAL DE JESÚS	Básico
VERACRUZ	BOCA DEL RÍO	HOSPITAL MILLENIUM	Superior
	COATZACOALCOS	HOSPITAL MADISON	Superior
		SANATORIO MAY	Superior
		SEMEDIS	Superior
	CÓRDOBA	SANATORIO HUERTA	Superior
	ORIZABA	HOSPITAL CONCORDIA	Superior
		SANATORIO COVADONGA	Superior
		SANATORIO ESCUDERO	Superior
		SANATORIO REBECA	Superior
	POZA RICA	CENTRO MÉDICO SANTA ELENA	Superior
		HOSPITAL ARCÁNGELES DE POZA RICA	Superior
		HOSPITAL FAUSTO DÁVILA SOLÍS	Superior
		HOSPITAL SAN JOSÉ	Básico
		HOSPITAL SAN JUAN BOSCO	Superior
	TUXPAN DE RODRÍGUEZ CANO	CENTRO MÉDICO TUXPAN	Superior
	VERACRUZ	CLÍNICA CRISTAL	Superior
		CLÍNICA SAN LUIS RAFERA	Superior
		HOSPITAL DE MARÍA	Superior
		HOSPITAL ESPAÑOL VERACRUZ	Superior
		SANATORIO MAREKE	Superior
XALAPA	CENTRO MÉDICO DE XALAPA	Superior	
	SANATORIO SAN FRANCISCO IL POVERELLO	Superior	
YUCATÁN	MÉRIDA	CENTRO CARDIOVASCULAR (CX. CORTA ESTANCIA)	Superior
		CENTRO DE HEMODINAMIA DE LAS AMÉRICAS (CX. CORTA ESTANCIA)	Superior
		CENTRO MÉDICO PENSIONES	Superior
		CLÍNICA C.E.M DEL SURESTE	Superior
		CLÍNICA DE MÉRIDA	Superior
		CLÍNICA DE OJOS VIDERE	Superior
		CMA CENTRO MÉDICO DE LAS AMÉRICAS	Superior

<b>Estado Convenios</b>	<b>Ciudad Convenios</b>	<b>Nombre Común</b>	<b>NIVEL</b>
YUCATÁN	MÉRIDA	GRUPO MÉDICO DE MÉRIDA	Superior
		GRUPO MÉDICO OFTÁLMICO DE YUCATÁN SCP	Superior
		IECO	Superior
		OFTALMÉRIDA (CX. CORTA ESTANCIA)	Superior
		SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS INTEGRADOS	Superior
		STAR MÉDICA MÉRIDA	Superior
ZACATECAS	FRESNILLO	HOSPITAL REAL DE MINAS	Básico
	ZACATECAS	HOSPITAL SAN AGUSTÍN	Básico
		HOSPITAL SAN JOSÉ	Básico
GUATEMALA	GUATEMALA	HOSPITAL MULTIMÉDICA	Superior
		HOSPITAL AMÉRICAS	Superior

Los Prestadores en Convenio citados anteriormente están sujetos a cambios sin previo Aviso.  
 Todos los Hospitales no relacionados en esta lista pertenecen al Nivel Hospitalario Superior

---

## IX. Farmacias incluidas en los Prestadores en Convenio

Razón Social	Nombre Común
FARMACIA GUADALAJARA, S.A. DE C.V.	FARMACIA GUADALAJARA
NUEVA WAL MART DE MÉXICO, S. DE R.L. DE C.V.	WAL MART
PHARMA PLUS, S.A. DE C.V.	FARMACIAS SAN PABLO

Los Prestadores en Convenio citados anteriormente están sujetos a cambios sin previo Aviso.

## X. Laboratorios incluidos en los Prestadores en Convenio

Razón Social	Nombre Común
ACOSTA MARTINEZ ALMA LETICIA	ACOSTA LABORATORIOS
ACOSTA TORRES JORGE	LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO UNI-LAB
ALANÍS RODRÍGUEZ EDUVIGES DOMITILA	LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS
ALMA GARZA GALINDO Y CIA., S.C.	LABORATORIO ALMA GARZA GALINDO
ANÁLISIS CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	ANÁLISIS CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.
ANÁLISIS DBS Y ASOCIADOS, S.C.	ANÁLISIS DBS Y ASOCIADOS, S.C.
ANÁLISIS VALDEZ LIERA, S.A. DE C.V.	ANÁLISIS VALDEZ LIERA
ARMENDARIZ CARLOS CELIA	LABORATORIO QUÍMICO Y DISTRIBUIDORA MÉDICA
AUBANEL Y HERRERA MARTHA ESPERANZA	INVESTIGACION CLÍNICA
BANCO DE SANGRE DE PUEBLA Y SERVICIOS AUXILIARES PARA LA ATENCIÓN	BANCO DE SANGRE DE PUEBLA
BANCO DE SANGRE Y LABORATORIO CLÍNICO DE BC, S. DE R.L. DE C.V.	HAIMA
BIOANALISIS, S.A.	LABORATORIOS MOREIRA
BIOCLÍNICA MÉDICA, S.A. DE C.V.	BIOCLÍNICA MÉDICA
BIOMÉDICA DE REFERENCIA, S.A. DE C.V.	BIOMÉDICA DE REFERENCIA
BORBOLLA ESCOBOSA JOSÉ ANTONIO	LABORATORIO BORBOLLA
CALVARIO GÓMEZ FRANCISCO JAVIER	LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
CARLOS GABRIEL PÉREZ PUENTE	LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS BIOMEX
CEMSI S.A. DE C.V.	CEMSI
CENTRO DE PATOLOGÍA AVANZADA DE SONORA, S.C.	CENTRO DE PATOLOGÍA AVANZADA DE SONORA
CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE CIUDAD JUÁREZ, S.A. DE C.V.	LABORATORIO DEL CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE CIUDAD JUÁREZ
CENTRO UNIÓN DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	CENTRO UNIÓN DE DIAGNÓSTICO S.A DE C.V.
COCOTLE RONZÓN BERTHA ELVIA	ANATOMIA PATOLÓGICA
CORONA MONTIJO GILBERTO	LABORATORIO CORONA
DE LA PEÑA FUENTES MARÍA LETICIA	LABORATORIO ARZAC
DEL VALLE SANTA FE, S.C.	LABORATORIO C-LAB
DIAGNOSCENRO, S.A. DE C.V. (LAB)	LABORATORIO DIAGNOCENRO
DIAGNÓSTICO INTEGRAL DEL CENTRO, S.A. DE C.V.	DIAGNÓSTICO INTEGRAL DEL CENTRO, S.A. DE C.V.
DÍAZ GONZÁLEZ CÉSAR AUGUSTO	LABORATORIO DÍAZ GONZÁLEZ
ESCANDÓN BASICH ERNESTO	ESCANDÓN BASICH ERNERSTO - LABORATORIO
ESPECIALIDADES MÉDICAS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	ESPECIALIDADES MÉDICAS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.
ESTUDIOS CLÍNICOS DR. T.J. ORIARD, S.A.	ESTUDIOS CLÍNICOS DR. T.J. ORIARD
GUERRERO JÁQUEZ JAVIER	LABORATORIO DEL CARMEN DE ENSENADA
HÉCTOR REYES VERÁSTEGUI	LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
HERNÁNDEZ BRAVO FORTINO	PATOLOGÍA QUIRÚRGICA Y CITODIAGNÓSTICO
HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ ARACELI	SANTA ROSA LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

<b>Razón Social</b>	<b>Nombre Común</b>
HERNÁNDEZ Y DE DIEGO JORGE CARLOS	LABORATORIO PRIVADO DE ANÁLISIS CLÍNICOS HERNÁNDEZ DE DIEGO
HERRERA LUEVANO NYDIA MÓNICA	LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS - CLÍNICA DE LA MUJER
IMAGEN DE LA MUJER DE CHIHUAHUA, S.A. DE C.V.	IMAGEN DE LA MUJER DE CHIHUAHUA
INSTITUTO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y RESONANCIAS MAGNÉTICAS	INSTITUTO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y RESONANCIAS MAGNÉTICAS
INVESTIGACION CLÍNICA INTEGRAL, S.A. DE C.V.	VALERIO LABORATORIOS Y BANCO DE SANGRE
LABORATORIO ALFONSO RAMOS, S.A. DE C.V.	LABORATORIO ALFONSO RAMOS
LABORATORIO ALVERNIA, S.A. DE C.V.	LABORATORIO ALVERNIA
LABORATORIO BIOMÉDICO ANACLIN, S.C.	LABORATORIO BIOMÉDICO ANACLIN
LABORATORIO BIOMÉDICOS DE TUXTLA, S.A. DE C.V.	LABORATORIO BIOMÉDICOS DE TUXTLA
LABORATORIO BIO-QUÍMICO LÓPEZ, S.C.	LABORATORIO BIO-QUÍMICO LOPEZ
LABORATORIO BIOQUÍMICO SAN JOSÉ, S.A. DE C.V.	LABORATORIO BIOQUÍMICO SAN JOSÉ
LABORATORIO BIOQUÍMICO SAN JUAN BOSCO, S.C.	LABORATORIO BIOQUÍMICO SAN JUAN BOSCO
LABORATORIO CLÍNICO C.M.Q., S.A. DE C.V.	LABORATORIO CLÍNICO C.M.Q.
LABORATORIO CLÍNICO SAN JOSÉ, S.A. DE C.V.	LABORATORIO CLÍNICO SAN JOSÉ
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS DR. ACER Y DR. DÍAZ, S.A. DE C.V.	LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS DR. ANGER Y DR. DÍAZ
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS NOVA, S.A.	LABORATORIO NOVA
LABORATORIO DE CITOPATOLOGÍA PENINSULAR, S.C.P.	LABORATORIO DE CITOPATOLOGÍA PENINSULAR, S.C.P.
LABORATORIO DE PATOLOGÍA DEL SURESTE BOLIO RODRIGUEZ BOLIO, S.A. DE C.V.	LABORATORIO DE PATOLOGÍA DEL SURESTE
LABORATORIO INTERNACIONAL DE ANÁLISIS CLÍNICOS, S.A. DE C.V.	LABORATORIO INTERNACIONAL DE ANÁLISIS CLÍNICOS
LABORATORIO LE CHAMPS 2000, S.A. DE C.V.	LABORATORIO LE CHAMPS 2000, S.A. DE C.V.
LABORATORIO MÉDICO DEL CHOPO, S.A. DE C.V.	LABORATORIO MÉDICO EL CHOPO, S.A. DE C.V.
LABORATORIO MÉDICO LINFOLAB, S.A. DE C.V.	LABORATORIO MÉDICO LINFOLAB, S.A. DE C.V.
LABORATORIO MÉDICO POLANCO, S.A. DE C.V.	LABORATORIO MÉDICO POLANCO
LABORATORIO NÚÑEZ, S.A. DE C.V.	LABORATORIO NÚÑEZ
LABORATORIO QUÍMICO CLÍNICO AZTECA, S.A. DE C.V.	LABORATORIOS CLÍNICOS AZTECA
LABORATORIO TAMAULIPAS, S.A. DE C.V.	LABORATORIO TAMAULIPAS
LABORATORIOS ACUÑA Y ASOCIADOS, S.C.	LABORATORIOS ACUÑA Y ASOCIADOS
LABORATORIOS BIOANÁLISIS, S.C.	LABORATORIOS EXAKTA
LABORATORIOS BIOSHEM, S.C.	BIOKEM
LABORATORIOS CLÍNICOS CHIHUAHUA, S.A. DE C.V.	LABORATORIOS CLÍNICOS CHIHUAHUA
LABORATORIOS CLÍNICOS DE LEÓN, S.A. DE C.V.	LABORATORIOS CLÍNICOS DE LEÓN
LABORATORIOS CLÍNICOS DE PUEBLA, S.A. DE C.V.	LABORATORIOS CLÍNICOS DE PUEBLA
LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS ESPECIALIZADOS Y DE REFERENCIA	LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS ESPECIALIZADOS Y DE REFERENCIA
LABORATORIOS DORSCH, S.A.	LABORATORIOS DORSCH, S.A.
LABORATORIOS GALINDO, S.C.	LABORATORIOS GALINDO
LABORATORIOS LAGO, S.C.	LABORATORIOS LAGO, S.C.

<b>Razón Social</b>	<b>Nombre Común</b>
LABORATORIOS LISTER CENTRO MÉDICO DE TAMPICO, S.A. DE C.V.	LABORATORIO LISTER
LABORATORIOS UNIÓN, S.A DE C.V.	LABORATORIOS UNIÓN, S.A DE C.V
LABORATORIOS Y RAYOS X, S.C.	LABORATORIOS Y RAYOS X
LAPI, S.A. DE C.V.	LAPI
LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA, S.A. DE C.V.	LISTER LABORATORIO DE REFERENCIA
LÓPEZ VENTURA ENIT	LABORATORIO ENIT-LAB
LOZANO DURAZO ÁLVARO	LABORATORIO LOZANO
LSF AUTOMATIZACIÓN EN ANÁLISIS, S.C.	LABORATORIO SANTA FE
MANZO MOYE JAVIER FEDERICO	LABORATORIO MANZO
MEDICINA TRANSFUSIONAL DE QUERÉTARO, S.A. DE C.V.	MEDICINA TRANSFUSIONAL DE QUERÉTARO, S.A. DE C.V.
MRIMAGEN MÉDICA, S.A. DE C.V.	MRIMAGEN MÉDICA
OPERADORA MSB, S.A. DE C.V.	LABORATORIO CLÍNICO MSB (HOSPITAL MÉDICA SUR)
ORDOÑEZ ESCALANTE KARLA GABRIELA	CENTRO DE PATOLOGÍA DE LAS AMÉRICAS
PATOLOGÍA ESPECIALIZADA, S.C.	PATOLOGÍA ESPECIALIZADA
PRIEGO HERNÁNDEZ GUILLERMO	UNILAB ANÁLISIS CLÍNICOS
PROBIOTIC LABORATORIOS, S.A. DE C.V.	PROBIOTIC LABORATORIOS
QUEST DIAGNOSTICS MÉXICO, S.A. DE C.V.	QUEST DIAGNOSTICS
RED DE LABORATORIOS NACIONALES, S. DE R.L. DE C.V.	LACLICSA
RUIZ MUÑOZ ANA LILIA	LABORATORIOS DE MÉXICO
SÁNCHEZ, GONZÁLEZ Y ASOCIADOS QUÍMICOS BIÓLOGOS, S.C.	LABORATORIO SÁNCHEZ
SALEM BERNAL ISABEL	MICRODIAGNÓSTICOS DE TAMPICO
SAUL ALEJANDRO AHUMADA MONTOYA	LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS FIDEPAZ
SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL SURESTE, S.A. DE C.V.	SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL SURESTE
SIFUENTES MARTÍNEZ LUIS	LABORATORIO SIZA
SISTEMAS DIAGNÓSTICOS 200, S.A. DE C.V.	SISTEMAS DIAGNOSTICOS 200
SISTEMAS MÉDICOS NACIONALES, S.A. DE.C.V.	INTERLAB
THE AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER	LABORATORIO ABC
TORRES GUTIÉRREZ CÉSAR MARTÍN	ESPECIALIDADES MÉDICAS ALDAMA
UNIDAD DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO, S.A.	UNIDAD DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO
UNIDAD DE SERVICIOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA, S.C.	UNIDAD DE PATOLOGÍA CLÍNICA
VALLADARES HERNÁNDEZ ROSA CATALINA	LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y PRUEBAS ESPECIALES DE CAM
VIDRIO TOLEDO GEMA MARCELA	LABORATORIO PLAZA AGUA CALIENTE

Los Prestadores en Convenio citados anteriormente están sujetos a cambios sin previo Aviso.

## XI. Gabinetes incluidos en los Prestadores en Convenio

Razón Social	Nombre Común
AGUILAR DEL VALLE ZAIDA YAZMÍN	DIAGNÓSTICO MÉXICO AMERICANO
BARREDA Y ASOCIADOS RADIOLOGÍA E IMAGEN, S.C.	BARREDA Y ASOCIADOS RADIOLOGÍA E IMAGEN
C.I. DE GUADALAJARA, S. DE R.L. DE C.V.	C.I. DE GUADALAJARA, S. DE R.L. DE C.V.
C.T. SCANNER DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	GRUPO C.T. SCANNER
CALIDAD EN OFTALMOLOGÍA INTEGRAL, S.A. DE C.V.	CALIDAD EN OFTALMOLOGÍA INTEGRAL
CÁRDENAS APARICIO GUSTAVO	UMEULD
CARDIOLINK, S.C.	CARDIOLINK
CARMONA BALANDRANO JOSÉ ENRIQUE	CITOMED
CENTRAL RADIOLÓGICA DE MONTERREY, S.C.	CENTRAL RADIOLÓGICA DE MONTERREY
CENTRO DE APOYO DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	JOSÉ ANTONIO ROJAS BELTRÁN
CENTRO DE CONTINENCIA Y UROLOGÍA INTEGRAL, S.A. DE C.V.	CENTRO DE CONTINENCIA Y UROLOGÍA INTEGRAL
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS, S.A. DE C.V.	CEMAIN
CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL DEL NOROESTE S.A. DE C.V.	CENTRO DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL DEL NOROESTE
CENTRO DE DIAGNÓSTICO NEUROSENSORIAL, S.A. DE C.V.	CENTRO DE DIAGNÓSTICO NEUROSENSORIAL
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES COMPUTARIZADAS DE HIDALGO	CEDICSA
CENTRO DE DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE LA PAZ, S.A DE C.V.	CENTRO DE DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE LA PAZ, S.A DE C.V.
CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN FRANCISCO DE TAMPICO, S.A. DE C.V.	CENTRO DE DIAGNÓSTICO SAN FRANCISCO DE TAMPICO
CENTRO DE ENDOSCOPIA AVANZADA Y LASER GINECOLÓGICO, S.A. DE C.V.	CEALGIN
CENTRO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA, S.C.	REMENTERIA SEMPE JON GURUTZ
CENTRO DE RADIODIAGNÓSTICO COMPUTARIZADO MÉDICO DE TABASCO, S.A. DE C.V.	CENTRO DE RADIODIAGNÓSTICO COMPUTARIZADO MÉDICO DE TABASCO
CENTRO DE RADIODIAGNÓSTICO, S.C.	CENTRO DE RADIODIAGNÓSTICO E IMAGEN
CENTRO MÉDICO DE RADIOLOGÍA Y MÉTODOS DE IMAGEN SIGLO XXI, S.A. DE C.V.	CENTRO MÉDICO DE RADIOLOGÍA Y MÉTODOS DE IMAGEN SIGLO XXI
CENTRO ONCOLÓGICO DE MÉRIDA, S.C.P.	CENTRO ONCOLÓGICO DE MÉRIDA
CENTRO ONCOLÓGICO PRIVADO, S.A. DE C.V.	ONCOLOGÍA RADIANTE
CENTRO RADIOLÓGICO Y ULTRASONIDO OTAY, S.A. DE C.V.	CENTRO RADIOLÓGICO Y ULTRASONIDO OTAY
CLÍNICA DEL NOROESTE, S.A. DE C.V.	CLÍNICA DEL NOROESTE
CORPORATIVO RADIOLÓGICO DE HERMOSILLO, S.A. DE C.V.	CORPORATIVO RADIOLÓGICO DE HERMOSILLO
DE LA ROSA VIEJO MARCOS GUILLERMO	GABINETE DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA
DENSITOMETRÍA DE LAS AMÉRICAS, S.C.P.	DENSITOMETRÍA OSEA
DIAGNOIMÁGENES S.C.	CLIDI
DIAGNOSCENTRO, S.A. DE C.V. (GAB)	GABINETE DIAGNOSCENTRO

<b>Razón Social</b>	<b>Nombre Común</b>
DIAGNÓSTICO DIGITAL RADIOLÓGICO, S.A. DE C.V.	DDR
DIAGNÓSTICO MÉDICO	ANA SOFÍA CASTRO PORTUGAL
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE TABASCO, S.A. DE C.V.	DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE TABASCO, S.A. DE C.V.
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE CIUDAD OBREGÓN, S.A. DE C.V.	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE CIUDAD OBREGÓN , S.A DE C.V.
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE HERMOSILLO, S.A. DE C.V.	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE HERMOSILLO, S.A DE C.V.
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE NOGALES, S.A. DE C.V.	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE NOGALES
DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE ENSENADA, S.A. DE C.V.	BURBOA RADIÓLOGOS
DIAGNOSTICOS POR IMAGEN DE MAZATLAN, S.C.	DIAGNOSTICOS POR IMAGEN DE MAZATLAN
ELECTRODIAGNÓSTICO DEL SURESTE, S.C.P.	ELECTRODIAGNÓSTICO DEL SURESTE
ENDODIAGNÓSTICA, S.C.	ENDODIAGNÓSTICA, S.C.
ESPECIALIDADES NEUROLÓGICAS Y CLÍNICA DE EPILEPSIA, S.C.	ESPECIALIDADES NEUROLÓGICAS Y CLÍNICA DE EPILEPSIA
ESTAPEDIA S.C.	ESTAPEDIA
GABINETE DE DIAGNÓSTICO DE CHETUMAL, S.DE R.L. DE C.V	GABINETE DE DIAGNÓSTICO DE CHETUMAL, S. DE R.L. DE C.V.
GABINETE DE RADIODIAGNÓSTICO E IMÁGENES SANTA TERESA, S.A. DE C.V.	GABINETE DE RADIODIAGNÓSTICO E IMÁGENES SANTA TERESA, S.A. DE C.V.
GABINETE MOCHIS, S.A. DE C.V.	GABINETE MOCHIS, S.A. DE C.V.
GABINETE ULTRASONOGRÁFICO S.A. DE C.V.	GABINETE ULTRASONOGRÁFICO
GRUPO INTEGRAL DE SALUD SAN ANGEL, S.C.	GISSA (GABINETE DE CARDIOLOGÍA)
GUILLÉN Y ÁLVAREZ ANA MARÍA	RAYOS X Y ULTRASONIDO SIERRA NEVADA
HUERTA DÍAZ ENRIQUE	GABINETE DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA
IMAGEN CLÍNICA EXPRESS,S.C.	IMAGEN CLÍNICA EXPRESS,S.C.
IMAGEN CLÍNICA, S.A. DE C.V.	IMAGEN CLÍNICA
IMAGEN DIAGNÓSTICA DE POZA RICA, S.A. DE C.V.	IMAGEN DIAGNÓSTICA DE POZA RICA, S.A. DE C.V.
IMAGEN DIGITAL COMPUTADA GEL-TON, S.A. DE C.V.	IMAGEN DIGITAL COMPUTADA GEL-TON
IMAGEN DIGITAL PARA EL DIAGNÓSTICO, S.C.	CENTRO DE IMAGENOLOGÍA
IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA, S.A. DE C.V.	IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA
IMAGEN RADIOLÓGICA INTEGRAL,S.A. DE C.V.	IMAGEN RADIOLÓGICA INTEGRAL
IMAGEN Y DIAGNÓSTICO MÉDICO ESPECIALIZADO, S.A. DE C.V.	IMAGEN Y DIAGNÓSTICO MÉDICO ESPECIALIZADO
IMÁGENES DE NORTEAMÉRICA INA, S. DE R.L.	IMÁGENES DE NORTEAMÉRICA INA, S. DE R.L.
IMAGENOLOGÍA DIAGNÓSTICA, S.A. DE C.V	CARE
LABORATORIO DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA, S.A.	LABORATORIO DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA, S.A.
LABORATORIO QUÍMICO CLÍNICO AZTECA, S.A. DE C.V.	LABORATORIOS CLÍNICOS AZTECA
LEÓN TOMOGRAFÍA, S.A. DE C.V.	LEÓN TOMOGRAFÍA
LOPEZ CORDERO Y ASOCIADOS, S.A. DE C.V.	LÓPEZ CORDERO Y ASOCIADOS
MARTÍNEZ VILLAR CARLOS	GABINETE DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA
MASTOGRAFÍA Y RADIOLOGÍA ESPECIALIZADA, S.A. DE C.V.	MASTOGRAFÍA Y RADIOLOGÍA ESPECIALIZADA
MASTOGRÁFICA DE MÉRIDA, S.A. DE C.V.	MASTOGRÁFICA DE MÉRIDA
MEDICINA NUCLEAR PENINSULAR, S.C.P.	MEDICINA NUCLEAR PENINSULAR



<b>Razón Social</b>	<b>Nombre Común</b>
MORENO GONZÁLEZ PEDRO	PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DIAGNÓSTICA
MULTISERVICIOS OFTALMOLÓGICOS DEL BAJÍO, S.A. DE C.V.	MULTISERVICIOS OFTALMOLÓGICOS DEL BAJÍO, S.A. DE C.V.
MUÑOZ Y DE LA BARRERA, S.C.	RADIOLOGÍA E IMAGEN
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA DE PUEBLA, S.C.	NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA DE PUEBLA
NÚCLEO RADIOLÓGICO, S.A. DE C.V.	NÚCLEO RADIOLÓGICO
OBISPADO CENTRAL DE RADIOLOGÍA E IMAGEN, S.C.	OBISPADO CENTRAL DE RADIOLOGÍA E IMAGEN
ONCOLOGÍA Y ESPECIALIDADES DE MONTERREY S.C.	OEM
ORTOPEDIA MADERO, S.C.	ORTOPEDIA MADERO
PROMOTORA POBLANA DE LA SALUD, S.A. DE C.V.	HOSPITAL PUEBLA
QUÍMICA SALVA, S.A. DE C.V.	QUÍMICA SALVA, S.A. DE C.V.
RADIODIAGNÓSTICO Y ULTRASONIDO LA FLORIDA, S.C.	RADIODIAGNÓSTICO Y ULTRASONIDO LA FLORIDA
RADIOIMAGEN INTEGRAL, S.A. DE C.V.	RADIOIMAGEN INTEGRAL, S.A. DE C.V.
RADIOLOGÍA DE POLIPLAZA MÉDICA, S.A. DE C.V.	RADIOLOGÍA DE POLIPLAZA MÉDICA
RADIOLOGÍA E IMAGEN DE COZUMEL, S.A. DE C.V.	RADIOLOGÍA E IMAGEN DE COZUMEL, S.A. DE C.V.
RADIOLOGÍA INTEGRAL DE MEXICALI, S.C.	RADIOLOGÍA INTEGRAL DE MEXICALI
RADIOLOGÍA Y TOMOGRAFÍA DE BC, S.A. DE C.V.	RADIOLOGÍA Y TOMOGRAFÍA DE BC, S.A. DE C.V.
RADIOLOGÍA Y ULTRASONIDO SAN JOSE, S.A. DE C.V.	RADIOLOGÍA Y ULTRASONIDO SAN JOSE
RADIOLOGÍA Y ULTRASONIDO, S.C.P.	RADIOLOGÍA Y ULTRASONIDO, S.C.P.
RADIOLÓGICA DEL NOROESTE, S.C.	RADIOLÓGICA DEL NOROESTE, S.C.
RAYOS X INTEGRADOS, S.A. DE C.V.	RAYOS X INTEGRADOS
RAYOS X MIG, S.C.	RAYOS X MIG, S.C.
RESONANCIA MAGNÉTICA DE LAS AMÉRICAS, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE LAS AMÉRICAS, S.A. DE C.V.
RESONANCIA MAGNÉTICA DE MEXICALI, S.C.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MEXICALI
RESONANCIA MAGNÉTICA DEL CENTRO, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL CENTRO
RESONANCIA MAGNÉTICA DEL SURESTE, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL SURESTE, S.A. DE C.V.
ROJAS HERRERA ENRIQUE	ULTRASONIDO E IMAGEN TRIDIMENSIONAL
SÁENZ LABRA JUAN FRANCISCO ALBERTO	SÁENZ LABRA JUAN FRANCISCO ALBERTO
SALDAÑA HUERTA JAIME ANTONIO	RAYOS X LUCERNA
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO
SERVICIOS GLOBALES EN CARDIOLOGÍA, S.A. DE C.V.	CARDIO CHECK
SERVICIOS IMAGENOLÓGICOS DE OCCIDENTE, S.A. DE C.V.	GRUPO RÍO
SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADO POR IMAGEN, S.C.	DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO POR IMAGEN
SOTO ÁLVAREZ CARLOS	GABINETE DEL HOSPITAL PRIVADO MAGALLANES
TELERESONANCIA DE JALISCO S.A. DE C.V.	GABINETE DOCTORES BAÑUELOS
THE AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER, I.A.P.	GABINETE ABC
TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PUEBLA, S.A. DE C.V.	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PUEBLA
TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y ULTRASONIDO DOCTORES BAÑUELOS, S.A. DE C.V.	BAÑUELOS RADIÓLOGOS
TOMOGRAFÍA COMPUTADA, S.A.	TOMOGRAFÍA COMPUTADA, S.A.
TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DEL SURESTE, S.A. DE C.V.	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DEL SURESTE

<b>Razón Social</b>	<b>Nombre Común</b>
ULTRASON, S.A. DE C.V.	VISIÓN DIAGNÓSTICA
ULTRASONIDO DIAGNÓSTICO PABLO DE ANDA, S.A. DE C.V.	ULTRASONIDO DIAGNÓSTICO PABLO DE ANDA, S.A. DE C.V.
UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO LÓPEZ ORTIZ Y COMPAÑÍA, S.A. DE C.V.	UDR LÓPEZ ORTIZ Y CIA. RADIOLOGÍA E IMAGEN
UNIDAD DE DIAGNÓSTICOS DEL HUMAYA, S.A. DE C.V.	UNIDAD DE DIAGNÓSTICOS DEL HUMAYA
UNIDAD DE NEUROCIENCIAS DEL CENTRO, S.C.	UNIDAD DE NEUROCIENCIAS DEL CENTRO
UNIDAD TOMOGRÁFICA DE PUEBLA, S.A. DE C.V.	UNIDAD TOMOGRÁFICA DE PUEBLA
UNIDAD TOMOGRÁFICA DE PUEBLA, S.A. DE C.V.	UNIDAD TOMOGRÁFICA DE PUEBLA

Los Prestadores en Convenio citados anteriormente están sujetos a cambios sin previo Aviso.

## XII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos

La siguiente tabla indica el porcentaje a considerar para el Monto por Procedimiento Terapéutico y la clasificación de los casos en segmentos.

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>ABDOMEN</b>		
22900	Excisión de tumor de pared abdominal, subfacial (ej. fibroma duro).	17.1
<b>ABDOMEN (PERITONEO)</b>		
49010	Exploración retroperitoneal, con o sin toma de biopsia.	38.0
49020	Drenaje de absceso peritoneal o peritonitis localizada, excepto absceso apendicular.	34.3
49040	Drenaje de absceso subfrénico o subdiafragmático.	40.2
49080	Peritoneocentesis, paracentesis abdominal o lavado peritoneal diagnóstico o terapéutico.	46.4
49200	Excisión o destrucción por cualquier método de tumoraciones, quistes o endometriomas intraabdominal o retroperitoneal.	41.8
49420	Colocación de canula o catéter intraperitoneal para drenaje o diálisis temporal.	11.6
49421	Colocación de canula intraperitoneal para diálisis permanente.	11.6
<b>AMPUTACIÓN MUSLO</b>		
27590	Amputación de muslo, cualquier nivel.	54.3
27598	Desarticulación de rodilla.	54.3
<b>AMPUTACIÓN DE MANOS Y DEDOS</b>		
26951	Amputación de dedo o pulgar (cada dedo), incluye neurectomías.	28.0
<b>AMPUTACIÓN DE PIE</b>		
28800	Amputación de pie, mediotarsal.	51.2
28810	Amputación metatarsal.	35.5
28820	Amputación en articulación metatarsofalángica.	35.5
28825	Amputación en articulación interfalángica del pie.	24.9
<b>AMPUTACIÓN DE PIERNA Y TOBILLO</b>		
27880	Amputación de pierna a nivel de tibia y peroné.	46.4
27889	Desarticulación de tobillo.	46.4
27894	Fasciotomía descompresiva de pierna, compartimento anterior y/o lateral y posterior con debridación de músculos y/o nervios.	48.5
<b>ANO</b>		
11770	Excisión de quiste pilonidal, simple.	15.7
11771	Excisión de quiste pilonidal extenso.	23.6
11772	Excisión de quiste pilonidal complicado.	25.7
46040	Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal y/o perirrectal.	13.2
46050	Incisión y drenaje de absceso perianal.	6.1
46060	Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal o intramural, con fistulectomía o fisulotomía submuscular.	27.5
46200	Fisurectomía con o sin esfinterectomía.	23.9

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
46210	Criptectomía.	10.6
46220	Papilectomía o excisión de pólipo fibrocutáneo de ano.	10.6
46221	Hemorroidectomía por ligadura simple.	35.1
46250	Hemorroidectomía externa. Excisión de múltiples apéndices y/o papilas hemorroidales externas.	35.1
46255	Hemorroidectomía externa e interna.	40.4
46257	Hemorroidectomía con fisurectomía.	35.1
46258	Hemorroidectomía con fistulectomía, con o sin fisurectomía.	39.1
46270	Tratamiento quirúrgico de fístula anal subcutánea (fistulectomía/fistulotomía).	35.1
46275	Tratamiento quirúrgico de fístula anal submuscular.	35.1
46320	Excisión de hemorroide externa trombótica.	35.1
46700	Anoplastia.	92.9
46715	Corrección de ano imperforado bajo, con fístula ano perineal.	92.9
46730	Corrección de ano imperforado alto, sin fístula, abordaje perineal o sacroperineal.	92.9
46750	Esfinteroplastia anal por incontinencia o prolapso del adulto.	92.9
46900	Destrucción química de lesión(es) de ano (p. ej. condilomas, papilomas, etc.).	5.9
46910	Destrucción de lesión(es) de ano por electrodeshidratación. (p. ej.condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética).	5.9
46916	Destrucción de lesión(es) de ano por criocirugía. (p. ej.condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética).	5.8
46917	Destrucción de lesión(es) de ano por cirugía láser. (p. ej.condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética).	13.1
46922	Destrucción de lesión(es) de ano por excisión. (p. ej.condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética).	13.1
46934	Destrucción de hemorroides internas, cualquier método.	25.1
46935	Destrucción de hemorroides externas, cualquier método.	25.1
46936	Destrucción de hemorroides internas y externas, cualquier método.	25.1
46937	Criocirugía de tumor rectal benigno.	28.8
46938	Criocirugía de tumor rectal maligno.	28.8
46947	Hemorroidopexia con grapa.	31.1

#### **ANTEBRAZO Y MUÑECA**

25000	Incisión para liberación tendón por enfermedad de Quervain (muñeca).	23.9
25020	Fasciotomía descompresiva de tendón flexor y/o extensor de antebrazo y/o muñeca.	23.9
25040	Artrotomía de articulación radiocarpal o mediocarpal (Exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño).	28.7
25076	Excisión de tumor en antebrazo y/o región de la muñeca, fascial o intramuscular.	28.7
25077	Resección radical de tumor maligno de tejido blando de antebrazo y/o muñeca.	38.7
25085	Capsulotomía de muñeca.	28.5
25100	Artrotomía de muñeca con biopsia.	26.3
25105	Artrotomía de muñeca con sinovectomía.	37.2
25107	Artrotomía de articulación radiocubital distal para reparación de cartílago triangular.	37.2
25110	Excisión para liberación de tendón de antebrazo y/o muñeca.	18.2
25111	Excisión de ganglión en muñeca (dorsal o palmar).	16.5
25115	Excisión de bursa de radio, sinovial de muñeca o liberación de vaina tendinosa del antebrazo.	37.2
25118	Sinovectomía, liberación de tendón extensor de muñeca.	31.0
25170	Resección radical de tumor de radio o cúbito.	41.8
25248	Exploración para extracción de cuerpo extraño en antebrazo y muñeca.	26.4

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>APÉNDICE</b>		
44950	Apendicectomía.	61.4
44960	Apendicectomía complicada por apéndice perforada o peritonitis.	56.1
44970	Apendicectomía por laparoscopia.	60.9
<b>ARTERIAS CORONARIAS</b>		
33500	Corrección de fístula arteriovenosa coronaria con derivación cardiopulmonar.	112.3
33501	Corrección de fístula arteriovenosa coronaria sin derivación cardiopulmonar.	100.7
33502	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante ligadura.	100.7
33503	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante injerto, sin derivación cardiopulmonar.	100.7
33504	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante injerto, con derivación cardiopulmonar.	127.9
33505	Corrección de anomalías de la arteria coronaria con construcción de túnel arterial intrapulmonar (procedimiento Takeuchi).	136.9
33506	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante traslocación desde la arteria pulmonar a la aorta.	136.9
33510	Revascularización (bypass) coronaria. Injerto venoso único.	198.0
33517	Revascularización (bypass) coronaria. Injerto combinado único.	198.2
33533	Revascularización (bypass) coronaria con injerto arterial único.	198.2
92960	Cardioversión electiva (arritmia).	10.2
92977	Trombolisis coronaria por infusión intravenosa.	27.7
92980	Colocación transcater de cateteres dilatadores intracoronarios (stent), con o sin otras intervenciones terapéuticas, un solo vaso.	149.2
92982	Angioplastia coronaria con balón, un solo vaso.	149.2
92986	Valvuloplastia de válvula aórtica, con balón.	149.2
92987	Valvuloplastia de válvula mitral, con balón. Incluye cateterismo.	149.2
92990	Valvuloplastia de válvula pulmonar, con balón.	149.2
92992	Septectomía o septostomía auricular, incluye cateterismo.	149.2
92993	Septectomía o septostomía auricular método de bisturí (incluye cateterización cardiaca).	149.2
92995	Aterectomía percutánea transluminal de las coronarias por método mecánico u otro método con o sin angioplastia con balón, un solo vaso.	149.2
93503	Inserción y colocación de catéter Swan-Ganz para fines de control.	14.8
93505	Biopsia de endomiocardio.	48.8
93510	Cateterismo cardiaco de corazón izquierdo desde la arteria braquial, arteria axilar o arteria femoral.	48.8
93531	Cateterismo cardiaco de corazón derecho y retrogrado izquierdo para dx de anomalías cardíacas congénitas.	48.8
93532	Cateterismo cardiaco de corazón derecho y transeptal de corazón izquierdo con o sin cateterización retrograda para dx de anomalías cardíacas congénitas.	30.1
93545	Angiografía coronaria.	48.8
93555	Auriculografía y/o ventriculografía (incluye cateterismo).	48.8
93600	Estudio electrofisiológico por bloqueo del haz de His.	48.8
93651	Cateterismo cardiaco con ablación de foco arritmico (estudio electrofisiológico y ablación con catéter).	117.3

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>ARTRODESIS DE MANOS Y DEDOS</b>		
26841	Artrodesis articulación carpometacarpiana de pulgar, con o sin material de osteosíntesis.	34.5
26843	Artrodesis articulación carpometacarpiana de dedos (excepto pulgar).	34.5
26850	Artrodesis articulación metacarpofalángica, con o sin material de osteosíntesis.	31.8
26860	Artrodesis, articulación interfalángica, con o sin material de osteosíntesis.	31.8
<b>ARTRODESIS DE MUÑECA</b>		
25800	Artrodesis de muñeca, sin injerto óseo (incluye articulaciones radiocarpal e intercarpal o carpometacarpiana).	35.5
25810	Artrodesis de muñeca con autoinjerto de iliaco u otro hueso (se incluye la obtención del injerto).	46.4
25830	Artrodesis de articulación radiocubital distal con resección segmentaria de cúbito con o sin injerto óseo.	46.4
25900	Amputación de antebrazo a través de radio y cúbito.	46.4
25920	Desarticulación a través de la muñeca.	46.4
25927	Amputación transmetacarpal.	46.4
<b>ARTRODESIS DE PIE</b>		
28750	Artrodesis metatarsofalángica de primer dedo.	38.6
28755	Artrodesis interfalángica de primer dedo.	34.5
<b>ARTROSCOPIA</b>		
29819	Artroscopía de hombro con extracción de cuerpo extraño.	51.2
29820	Artroscopía de hombro con sinovectomía parcial.	57.4
29821	Artroscopía de hombro con sinovectomía completa.	62.2
29826	Artroscopía con descompresión de espacio subacromial con acromioplastia con o sin liberación coracoacromial.	57.4
29834	Artroscopía de codo, con extracción de cuerpo extraño.	51.2
29835	Artroscopía de codo con sinovectomía parcial.	57.4
29836	Artroscopía de codo con sinovectomía completa.	62.2
29843	Artroscopía de muñeca por infección, lavado y drenaje.	35.5
29844	Artroscopía de muñeca con sinovectomía parcial	51.2
29845	Artroscopía de muñeca con sinovectomía completa	51.2
29861	Artroscopía de cadera con extracción de cuerpo extraño	51.2
29863	Artroscopía de cadera con sinovectomía	57.4
29871	Artroscopía de rodilla por infección, lavado y drenaje	35.5
29874	Artroscopía de rodilla para extracción de cuerpo extraño	35.5
29875	Artroscopía de rodilla con sinovectomía	61.5
29877	Artroscopía de rodilla para limpieza articular (condroplastia)	56.3
29880	Artroscopía de rodilla con menisectomía medial y lateral	67.9
29888	Reparación o reconstrucción artroscopica de ligamento cruzado anterior	83.7
29889	Reparación o reconstrucción artroscopica de ligamento cruzado posterior	75.3
29894	Artroscopía de tobillo con extracción de cuerpo extraño	26.3
29895	Artroscopía de tobillo con sinovectomía	43.0

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>ATENCIÓN PRENATAL Y CESAREA</b>		
59100	Histerotomía abdominal (p. ej. por mola hidatiforme y aborto)	66.0
59120	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico, con salpingectomía y/u ooforectomía por vía abdominal o vaginal.	62.2
59121	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico sin salpingectomía y/u ooforectomía.	46.4
59150	Embarazo ectópico resuelto por laparoscopia sin salpingectomía y/u ooforectomía.	46.4
59151	Embarazo ectópico resuelto por laparoscopia con salpingectomía y/u ooforectomía.	52.5
59160	Legrado postparto.	22.0
59350	Histerorrafia por ruptura uterina.	46.4
59410	Parto vaginal, con o sin episiotomía y/o aplicación de forceps (incluye atención postparto).	31.6
59514	Parto por cesárea.	54.2
59870	Evacuación uterina y legrado por mola hidatiforme.	22.0
<b>CÁMARA ANTERIOR</b>		
65820	Goniotomía	23.2
65855	Trabeculoplastia por láser (una o más sesiones).	23.4
65860	Lisis de adherencias en segmento anterior, por técnica de láser.	19.3
65865	Lisis de adherencias en segmento anterior, por técnica incisional (con o sin inyección de aire o líquido), goniosinequias.	17.9
65870	Lisis de sinequia anterior, excepto goniosinequias.	17.3
65875	Lisis de sinequia posterior.	21.5
65880	Lisis de adherencias corneo-vítreas.	19.7
66130	Excisión de lesión en esclerótica.	19.7
66155	Fistulización de esclerótica por glaucoma, con termocauterización con iridectomía.	19.6
66170	Trabeculectomía ab externo en ausencia de cirugía previa.	40.3
66172	Trabeculectomía ab externo con tejido cicatrizal originado por cirugía ocular previa o trauma.	40.3
<b>COLOCACION O EXTRACCION EN HÚMERO Y CODO</b>		
24301	Transferencia de músculo o tendón de cualquier tipo en brazo y codo.	43.4
24340	Tenodesis del tendón del biceps a nivel del codo.	30.7
24342	Reinserción o reparación de ruptura o laceración de tendón de biceps o triceps, distal, con o sin injerto de tendón.	30.7
24350	Fasciotomía lateral o medial (ej. codo de tenista o epicondilitis).	24.9
24351	Fasciotomía lateral o medial con desprendimiento del extensor.	24.9
24362	Artroplastia de codo con implante y reconstrucción de ligamento.	62.2
24363	Artroplastia con prótesis total de codo.	62.2
24365	Artroplastia de cabeza de radio.	49.2
24400	Osteotomía de húmero con o sin material de osteosíntesis.	43.4
24435	Reparación de cierre defectuoso de fx de húmero con injerto (incluye obtención de injerto).	53.3
<b>COLUMNA VERTEBRAL. ARTRODESIS</b>		
22548	Artrodesis por vía anterior, de columna cervical (clivus c1 c2).	106.9
22554	Artrodesis por vía anterior, de columna cervical por debajo de c2, incluye disquectomía mínima (excepto para descompresión).	100.7
22556	Artrodesis vía anterior de columna torácica por técnica de intercuerpos, incluye disquectomía parcial (excepto para descompresión).	100.7
22558	Artrodesis vía anterior de columna lumbar por técnica de intercuerpos, incluye disquectomía parcial (excepto para descompresión).	110.6

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
22590	Artrodesis por vía posterior, craneocervical (occipucio-c2).	89.6
22595	Artrodesis C1-C2 por vía posterior.	89.6
22600	Artrodesis cervical por vía posterior o posterolateral, un solo nivel por debajo del segmento c2.	89.6
22610	Artrodesis torácica por vía posterior o posterolateral (un solo nivel).	89.6
22612	Artrodesis lumbar por vía posterior o posterolateral (un solo nivel).	89.6
22630	Artrodesis vía posterior de columna lumbar con técnica de intercuerpos, incluye laminectomía y disquectomía (excepto para descompresión).	89.6
22840	Instrumentación no segmentaria posterior (p. ej. varilla de harrington).	100.7
22842	Instrumentación segmentaria posterior, 3- 6 segmentos vertebrales.	107.9
22845	Instrumentación por vía anterior, 2-3 segmentos vertebrales.	107.9
<b>CORDÓN ESPERMÁTICO</b>		
55500	Excisión de hidrocele de cordón espermático, unilateral.	20.5
55530	Excisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas debido a varicocele.	32.3
<b>CORRECCION DE ESOFAGO</b>		
43280	Fundoplastia esofágica por laparoscopia (p. ej. Nissen, Toupet).	76.5
43310	Esofagoplastia (corrección plástica o reconstrucción) por vía torácica, sin corrección de fístula traqueoesofágica	92.9
43312	Esofagoplastia (corrección plástica o reconstrucción) por vía torácica, con corrección de fístula traqueoesofágica.	92.9
43324	Fundoplastia esofagogástrica (p. ej. técnicas de Nissen, Belsey IV, Hill).	111.0
43330	Esofagomiotomía (tipo Heller) por vía abdominal.	68.0
43331	Esofagomiotomía por vía torácica.	68.0
43340	Esofagoyeyunostomía (sin gastrectomía total) por vía abdominal.	92.9
43350	Esofagostomía con fistulización externa de esófago, por vía abdominal.	69.7
43351	Esofagostomía por vía torácica.	69.7
43400	Ligadura directa de várices esofágicas.	31.1
43405	Ligadura o engrapado de la unión gastroesofágica por perforación esofágica pre-existente.	77.5
43420	Cierre de esofagostomía o fístula, vía cervical.	46.4
43425	Cierre de esofagostomía o fístula, vía torácica o abdominal.	62.0
43450	Dilatación de esófago mediante sonda sin guía.	11.1
43458	Dilatación de esófago con balón por acalasia (30mm más de diámetro).	11.1
<b>CORRECCIÓN, REVISIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE HOMBRO</b>		
23405	Tenotomía, en región del hombro.	26.6
23410	Sutura por ruptura aguda de manguito músculo tendinoso (p. ej. rotador del hombro).	45.8
23415	Liberación de ligamento coracoacromial con o sin acromioplastia.	62.2
23420	Plastia de hombro (manguito rotador) por lesión crónica, incluye acromioplastia.	62.2
23430	Tenorrafia de tendón largo de biceps.	34.5
23440	Resección o trasplante del tendón largo del biceps.	45.8
23466	Capsulorrafia por inestabilidad de articulación glenohumeral.	62.2
23472	Artroplastia total de hombro (reemplazo de cavidad glenoidea o de húmero proximal).	71.7
<b>CRISTALINO</b>		
66983	Extracción de catarata intracapsular con implante de lente intraocular.	44.1
66984	Extracción de catarata extracapsular con colocación de lente intraocular, técnica manual o mecánica (con irrigación o aspiración, o facoemulsificación).	67.8



<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>CUELLO (TEJIDOS BLANDOS) Y TORAX</b>		
21501	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma, de tejidos blandos de cuello o tórax.	11.5
21550	Biopsia de tejidos blandos de cuello o tórax.	8.3
21557	Resección radical de tumor maligno de tejidos blandos de cuello y tórax.	71.7
21615	Excisión de primera costilla y/o costilla cervical.	34.1
21700	Escalenotomía, sin resección de costilla cervical.	44.5
21705	Escalenotomía, con resección de costilla cervical.	64.9
21935	Resección radical de tumor maligno de tejido blando en dorso o cara lateral de tórax.	62.8
22315	Reducción cerrada de fracturas y/o luxaciones vertebrales, con manipulación y /o tracción (incluye inmovilización).	37.6
22325	Reducción abierta de fracturas y /o luxaciones de vertebrae lumbares, vía posterior (un solo segmento).	77.5
22326	Reducción abierta de fracturas y /o luxaciones de vertebrae cervicales, vía posterior(un solo segmento).	77.5
22327	Reducción abierta de fracturas y/o luxaciones de vertebrae torácicas, vía posterior (un solo segmento).	77.5
<b>CUELLO DEL UTERO</b>		
57500	Biopsia de cervix única o múltiple o excisión de lesión local, con o sin fulguración.	5.5
57505	Legrado endocervical.	5.5
57510	Cauterización de cervix (electro o térmica).	5.5
57511	Criocauterización del cervix (inicial o subsecuente).	5.5
57513	Ablación con láser del cervix.	5.9
57520	Conización de cervix con o sin fulguración, con o sin dilatación o curetaje, con o sin reparación por cualquier método.	13.3
57530	Cervicectomía (amputación del cervix).	18.6
57540	Excisión de muñon cervical vía abdominal.	18.6
57545	Excisión de muñon cervical vía abdominal con reparación de piso pélvico.	33.0
57550	Excisión de muñon cervical, vía vaginal.	19.3
57555	Excisión de muñon cervical, vía vaginal, con reparación anterior y/o posterior.	33.0
57720	Corrección plástica de cervix, por vía vaginal.	19.3
57820	Dilatación y legrado de muñon cervical.	11.1
<b>CUERPO UTERINO</b>		
58100	Biopsia de endometrio y/o endocervical, sin dilatación cervical, mediante cualquier método.	6.6
58120	Dilatación y legrado diagnósticos y/o terapéuticos (no obstétricos).	13.3
58140	Miomectomía única o múltiple, por vía abdominal.	43.2
58145	Miomectomía, única o multiple, por vía vaginal.	37.2
58150	Histerectomía total abdominal con o sin salpingo-ooforectomía.	79.2
58152	Histerectomía total abdominal con colpouretrocistopexia (tipo Marshall Marchetti-Krantz, Burch).	79.2
58200	Histerectomía total abdominal, incluyendo vaginectomía parcial, con toma de muestra de ganglios linfáticos para-aórticos y pélvicos, con o sin salpingo-ooforectomía.	84.8
58210	Histerectomía radical abdominal, con linfadenectomía pélvica total bilateral y toma de muestra de ganglios linfáticos para-aórticos (biopsia), con o sin salpingo-ooforectomía.	100.0
58240	Evisceración pélvica por malignidad ginecológica. Con histerectomía abdominal total o cervicectomía, con o sin salpingectomía, con o sin ooforectomía, con extirpación de vejiga y trasplantes de uréteres y/o resección abdomino perineal de recto y colon.	134.1

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
58260	Histerectomía vaginal	72.6
58262	Histerectomía vaginal con salpingectomía y/u ooforectomía.	71.1
58263	Histerectomía vaginal con salpingectomía y/u ooforectomía con reparación de enterocele.	75.0
58267	Histerectomía vaginal con colporetrocistopexia (tipo Marschall Marchetti- Krantz, Pereyra), con o sin control endoscópico	75.0
58275	Histerectomía vaginal con colpectomía total o parcial.	73.8
58285	Histerectomía vaginal radical (operación tipo Schauta).	84.8
58400	Histeropexia (suspensión uterina, con o sin acortamiento de ligamentos redondos o sacrouterinos).	54.2
58410	Histeropexia con simpatectomía presacral.	52.0
58700	Salpingectomía parcial o completa, unilateral o bilateral.	50.0
58720	Salpingooforectomía parcial o completa, unilateral o bilateral.	56.6
58800	Drenaje de quiste de ovario, unilateral o bilateral, por vía vaginal.	19.3
58805	Drenaje de quiste de ovario por vía abdominal, unilateral o bilateral.	24.7
58820	Drenaje de absceso de ovario por vía vaginal.	24.7
58822	Drenaje de absceso de ovario por vía abdominal.	24.7
58900	Biopsia de ovario, unilateral o bilateral.	19.3
58920	Resección en cuña o bisección de ovario, unilateral o bilateral.	55.0
58925	Resección de quiste de ovario, unilateral o bilateral.	52.5
58940	Ooforectomía parcial o total, unilateral o bilateral.	55.0
58943	Ooforectomía por malignidad ovárica, con biopsia de nódulos linfáticos para-aorticos y pélvicos con lavado peritoneal, biopsia peritoneal , con o sin salpingectomía, con o sin omentectomía.	76.5
58950	Resección de malignidad ovárica, tubaria o peritoneal, con salpingo-ooforectomía bilateral y omentectomía.	60.0
58951	Resección de malignidad ovárica, tubaria o peritoneal ,con histerectomía total abdominal, con linfadenectomía pélvica y para-aórtica limitada.	100.0
58960	Laparotomía para clasificación o reclasificación de la etapa del cáncer, (laparotomía de “segunda mirada” o second look), con o sin omentectomía, lavado peritoneal, biopsia de peritoneo abdominal y pélvico, inspección diafragmática con linfadenectomía pélvica.	63.5

#### **DEFECTO SEPTAL**

33641	Corrección de defecto de tabique auricular, con derivación cardiopulmonar, con o sin parche.	186.8
33645	Cierre de seno venoso directo o con parche, con o sin drenaje anómalo de venas pulmonares.	186.8
33647	Corrección de defecto septal auricular y defecto septal ventricular, con cierre directo o parche.	186.8
33660	Corrección de canal auriculoventricular parcial o incompleto, con o sin corrección de válvula auriculoventricular.	186.8
33681	Cierre de defecto del tabique ventricular, con o sin parche.	131.5
33684	Cierre de defecto del tabique ventricular con valvulotomía pulmonar o resección infundibular.	186.8
33692	Corrección completa de tetralogía de Fallot sin atresia pulmonar.	186.8
33694	Corrección completa de tetralogía de Fallot con parche transanular.	186.8
33697	Corrección completa de tetralogía de fallot, con atresia pulmonar incluyendo la construcción de conducto desde el ventrículo derecho a la arteria pulmonar y cierre del defecto del tabique ventricular.	186.8

#### **DIAFRAGMA**

38100	Esplenectomía total.	62.2
38115	Esplenorrafia con o sin esplenectomía parcial.	62.2
38230	Toma de medula ósea para trasplante.	31.1
38240	Trasplante de medula ósea o de células germinales periféricas hemoderivadas, alogénico.	31.1

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
38241	Trasplante de médula ósea autólogo.	31.1
39501	Sutura de laceración de diafragma.	73.8
39502	Hernioplastia hiatal, por vía transabdominal, con o sin fundoplastia, vagotomía y/o piloroplastia, excepto neonatal (procedimiento antirreflujo).	63.2
39503	Reparación de hernia diafragmática, neonatal.	79.0
39520	Plastia hiatal, por vía transtorácica.	76.6
39530	Plastia hiatal por vía toracoabdominal.	79.0
39540	Plastia de hernia diafragmática, traumática.	79.0
39545	Plicatura de diafragma por eventración, vía trans-torácica o trans-abdominal.	76.6
85095	Aspirado de médula ósea.	8.5
85102	Biopsia de médula ósea con aguja o trocar.	10.9

### **ENDOSCOPIA DE ESÓFAGO**

43200	Esofagoscopia diagnóstica, rígida o flexible, con o sin recolección de especímenes por cepillado o lavado.	17.6
43202	Esofagoscopia con biopsia simple o múltiple.	8.9
43204	Esofagoscopia con escleroterapia para varices esofágicas.	20.1
43205	Esofagoscopia, con ligadura elástica de varices esofágicas.	20.1
43215	Extracción de cuerpo extraño en esófago mediante esofagoscopia.	14.4
43216	Extracción de tumor(es), pólipo(s), u otras lesiones de esófago mediante esofagoscopia, con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar.	16.6
43217	Esofagoscopia con extracción de tumor(es), pólipo(s), u otras lesiones por técnica de "asa".	16.6
43227	Esofagoscopia con control de hemorragia, por cualquier método.	23.2
43234	Gastroscopia.	16.6
43235	Panendoscopia diagnóstica.	16.6
43239	Panendoscopia con biopsia única o múltiple.	16.6
43243	Panendoscopia con escleroterapia para varices esofágicas y/o gástricas.	23.2
43246	Panendoscopia con colocación dirigida de sonda percutánea de gastrostomía.	23.2
43250	Panendoscopia con extracción de pólipos, tumores u otras lesiones con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar.	23.2
43260	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), diagnóstica con o sin toma de muestra obtenida por cepillado o lavado.	22.2
43261	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), con toma de biopsia única o múltiple.	27.6
43262	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con esfinterotomía y papilotomía.	30.0
43264	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con extracción de cálculos de vías biliares y/o pancreáticos.	42.0
43268	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con inserción endoscópica de tubo o dilatador (stent) en conducto biliar o pancreático.	42.0

### **ENDOSCOPIA DE LARINGE**

31515	Laringoscopia directa con o sin traqueoscopia para aspiración.	7.5
31526	Laringoscopia directa, diagnóstica con microscopio quirúrgico.	8.5
31530	Extracción de cuerpo extraño por laringoscopia directa.	22.2
31531	Extracción de cuerpo extraño por laringoscopia con microscopio quirúrgico.	22.2
31535	Laringoscopia directa con biopsia.	10.6
31536	Biopsia por laringoscopia con microscopio quirúrgico.	12.6
31540	Excisión de tumor y/o disección de cuerdas vocales o epiglotitis por laringoscopia directa.	33.8
31541	Excisión de tumor y/o disección de cuerdas vocales o epiglotitis por laringoscopia directa	

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
	con microscopio quirúrgico.	60.4
31560	Aritenoidectomía por laringoscopia directa.	41.8
31561	Aritenoidectomía por laringoscopia con microscopio quirúrgico.	41.8
31588	Laringoplastia.	54.3
<b>ENDOSCOPIA DE SENOS NASALES</b>		
31237	Polipectomía, biopsia o debridación de senos nasales por endoscopia.	31.1
31238	Control de epistaxis por endoscopia (p. ej. ligadura de arterias etmoidales).	31.1
31254	Endoscopia nasal/sinusoidal, con etmoidectomía parcial (anterior).	37.9
31255	Endoscopia nasal/sinusoidal, con etmoidectomía total (anterior y posterior).	46.8
31256	Endoscopia nasal sinusoidal, con antrostomía maxilar.	38.6
31276	Endoscopia nasal/sinusoidal, con Exploración de seno frontal con o sin extirpación de tejido de seno frontal.	49.5
31287	Endoscopia nasal/sinusoidal, con esfenoidectomía.	49.5
31288	Endoscopia nasal/sinusoidal, con extracción de tejido de seno esfenoidal.	49.5
31294	Endoscopia nasal/sinusoidal, con descompresión de nervio óptico.	57.4
<b>ENDOSCOPIAS DE VEJIGA</b>		
52000	Cistouretroscopia (sin otro procedimiento).	7.2
52204	Cistouretroscopia con biopsia.	11.5
52234	Cistouretroscopia con fulguración (incluye criocirugía o cirugía con láser) y/o resección de tumores de vejiga de .5 a 2 cm.	22.0
52235	Cistouretroscopia con fulguración y/o resección de tumores de vejiga de 2 a 5 cm.	29.8
52250	Cistouretroscopia con inserción de sustancia radiactiva, con o sin biopsia o fulguración.	16.0
52270	Cistouretroscopia, con uretrotomía interna en mujer.	37.2
52275	Cistouretroscopia, con uretrotomía interna en hombre.	34.5
52290	Cistouretroscopia, con meatotomía, uni o bilateral.	19.1
52300	Cistouretroscopia con resección o fulguración de ureterocele(s), uni o bilateral.	32.5
52310	Cistouretroscopia, con extracción de cuerpo extraño, cálculos, o remoción de catéter dilatador ureteral desde la uretra o vejiga (sin otro procedimiento).	21.0
52320	Cistouretroscopia, con extracción de calculo ureteral (incluye la cateterización ureteral).	30.2
52325	Cistouretroscopia con fragmentación de calculo ureteral (litotripsia transendoscópica).	60.5
52332	Cistouretroscopia con inserción de un catéter ureteral (p. ej. Gibbons o tipo doble "j").	23.9
52353	Cistouretroscopia, con ureteroscopia y/o pieloscopia con litotripsia (incluye cateterización ureteral).	52.6
52400	Cistouretroscopia con incisión, fulguración, o resección de válvulas uretrales posteriores congénitas o pliegues mucosos hipertróficos obstructivos congénitos.	52.6
52500	Resección transuretral de cuello vesical.	48.8
52601	Resección electroquirúrgica transuretral de la próstata, incluyendo control de sangrado postoperatorio, completa (incluye vasectomía, meatotomía, cistouretroscopia, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna).	63.5
52620	Resección transuretral de tejido residual obstructivo después de 90 días de la intervención quirúrgica.	51.4
<b>EPIDIDIMO</b>		
54700	Incisión y drenaje de epididimo, testículo y bolsa escrotal (p.ej. absceso o hematoma).	19.1
54800	Biopsia de epididimo, con aguja.	7.8
54820	Exploración de epididimo, con o sin biopsia.	13.3

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
54830	Excisión de lesión local de epididimo.	21.7
54840	Excisión de espermatocelo, con o sin epididimectomía.	32.4
54860	Epididimectomía unilateral.	31.8
54861	Epididimectomía bilateral.	48.4
<b>ESCROTO</b>		
55100	Drenaje de absceso en escroto.	12.1
55150	Resección de escroto.	18.6
55175	Escrotoplastia.	26.4
<b>ESTÓMAGO</b>		
43500	Gastrotomía con exploración o extracción de cuerpo extraño.	46.4
43501	Gastrotomía con sutura de úlcera sangrante o laceración.	77.5
43520	Piloromiotomía, (técnica de Fredet-Ramstedt).	51.7
43605	Biopsia de estómago por laparotomía.	54.2
43610	Excisión local de úlcera o tumor benigno de estómago.	46.4
43611	Excisión por tumor maligno de estómago.	77.5
43620	Gastrectomía total con esofagoenterostomía.	81.2
43621	Gastrectomía con reconstrucción tipo Y de Roux.	92.9
43631	Gastrectomía parcial, distal, con gastroenteroanastomosis.	91.9
43632	Gastrectomía parcial con gastroyeyunoanastomosis.	89.9
43635	Vagotomía con gastrectomía parcial distal.	81.2
43638	Gastrectomía parcial, proximal por vía torácica o abdominal incluyendo esófago-gastrotomía, con vagotomía.	92.9
43639	Gastrectomía parcial, proximal por vía torácica o abdominal, incluyendo esófago-gastrsotomía con piloroplastia o piloromiotomía.	92.9
43640	Vagotomía incluyendo piloroplastia, con o sin gastrotomía.	81.2
43750	Colocación percutánea de sonda de gastrotomía.	24.3
43760	Cambio de sonda de gastrotomía.	5.6
43800	Piloroplastia.	51.1
43810	Gastroduoanastomosis.	62.2
43820	Gastroyeyunoanastomosis sin vagotomía.	62.2
43825	Gastroyeyunoanastomosis con vagotomía, de cualquier tipo.	92.9
43830	Gastrotomía temporal.	46.4
43831	Gastrotomía neonatal para alimentación.	62.2
43832	Gastrotomía permanente, con construcción de tubo gástrico.	81.2
43840	Gastrorrafia, sutura de úlcera gástrica o duodenal perforada, por herida o lesión.	58.1
43870	Cierre de gastrotomía.	34.1
43880	Cierre de fístula gastrocólica.	46.4
<b>FARINGE, ADENOIDES Y AMÍGDALAS</b>		
42700	Incisión y drenaje de absceso, periamigdalino.	18.8
42800	Biopsia de orofaringe.	7.5
42804	Biopsia de nasofaringe, lesión visible.	7.5
42808	Excisión o destrucción de lesión faríngea, cualquier método.	9.2
42809	Extracción de cuerpo extraño en faringe.	7.5
42820	Adenoamigdalectomía en menores de 12 años.	46.5

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
42821	Adenoamigdalectomía en mayores de 12 años.	50.0
42825	Amigdalectomía en menores de 12 años.	42.4
42826	Amigdalectomía en mayores de 12 años.	40.0
42830	Adenoidectomía primaria en menores de 12 años de edad.	37.3
42890	Faringectomía conservadora.	60.4
42960	Control de hemorragia orofaríngea primaria o secundaria, simple (p. ej. hemorragia postamigdalectomía).	29.4

### **FÉMUR (MUSLO) Y RODILLA**

27303	Incisión profunda con apertura de corteza ósea (ej. para osteomielitis o absceso en hueso) en fémur o rodilla.	28.0
27305	Fasciotomía, iliotibial (abierta).	28.0
27310	Artrotomía de rodilla (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño).	31.1
27315	Neurectomía de músculo de la corva (p. ej. del hueso popliteo).	38.6
27320	Neurectomía poplitea (gemelos).	38.6
27328	Excisión de tumor subfascial o intramuscular en muslo o rodilla.	28.0
27329	Resección radical de tumor (p. ej. neoplasia maligna) de tejidos blandos de muslo o rodilla.	38.6
27330	Artrotomía de rodilla con toma de biopsia.	31.1
27332	Menisectomía medial o lateral (artrotomía con excisión de cartílago semilunar) cualquier método.	51.2
27333	Menisectomía medial y lateral, cualquier método.	54.9
27334	Artrotomía de rodilla con sinovectomía, anterior o posterior.	54.0
27340	Excisión de bursa prerrotuliana.	27.7
27345	Excisión de quiste sinovial de hueso popliteo (p.ej. quiste de Baker).	37.9
27350	Patelectomía o hemipatelectomía.	51.2
27355	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de fémur.	28.0

### **FÉRULAS**

29105	Aplicación de férula larga en el brazo (hombro a mano).	3.9
29125	Aplicación de férula corta (antebrazo a mano).	2.9
29130	Aplicación de férula en dedo.	2.9
29505	Aplicación de férula larga en pierna (de muslo a tobillo o dedos).	2.9
29515	Aplicación de férula corta en pierna (de pantorrilla a pie).	2.9

### **FRACTURA / LUXACIÓN DE HÚMERO Y CODO**

24505	Reducción cerrada de fractura de diáfisis humeral, con manipulación, con o sin tracción esquelética.	23.9
24515	Reducción abierta de fractura de diáfisis de húmero, con material de osteosíntesis, con o sin cerclaje.	47.5
24516	Reducción abierta de fractura de diáfisis humeral con colocación de implante intramedular, con o sin cerclaje y/o tornillos.	47.5
24535	Reducción cerrada de fractura de húmero supracondilea o transcondilea, con manipulación, con o sin tracción esquelética.	28.0
24546	Reducción abierta de fractura supracondilea o transcondilea de húmero, con o sin material de osteosíntesis.	47.5
24575	Reducción abierta de fractura epicondilea medial o lateral de húmero con o sin material de osteosíntesis.	47.5
24579	Reducción abierta de fractura de condilo humeral medial o lateral, con o sin material de osteosíntesis.	47.5

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
24586	Reducción abierta de fractura y/o luxación del codo.	47.5
24605	Reducción cerrada de luxación de codo, con anestesia.	19.6
24615	Reducción abierta de luxación de codo, aguda o crónica.	30.7
24620	Reducción cerrada de fractura luxación de codo tipo Monteggia (fractura proximal de cúbito con luxación de cabeza de radio).	17.1
24635	Reducción abierta de fractura luxación de codo tipo Monteggia, con o sin material de osteosíntesis.	47.5
24640	Reducción cerrada de subluxación de cabeza de radio en niño (codo de niñera).	14.1
24655	Reducción cerrada de fractura de cabeza y cuello de radio, con manipulación.	14.1
24665	Reducción abierta de fractura de cabeza y cuello de radio, con o sin material de osteosíntesis o excisión de cabeza de radio.	47.5
24666	Reducción abierta de fractura de cabeza y cuello de radio, con reemplazo protésico de cabeza de radio.	63.4
24675	Reducción cerrada de fractura de cúbito proximal (olecranon) con manipulación.	14.9
24685	Reducción abierta de fractura de cúbito proximal (olecranon) con o sin material de osteosíntesis.	38.2
24800	Artrodesis de codo.	47.5
24900	Amputación de brazo.	43.4
24935	Elongacion de muñón de brazo.	23.9
<b>FRACTURA/LUXACIÓN PELVIS Y CADERA</b>		
27194	Tratamiento cerrado de fractura del anillo pelviano, luxación, diástasis o subluxación, con manipulación.	27.6
27202	Reducción abierta de fractura de cóccix.	28.3
27215	Reducción abierta de fracturas de espinas iliacas, avulsión de tuberosidad o cresta iliaca, con fijación interna.	57.4
27216	Fijación esquelética percutánea de fractura y/o luxación de cintura pélvica posterior (incluyendo, articulación sacroiliaca y sacro).	62.2
27217	Reducción abierta de fractura y/o luxación de anillo pelviano anterior con fijación interna (incluye sinfisis y ramas del pubis).	72.7
27227	Reducción abierta de fracturas acetabulares que compromete la columna anterior o posterior o una fractura transversal de acetábulo con material de osteosíntesis.	121.9
27232	Reducción cerrada de fractura femoral, con manipulación, con o sin tracción esquelética.	30.3
27235	Fijación esquelética percutánea, de fractura no desplazada de extremo proximal de fémur.	30.3
27236	Reducción abierta de fractura de extremo proximal de fémur, con material de osteosíntesis o reemplazo con prótesis.	121.9
27240	Reducción cerrada de fractura femoral, peritrocantérica, o subtrocantérica, con manipulación, con o sin tracción de piel o esquelética.	30.3
27244	Reducción abierta de fractura inter, peri o subtrocantérica, con implante de placa y tornillos, con o sin cerclaje.	72.7
27245	Reducción abierta de fractura femoral inter, peri o subtrocantérica, con implante intramedular.	72.7
27248	Reducción abierta de fractura de trocanter mayor, con o sin material de osteosíntesis.	72.7
27252	Reducción cerrada de luxación traumática de cadera, con anestesia.	25.5
27253	Reducción abierta de luxación traumática de cadera, sin material de osteosíntesis.	37.9
27254	Reducción abierta de luxación traumática de cadera, con fractura de pared acetabular y cabeza de fémur con o sin material de osteosíntesis.	72.7
27284	Artrodesis de articulación de la cadera (incluye obtención del injerto).	72.7
27286	Artrodesis de articulación de la cadera con osteotomía subtrocantérica.	99.7
27295	Desarticulación de cadera.	72.7

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>FRACTURA/LUXACIÓN DE ANTEBRAZO Y MUÑECA</b>		
25505	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio, con manipulación.	14.6
25515	Reducción abierta de fractura de diáfisis de radio, con o sin material de osteosíntesis.	43.4
25520	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio con luxación de articulación radio-cubital distal (fractura/luxación Galeazzi).	18.8
25535	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de cúbito, con manipulación.	14.6
25545	Reducción abierta de fractura de diáfisis de cúbito con o sin material de osteosíntesis.	43.4
25565	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio y cúbito, con manipulación.	20.7
25574	Reducción abierta de fractura de diáfisis de radio y cúbito, con material de osteosíntesis.	43.4
25605	Reducción cerrada de fractura distal del radio o separación epifisiaria con o sin fractura de estiloides cubital, con manipulación (p. ej. fractura de Colles o Smith).	19.6
25611	Reducción cerrada de fractura distal del radio (p.ej. Colles o Smith) con fijación esquelética percutánea, con manipulación, con o sin material de osteosíntesis.	34.8
25620	Reducción abierta de fractura distal del radio (p. ej. Colles o Smith) o separación epifisiaria con o sin fractura de apófisis estiloides cubital, con o sin material de osteosíntesis.	43.4
25624	Reducción cerrada de fractura de escafoides carpal (navicular), con manipulación.	12.3
25628	Reducción abierta de fractura de escafoides carpal, con o sin material de osteosíntesis.	34.8
25635	Reducción cerrada de fractura de huesos del carpo (excepto escafoides), con manipulación.	12.3
25645	Reducción abierta de fractura de huesos del carpo (excepto escafoides).	34.8
25660	Reducción cerrada de luxación radiocarpal o intercarpal de uno o mas huesos, con manipulación.	12.3
25670	Reducción abierta de luxación radio carpal o intercarpal uno o mas huesos.	34.8
25675	Reducción cerrada de luxación radiocubital distal con manipulación.	12.3
25676	Reducción abierta de luxación radiocubital aguda o crónica.	34.8
25680	Reducción cerrada de luxación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar, con manipulación.	14.5
25685	Reducción abierta de luxación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar.	35.5
25690	Reducción cerrada de luxación de semilunar, con manipulación.	14.5
25695	Reducción abierta de luxación de semilunar.	35.5
<b>FRACTURA/LUXACIÓN DE HOMBRO</b>		
23505	Reducción cerrada de fractura clavicular, con manipulación.	19.0
23515	Reducción abierta de fractura clavicular con o sin material de osteosíntesis.	40.3
23525	Reducción cerrada de luxación esternoclavicular con manipulación.	30.7
23530	Reducción abierta de luxación esternoclavicular aguda o crónica.	30.7
23545	Reducción cerrada de luxación acromioclavicular, con manipulación.	15.4
23550	Reducción abierta de luxación acromioclavicular aguda o crónica	30.7
23575	Reducción cerrada de fractura escapular, con manipulación con o sin tracción esquelética (con o sin afección de articulación de hombro).	23.2
23585	Reducción abierta de fractura escapular, con o sin material de osteosíntesis.	40.3
23605	Reducción cerrada de fractura de húmero proximal con manipulación, con o sin tracción esquelética.	20.1
23615	Reducción abierta de fractura de húmero proximal, con o sin material de osteosíntesis, con o sin reparación de tuberosidades.	55.3
23616	Reducción abierta de fractura de húmero proximal con colocación de prótesis.	64.2
23650	Reducción cerrada de luxación de hombro, con manipulación sin anestesia.	16.9
23655	Reducción cerrada de luxación de hombro (manipulación), incluye anestesia.	14.0
23660	Reducción abierta de luxación aguda de hombro.	45.8



<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
23800	Artrodesis de articulación glenohumeral.	60.8
23920	Desarticulación de hombro.	60.8
<b>FRACTURAS / LUXACIONES DE FÉMUR Y RODILLA</b>		
27502	Reducción cerrada de fractura de la diáfisis femoral (con manipulación con o sin tracción).	29.5
27503	Reducción cerrada de fractura de fémur supra o transcondilea, con manipulación, con o sin tracción.	26.8
27506	Reducción abierta de fractura de diáfisis de fémur, con o sin material de osteosíntesis	55.3
27510	Reducción cerrada de fractura femoral en tercio distal, condilos medial o lateral, con manipulación.	26.8
27511	Reducción abierta de fractura de fémur supra o transcondilea, con o sin material de osteosíntesis.	55.3
27513	Reducción abierta de fractura de fémur supra o transcondilea, con extensión intercondilea, con o sin material de osteosíntesis.	64.9
27514	Reducción abierta de fractura femoral en tercio distal, condilo medial o lateral, con o sin material de osteosíntesis.	64.9
27517	Reducción cerrada de epifisiolisis femoral distal, con manipulación con o sin tracción de piel o esquelética.	24.4
27519	Reducción abierta de separación epifisiaria femoral distal, con o sin material de osteosíntesis.	68.0
27520	Reducción cerrada de fractura de rótula sin manipulación.	12.3
27524	Reducción abierta de fractura de rótula, con material de osteosíntesis y/o rotulectomía parcial o completa y reparación de tejidos blandos.	57.0
27532	Reducción cerrada de fractura tibial, con o sin manipulación, con tracción esquelética.	13.1
27535	Reducción abierta de fractura de tibia proximal con o sin material de osteosíntesis.	43.4
27538	Reducción cerrada de fractura intercondilar y/o tuberosidad de la rodilla, con o sin manipulación.	13.1
27540	Reducción abierta de fractura de espinas intercondileas y/o de fractura de tuberosidades de la rodilla.	57.0
27552	Reducción cerrada de luxación de rodilla, con anestesia.	16.6
27556	Reducción abierta de luxación de rodilla con o sin material de osteosíntesis, sin reparación de ligamentos.	46.8
27557	Reducción abierta de luxación de rodilla, con o sin material de osteosíntesis, con reparación de ligamento.	58.1
27562	Reducción cerrada de luxación de rótula con anestesia.	14.8
27566	Reducción abierta de luxación de rótula, con o sin rotulectomía parcial o total.	46.8
27580	Artrodesis de rodilla.	70.0
<b>FRACTURAS/LUXACIÓN DE MANO Y DEDOS</b>		
26605	Reducción cerrada de fractura metacarpiana, con manipulación, cada hueso.	12.3
26608	Fijación esquelética percutánea de fractura metacarpiana, cada hueso.	28.3
26615	Reducción abierta de fractura metacarpiana, con o sin material de osteosíntesis.	42.3
26645	Reducción cerrada de fractura-luxación carpometacarpiana de pulgar, con manipulación (fractura de Bennet).	13.4
26650	Fijación esquelética percutánea de fractura-luxación carpometacarpiana de pulgar (fractura de Bennet).	28.3
26665	Reducción abierta de fractura luxación carpometacarpiana de pulgar, (fractura de Bennet) con o sin material de osteosíntesis.	46.4
26670	Reducción cerrada de fractura luxación carpometacarpiana, (excepto dedo pulgar), con manipulación.	13.4

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
26676	Fijación esquelética percutánea de fractura-luxación carpometacarpiana, excepto dedo pulgar.	28.3
26685	Reducción abierta de luxación carpometacarpiana, excepto dedo pulgar (fractura de Bennet), con o sin material de osteosíntesis.	38.6
26700	Reducción cerrada de luxación metacarpofalángica, con manipulación.	9.8
26706	Fijación esquelética percutánea de luxación metacarpofalángica, con manipulación.	13.4
26715	Reducción abierta de luxación metacarpofalángica, con o sin material de osteosíntesis.	31.1
26725	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de falange proximal o media, de dodo o pulgar, con manipulación, con o sin tracción esquelética.	9.8
26735	Reducción abierta de fractura de diáfisis de falange proximal o media, dedo o pulgar, con o sin material de osteosíntesis.	24.2
26746	Reducción abierta de fractura articular que involucra articulaciones metacarpofalángica o interfalángica, con o sin material de osteosíntesis.	31.8
26755	Reducción cerrada de fractura de falange distal , dedo o pulgar, con manipulación.	8.3
26770	Reducción cerrada de luxación interfalángica, con manipulación.	6.6
26785	Reducción abierta de luxación de articulación interfalángica , con o sin material de osteosíntesis.	15.7

#### **FRACTURAS/LUXACIÓN DE PIE**

28405	Reducción cerrada de fractura de calcaneo con manipulación.	18.2
28406	Fijación esquelética percutánea de fractura de calcaneo con manipulación.	26.6
28415	Reducción abierta de fractura de calcaneo, con o sin material de osteosíntesis.	38.6
28420	Reducción abierta de fractura de calcaneo, con injerto óseo (incluye obtención de injerto).	38.6
28435	Reducción cerrada de fractura de astragalo, con manipulación.	18.2
28436	Fijación esquelética percutánea de fractura de astragalo con manipulación.	26.6
28445	Reducción abierta de fractura de astragalo con o sin material de osteosíntesis.	38.6
28455	Reducción de fractura de huesos tarsales (excepto astragalo y calcaneo) con manipulación.	18.2
28465	Reducción abierta de fractura de huesos tarsales (excepto astragalo y calcaneo), con o sin material de osteosíntesis.	38.6
28475	Reducción cerrada de fractura metatarsal, con manipulación.	8.6
28485	Reducción abierta de fractura metatarsal, con o sin material de osteosíntesis.	28.0
28515	Reducción cerrada de fractura de falange o falanges, con manipulación (excepto 1er. dedo).	10.2
28605	Reducción cerrada de luxación de articulación tarsometatarsiana, con anestesia.	18.2

#### **FRACTURAS/LUXACIÓN DE PIERNA (TIBIA Y PERONÉ) Y TOBILLO**

27752	Reducción cerrada de fractura de diáfisis tibial (con o sin fractura de peroné), con manipulación, con o sin tracción.	22.9
27756	Fijación esquelética percutánea de fractura de la diáfisis tibial (con o sin fractura de peroné).	36.5
27758	Reducción abierta de fractura de diáfisis tibial (con o sin fractura de peroné) con material de osteosíntesis.	44.7
27762	Reducción cerrada de fractura de maleolo medial, con manipulación, con o sin tracción.	16.8
27766	Reducción abierta de fractura de maleolo medial, con o sin material de osteosíntesis.	44.7
27781	Reducción cerrada de fractura de peroné proximal o diafisiario, con manipulación.	25.2
27784	Reducción abierta de fractura de peroné proximal o diafisiario, con o sin material de osteosíntesis.	48.5
27788	Reducción cerrada de fractura de peroné distal (maleolo lateral) con manipulación.	18.5
27792	Reducción abierta de fractura de peroné distal (maleolo lateral) con o sin material de osteosíntesis.	50.9
27808	Reducción cerrada de fractura bimalleolar de tobillo (incluyendo fractura de Pott), sin manipulación.	18.5

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
27810	Reducción cerrada de fractura bimalleolar de tobillo (con manipulación).	18.5
27814	Reducción abierta de fractura bimalleolar de tobillo con o sin material de osteosíntesis.	56.0
27825	Reducción cerrada de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga axil (con manipulación/tracción).	18.5
27826	Reducción abierta de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga (sólo de peroné).	44.7
27831	Reducción cerrada de luxación de articulación tibioperonéa proximal, con anestesia.	18.5
27832	Reducción abierta de luxación tibioperonéa proximal, con o sin material de osteosíntesis o con excisión de peroné proximal.	38.9
27842	Reducción cerrada de luxación de tobillo con anestesia, con o sin tracción esquelética, con anestesia.	16.8
27848	Reducción abierta de luxación de tobillo, con o sin fijación percutánea, con material de osteosíntesis, con corrección o fijación interna/externa.	38.9
27870	Artrodesis de tobillo por cualquier método.	44.7
27871	Artrodesis tibioperonéa, proximal o distal.	44.7
<b>FRACTURAS/LUXACIONES DE CARA</b>		
21339	Reducción abierta de fractura nasoetmoidal, con fijación externa.	49.2
21343	Reducción abierta de fractura deprimida de seno frontal.	49.2
21346	Reducción abierta de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort II), con fijadores.	58.1
21348	Reducción abierta de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort II), con injerto óseo (incluye obtención de injerto).	66.9
21356	Reducción abierta de fractura con hundimiento de arco cigomático (p. ej. técnica de gilles).	66.9
21360	Reducción abierta de fractura con hundimiento de malar, incluyendo arco cigomático y tripode malar.	71.7
21385	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita, "por estallido", abordaje por antrostomía (tipo caldwell-luc).	71.7
21387	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita, "por estallido", abordaje combinado.	71.7
21390	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita "por estallido", con implante o con injerto.	77.2
21422	Reducción abierta de fractura palatal o maxilar (tipo LeFort I).	54.0
21432	Reducción abierta de fractura craneofacial (tipo LeFort III), con material de osteosíntesis.	74.5
21436	Reducción abierta de fractura craneofacial, complicada, con fijación y con injerto óseo (incluye obtención del injerto).	77.2
21470	Reducción abierta de fractura mandibular complicada, con material de osteosíntesis y fijación interdental.	49.5
21480	Reducción cerrada de luxación temporo-mandibular, inicial o subsecuente.	42.0
21490	Reducción abierta de luxación temporo-mandibular.	49.5
<b>GANGLIOS Y VASOS LINFÁTICOS</b>		
38308	Linfangiectomía u otras cirugías de canales linfáticos.	23.2
38500	Biopsia o excisión de ganglios linfáticos superficiales.	15.5
38505	Biopsia con aguja, de ganglios linfáticos superficiales.	10.9
38510	Biopsia o excisión de ganglios cervicales profundos.	15.5
38525	Biopsia de ganglios axilares profundos.	23.2
38720	Linfadenectomía cervical.	38.6
38740	Linfadenectomía axilar superficial.	38.6
38760	Linfadenectomía inguino femoral, incluyendo ganglio de Cloquet.	38.6
38770	Linfadenectomía pélvica, incluyendo ganglios iliacos externos, hipogástricos y obturadores.	77.5

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
38790	Linfangiografía.	15.5
<b>GLOBO OCULAR</b>		
65091	Evisceración del ojo, sin implante.	27.5
65093	Evisceración del ojo con implante.	28.3
65101	Enucleación del ojo, sin implante.	37.2
65103	Enucleación del ojo con implante, sin músculos unidos al implante.	39.3
65105	Enucleación del ojo con implante, con músculos unidos al implante.	43.2
65110	Excenteración de la órbita (no incluye injerto).	55.0
65130	Inserción de implante ocular, después de la evisceración, envuelto por la esclerótica.	19.6
65205	Extracción de cuerpo extraño, superficie, en conjuntiva.	2.3
65210	Extracción de cuerpo extraño, subconjuntival o en esclera.	7.9
65222	Extracción de cuerpo extraño en córnea usando lámpara de hendidura.	3.9
65235	Extracción de cuerpo extraño intraocular localizado en cámara anterior o cristalino.	36.5
65260	Extracción de cuerpo extraño en segmento posterior.	39.3
65270	Reparación de laceración en conjuntiva con o sin laceración de esclera.	8.0
65272	Reparación de conjuntiva por laceración sin hospitalización.	8.0
65275	Reparación de laceración de córnea sin perforación con o sin extracción de cuerpo extraño.	13.3
65280	Corrección de laceración de córnea y/o esclera perforada sin involucrar tejido uveal.	34.5
65290	Sutura de herida en músculo extraocular, tendón y/o cápsula de Tenon.	10.2
<b>HÍGADO</b>		
47000	Biopsia de hígado con aguja percutánea.	10.2
47010	Hepatotomía para drenaje de absceso o quiste, uno o dos tiempos.	49.7
47015	Absceso hepático tratado por laparotomía.	49.7
47100	Biopsia hepática excisión en cuña.	51.7
47120	Hepatectomía, lobectomía parcial.	91.2
47125	Lobectomía izquierda de hígado.	122.5
47130	Lobectomía derecha de hígado.	122.5
47300	Marsupialización de quiste o absceso de hígado.	39.2
<b>HOMBRO</b>		
23000	Extirpación por cualquier método de depósitos calcareos subdeltoideos (o intratendinosos).	17.1
23030	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma en hombro.	13.7
23031	Incisión y drenaje de absceso de bolsa sinovial en hombro.	17.1
23040	Artrotomía de articulación glenohumeral (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño).	30.7
23044	Artrotomía de articulación acromioclavicular o esternoclavicular (exploración, drenaje y/o extracción de cuerpo extraño).	30.7
23077	Resección radical de tumor maligno en tejido blando de la región del hombro.	51.2
23105	Artrotomía con sinovectomía de articulación glenohumeral, con o sin biopsia.	49.2
23106	Artrotomía con sinovectomía de articulación esternoclavicular, con o sin biopsia.	49.2
23125	Claviculectomía total.	49.2
23130	Acromioplastia o acromionectomía parcial, con o sin liberación del ligamento coraco-acromial.	60.8
23140	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escápula.	30.7
23145	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escápula con injerto (incluye la obtención del injerto).	37.6
23150	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de región húmero proximal.	30.7

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
23155	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de región húmero proximal con injerto (incluye obtención de injerto).	37.6
23170	Secuestrectomía en clavícula (p.ej.por osteomielitis o absceso óseo).	37.6
23172	Secuestrectomía en escápula ( p. ej.por osteomielitis o absceso óseo).	37.6
23174	Secuestrectomía de cabeza a cuello quirúrgico del húmero (ej.por osteomielitis o absceso óseo).	37.6
23195	Resección de cabeza de húmero.	49.2
23200	Resección radical de tumor en clavícula.	49.7
23210	Resección radical de tumor en escápula.	49.7
23220	Resección radical de tumor óseo en húmero proximal.	51.2
23222	Resección radical de tumor óseo de húmero proximal con reemplazo de prótesis.	71.7
<b>HÚMERO Y CODO</b>		
23931	incisión y drenaje de absceso en bursa.	13.7
24000	Artrotomía de codo (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño).	24.9
24076	Excisión de tumor en fascia o intramuscular en brazo o codo.	17.1
24077	Resección radical de tumor maligno de tejidos blandos de brazo o codo.	38.6
24102	Artrotomía de codo, con sinovectomía.	28.0
24150	Resección radical de tumor en húmero.	64.9
24151	Resección radical de tumor de húmero con injerto, incluye la obtención del injerto.	64.9
24152	Resección radical de tumor de radio.	64.9
<b>INTESTINOS</b>		
44005	Enterolisis (liberación de adherencias intestinales).	62.2
44010	Duodenostomía para exploración, biopsia o remoción de cuerpo extraño.	54.3
44050	Reducción de volvulus, intususcepción, hernia interna por laparotomía.	54.3
44110	Excisión de una o más lesiones de intestino delgado o grueso, sin requerir anastomosis, exteriorización o fistulización.	62.2
44120	Enterectomía, resección de intestino delgado, con anastomosis.	64.9
44130	Enteroenteroanastomosis (separada de otro procedimiento).	58.1
44140	Colectomía parcial, con anastomosis.	97.9
44143	Colectomía con colostomía y cierre del segmento distal (procedimiento tipo Hartmann).	65.2
44145	Colectomía con coloproctoanastomosis.	92.9
44150	Colectomía total abdominal, sin proctomía con ileostomía o ilioproctostomía.	86.1
44155	Colectomía total abdominal, con proctomía con ileostomía.	92.9
44310	Ileostomía o yeyunostomía.	62.2
44312	Revisión de ileostomía.	19.6
44316	Ileostomía continente (creación de reservorio interno en ilion terminal).	92.9
44320	Colostomía o cecostomía.	61.7
44340	Revisión de colostomía.	19.6
49320	Laparoscopia diagnóstica.	27.3
<b>IRIS Y CUERPO CILIAR</b>		
66500	Iridotomía, incisión mediante instrumento cortante.	18.2
66600	Iridectomía con sección corneoescleral o corneal, para remoción de lesión.	21.5
66625	Iridectomía periférica por glaucoma.	16.8
66680	Reparación de iris y cuerpo ciliar.	21.5
66761	Iridotomía/iridectomía por cirugía con láser (para glaucoma), una o más sesiones.	24.3
66762	Iridoplastia por fotocoagulación una o más sesiones.	23.1

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>LARINGE</b>		
31300	Laringotomía (tirotomía), con extracción de tumor o laringocele y cordectomía.	46.4
31360	Laringectomía total sin disección radical del cuello.	61.4
31365	Laringectomía total con disección radical de cuello.	72.7
31367	Laringectomía subtotal supraglótica sin disección radical de cuello.	61.4
31368	Laringectomía subtotal, supraglótica, con disección radical de cuello.	72.7
31370	Laringectomía parcial horizontal (hemilaringectomía).	61.4
31390	Faringolaringectomía, con disección radical de cuello, sin reconstrucción.	69.7
31395	Faringolaringectomía, con disección radical de cuello, con reconstrucción.	72.7
31420	Epiglotidectomía.	49.5
31500	Intubación endotraqueal, por emergencia.	13.0
31502	Cambio de sonda de traqueotomía, previo establecimiento de vía fistular.	7.5
<b>MANOS Y DEDOS</b>		
26037	Fasciotomía descompresiva de la mano.	24.9
26040	Fasciotomía palmar (ej. contractura de Dupuytren), percutánea.	24.9
26045	Fasciotomía palmar abierta.	24.9
26055	Liberación de tendón por dedo en gatillo.	24.9
26070	Artrotomía con Exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño, en articulación carpometacarpiana.	28.7
26075	Artrotomía con Exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño articulación metacarpofalángica.	28.7
26080	Artrotomía con Exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño, en articulación interfalángica.	28.7
26100	Artrotomía para biopsia sinovial, articulación carpometacarpal.	28.7
26115	Excisión de tumor o malformación vascular subcutánea en manos o dedos.	17.8
26116	Excisión de tumor o malformación vascular subfascial, intramuscular, en mano o dedo.	17.8
26117	Resección radical de tumor (ej. neoplasia maligna), de tejido blando de mano o dedo.	38.6
26121	Fasciectomía, únicamente palmar, con o sin Z-plastia o injerto de piel (incluye obtención de injerto).	24.9
26123	Fasciectomía palmar parcial con liberación de un dedo incluyendo la articulación interfalángica proximal, con o sin Z-plastia o injerto cutáneo (incluye obtención del injerto).	38.9
26130	Sinovectomía de articulación carpometacarpal.	37.6
26135	Sinovectomía de articulación metacarpofalángica. incluyendo liberación intrínseca y reconstrucción de la caperuza del extensor.	49.9
26145	Sinovectomía radical (tenosinovectomía), de tendón flexor de palma y/o dedo.	37.6
26160	Excisión de lesión en tendón o cápsula (p. ej. quiste o ganglion) de mano o dedo.	15.7
26170	Excisión de tendón flexor en palma.	15.7
26180	Excisión de tendón flexor de dedos.	15.7
26250	Resección radical de metacarpo por tumor.	38.9
26260	Resección radical de falange proximal o media del dedo (p. ej. Tumor).	19.1
26262	Resección radical de falange distal del dedo (p. ej. tumor).	19.1
26410	Tenorrafia de tendón extensor en mano, cada tendón, sin injerto.	21.9
26433	Reparación de tendón extensor, inserción distal, sin injerto.	28.3
26440	Tenolisis de tendón flexor de palma o dedo.	28.3
26445	Tenolisis de tendón extensor de mano o dedo.	28.3
26450	Tenotomía del flexor en palma.	28.3
26455	Tenotomía de flexor de dedo.	28.3

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
26460	Tenotomía del extensor de mano o dedo.	28.3
26497	Transferencia tendinosa, para restablecer función intrínseca, dedo anular y meñique.	51.2
26498	Transferencia tendinosa, para restablecer función intrínseca, todos los dedos (excepto pulgar).	59.1
26525	Capsulotomía interfalángica, cada articulación.	26.3
26530	Artroplastia de articulación metacarpofalángica.	31.1
26535	Artroplastia de articulación interfalángica.	31.1
26546	Reconstrucción por falta de consolidación metacarpiana o falángica (incluye obtención de injerto con o sin material de osteosíntesis).	35.9
26550	Pulgarización de un dígito.	59.1
26560	Corrección de sindactilia, con colgajos de tejidos.	62.2
26565	Osteotomía metacarpiana, cada una.	30.7
26587	Reconstrucción de dígito supernumerario (polidactilia).	38.9
26597	Liberación de contractura cicatrizal, de flexor o extensor, con injertos cutáneos, colgajos de reorganización o Z plastia, mano y/o dedo.	46.4
<b>MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR</b>		
33200	Inserción de marcapasos permanente con electrodo(s) epicárdicos por toracotomía.	77.5
33206	Inserción o reemplazo de un marcapasos permanente con electrodo transvenoso auricular (unicameral).	58.0
33207	Inserción o reemplazo de un marcapasos ventricular permanente con electrodos transvenosos (unicameral).	57.7
33208	Inserción o reemplazo de un marcapasos permanente auricular y ventricular con electrodos transvenosos (bicameral).	102.1
33210	Inserción o reemplazo de electrodo cardiaco o catéter marcapaso transvenoso temporal de una sola cámara.	17.1
33216	Inserción o reubicación de electrodo transvenoso permanente, posterior a 15 días de la inserción inicial (unicameral).	57.7
33236	Retiro de marcapaso permanente, epicardico por toracotomía.	46.4
33243	Retiro de los conductores (electrodos) del desfibrilador de cardioversión implantable, mediante toracotomía.	77.5
33244	Retiro de los conductores (electrodos) del desfibrilador de cardioversión implantable, mediante extracción transvenosa.	102.1
33250	Cirugía para wolff-parkinson-white sin bypass (ablación de foco arritmico).	92.2
33251	Cirugía para wolff-parkinson-white con bypass (ablación de foco arritmico).	104.2
33300	Sutura de herida cardiaca sin derivación.	108.5
33305	Sutura de herida cardiaca con derivación.	108.5
33310	Cardiotomía exploradora sin derivación (incluye extracción de cuerpo extraño).	79.2
33315	Cardiotomía exploradora con bypass (incluye extirpación de cuerpo extraño).	130.4
33320	Sutura de aorta o grandes vasos sin bypass.	85.4
33322	Sutura de aorta o grandes vasos con bypass.	145.1
33330	Inserción de injerto, en aorta o grandes vasos sin cortocircuito o derivación cardiopulmonar.	118.5
33335	Inserción de injerto, en aorta o grandes vasos con derivación cardiopulmonar.	139.3
<b>MEDIASTINO</b>		
39010	Mediastinotomía con Exploración, drenaje, extracción de cuerpo extraño o biopsia, por vía torácica.	77.5
39220	Excisión de tumor mediastinal.	124.0
39400	Mediastinoscopia, con o sin biopsia.	31.1

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>MÚSCULOS EXTRAOCULARES</b>		
67311	Cirugía de estrabismo, con resección de un músculo horizontal.	39.3
67312	Cirugía de estrabismo, con resección de dos músculos horizontales.	46.4
67314	Cirugía de estrabismo con resección de un músculo vertical (excepto oblicuo superior).	39.3
67316	Cirugía de estrabismo con resección de dos o más músculos verticales (excepto oblicuo superior).	45.6
67318	Cirugía de estrabismo con resección de músculo oblicuo superior.	47.1
67400	Orbitotomía sin colgajo óseo (abordaje frontal o transconjuntival) para Exploración, con o sin biopsia.	35.3
67405	Orbitotomía sin colgajo óseo con drenaje solamente.	48.4
67412	Orbitotomía con extirpación de lesión.	51.8
67414	Orbitotomía con extirpación de hueso para descompresión.	51.8
67420	Orbitotomía con colgajo óseo o ventana, por vía lateral, con extirpación de lesión.	47.1
67445	Orbitotomía, abordaje lateral, con extirpación de hueso para descompresión.	47.1
67570	Descompresión de nervio óptico (p.ej. incisión de la vaina del nervio).	47.1
<b>NERVIOS SOMÁTICOS</b>		
64400	Bloqueo de nervio trigemino cualquier división o rama.	9.6
64402	Bloqueo de nervio facial.	6.7
64408	Bloqueo de nervio vago.	6.7
64413	Bloqueo de plexo cervical.	6.7
64415	Bloqueo de plexo braquial.	6.7
64420	Bloqueo de nervio intercostal (uno solo).	6.7
64445	Bloqueo de nervio ciático.	6.7
64475	Bloqueo de nervio paravertebral de la faceta articular a nivel lumbar o sacro, un solo nivel.	7.7
64510	Bloqueo de ganglio estelar (simpático cervical).	6.7
64600	Destrucción por agente neurolítico, del nervio trigemino ramas supraorbital, infraorbital, mentoniana o alveolar inferior.	9.6
64605	Destrucción por agente neurolítico, del nervio trigemino segunda y tercera ramas a nivel de foramen oval.	14.2
64610	Destrucción por agente neurolítico, del nervio trigemino segunda y tercera ramas a nivel de foramen oval bajo monitoreo radiológico.	17.3
64613	Destrucción por agente neurolítico de placa neuromuscular de músculos cervicales (p.ej. torticolis espasmótica).	9.5
64622	Destrucción por agente neurolítico de nervio de faceta articular paravertebral a nivel lumbar o sacro, un solo nivel.	7.9
64721	Neuroplastia y/o transposición de nervio mediano a nivel del túnel carpal.	31.6
<b>NEURORRAFIAS</b>		
64831	Neurorrafia de nervio digital, mano o pie.	12.2
64835	Neurorrafia de nervio tenar motor mediano (mano o pie).	25.4
64836	Neurorrafia de nervio cubital motor (mano o pie).	30.6
64840	Neurorrafia de nervio tibial posterior.	31.9
64856	Neurorrafia de nervio periférico mayor, de brazo o pierna, excepto ciático, incluyendo transposición.	35.9
64857	Neurorrafia de nervio periférico mayor de brazo o pierna, excepto ciático, sin transposición.	30.6
64858	Neurorrafia de nervio ciático.	52.0
64861	Neurorrafia del plexo braquial.	49.0



<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
64862	Neurorrafia de plexo lumbar.	49.6
64864	Neurorrafia de nervio facial.	45.8
64885	Injerto de nervios de cabeza o cuello (incluye obtención del injerto), hasta de 4 cm de longitud.	86.6
64886	Injerto de nervio de cabeza o cuello (incluye obtención del injerto), de más de 4 cm de longitud.	93.2
64890	Injerto de nervio de mano o pie (incluye obtención del injerto), hasta de 4 cm de longitud.	66.6
64892	Injerto de nervio de brazo o pierna (incluye obtención del injerto), hasta de 4 cm de longitud.	66.6

### **OÍDO INTERNO**

69801	Laberintomía con o sin criocirugía u otro procedimiento destructivo no excisional o perfusión con compuestos vestibuloactivos (una o varias perfusiones), transconducto.	46.4
69805	Cirugía de saco endolinfático sin derivación.	54.3
69806	Cirugía de saco endolinfático con derivación.	54.3
69820	Fenestración de canal semicircular.	46.4
69905	Laberintectomía transconducto.	46.4
69910	Laberintectomía con mastoidectomía.	46.4
69915	Sección de nervio vestibular por vía translaberíntica.	79.2
69930	Colocación de aparato coclear con o sin mastoidectomía.	54.3
69950	Sección de nervio vestibular por vía transcraneal.	54.3
69955	Descompresión y/o reparación de nervio facial (incluye injerto).	54.3
69960	Descompresión de canal auditivo interno.	54.3
69970	Excisión de tumor de hueso temporal.	85.2

### **OTROS PROCEDIMIENTOS DE SEGMENTO ANTERIOR**

67208	Dstrucción de lesiones localizadas en retina (ej. edema macular, tumores) con crioterapia o diatermia, una o más sesiones.	39.5
67210	Dstrucción de lesión localizada en retina con fotocoagulación, una o más sesiones.	18.5
67228	Tratamiento para retinopatía proliferativa (ej. retinopatía diabética), una o más sesiones de fotocoagulación láser o xenon.	10.1

### **PÁNCREAS**

48000	Colocación de drenajes, peripancreáticos por pancreatitis aguda.	23.2
48001	Colocación de drenajes, peripancreáticos con colecistostomía, gastrostomía y yeyunostomía por pancreatitis aguda.	92.5
48005	Resección o desbridamiento de páncreas y tejidos peripancreáticos por pancreatitis necrosante aguda.	77.5
48100	Biopsia abierta de páncreas.	47.3
48120	Excisión de lesión de páncreas (p. ej. quiste, adenoma).	53.6
48140	Pancreatectomía distal, subtotal con o sin esplenectomía, sin pancreaticoyeyunostomía.	85.2
48150	Pancreatectomía proximal subtotal con duodenectomía total, gastrectomía parcial, coledocoenterostomía y gastroyeyuno-anastomosis (procedimiento tipo whipple) con pancreatoyeyunoanastomosis.	118.4
48152	Pancreatectomía proximal sin pancreatoyeyunoanastomosis.	118.4
48153	Pancreatectomía proximal subtotal con duodenectomía, coledocoenteroanastomosis y duodenoyeyunoanastomosis (procedimiento tipo whipple con conservación del piloro) con pancreatoyeyunoanastomosis.	118.4
48155	Pancreatectomía total.	118.4
48510	Drenaje de pseudoquiste de páncreas.	43.2

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>PÁRPADOS</b>		
67700	Blefarotomía por drenaje de absceso de párpado.	13.6
67715	Cantotomía.	2.6
67800	Excisión de chalazión.	4.9
67810	Biopsia de párpados.	4.6
67820	Corrección de triquiasis, mediante pinzas.	3.3
67840	Excisión de lesión de párpado (excepto chalazión) con o sin sutura.	9.0
67901	Corrección de blefaroptosis (ptosis palpebral).	25.4
67914	Corrección de entropión mediante sutura.	17.3
67916	Corrección de entropión con blefaroplastia, con excisión de cuña tarsiana.	19.5
67921	Corrección de entropión mediante sutura.	18.5
67923	Corrección de entropión con blefaroplastia, con excisión de cuña tarsiana.	24.8
67924	Blefaroplastia amplia para corrección de entropion.	32.3
67930	Sutura de herida reciente en párpado, que involucre borde del párpado, tarso y/o conjuntiva palpebral, de espesor parcial.	20.1
67950	Cantoplastia.	11.1
67961	Excisión y reparación de párpado, involucrando borde del párpado, tarso, conjuntiva, canto o todo su espesor. Incluye preparación para injerto cutáneo o colgajo pediculado con transferencia de tejido adyacente, hasta un cuarto del borde del párpado.	27.5
67966	Excisión y reparación de párpado, involucrando borde del párpado, tarso, conjuntiva, canto o todo su espesor. Incluye preparación para injerto cutáneo o colgajo pediculado con transferencia de tejido adyacente, de más de un cuarto del borde del párpado.	31.4
68100	Biopsia de conjuntiva.	7.7
68110	Excisión de lesión en conjuntiva, hasta 1 cm.	7.7
68115	Excisión de lesión de conjuntiva de mas de 1 cm.	12.2
68320	Conjuntivoplastia, con injerto conjuntival.	19.6
68326	Conjuntivoplastia, con reconstrucción de fondo de saco, con injerto conjuntival.	24.4
<b>PELVIS Y CADERA</b>		
26990	Incisión y drenaje de hematoma o absceso profundo en pelvis o cadera.	24.6
26991	Incisión y drenaje en pelvis o cadera por bursa infectada.	24.6
27001	Tenotomía abierta del aductor de cadera.	31.1
27003	Tenotomía abierta del aductor, subcutáneo con neurectomía del obturador.	31.1
27005	Tenotomía abierta de flexores de la cadera.	31.1
27006	Tenotomía abierta de abductores y/o extensores de la cadera.	31.8
27025	Fasciotomía muslo o cadera, cualquier tipo.	34.8
27030	Artrotomía de cadera con drenaje.	38.6
27033	Artrotomía de cadera, incluye exploración, extracción de cuerpo extraño.	38.7
27048	Excisión de tumor en pelvis o cadera, subfascial o intramuscular (profundo).	31.1
27049	Resección radical de tumor de tejidos blandos de pelvis o cadera (p. ej. neoplasia maligna).	38.6
27050	Artrotomía de articulación sacroiliaca con biopsia.	31.1
27052	Artrotomía de articulación de la cadera con biopsia.	38.6
27054	Artrotomía con sinovectomía de la articulación de la cadera.	49.5
27075	Resección radical de tumor de isquion, ilion, pubis o sinfisis del pubis.	38.6
27080	Coxigectomía primaria.	26.3
27090	Remoción de prótesis de cadera.	57.4

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>PIE</b>		
28001	Incisión y drenaje de bursa infectada de pie.	5.9
28008	Fasciotomía de pie y/o dedo.	19.1
28010	Tenotomía percutánea de dedo del pie, un solo tendón.	18.7
28011	Tenotomía percutánea de dedo, varios tendones.	18.7
28020	Artrotomía con Exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación intertarsal o tarsometatarsal.	23.9
28022	Artrotomía con Exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación metatarsofalángica.	23.9
28024	Artrotomía con Exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación interfalángica.	23.9
28030	Neurectomía (músculos del pie).	46.8
28035	Descompresión de nervio tibial posterior (liberación del túnel del tarso).	27.6
28045	Excisión de tumor en pie, subfascial o intramuscular.	20.1
28046	Resección radical de tumor (p. ej. neoplasia maligna) de tejidos blandos del pie.	38.6
28050	Artrotomía con biopsia sinovial de articulación intertarsal o tarso metatarsal.	23.9
28052	Artrotomía con biopsia de la articulación metatarsofalángica.	23.9
28054	Artrotomía con biopsia de la articulación interfalángica.	23.9
28060	Fasciectomía plantar parcial.	23.9
28070	Sinovectomía de articulación intertarsal o tarsometatarsal.	36.2
28072	Sinovectomía de articulación metatarsofalángica.	31.8
28080	Excisión de neuroma interdigital (Morton).	23.9
28086	Sinovectomía con liberación de tendón flexor de pie.	37.9
28088	Sinovectomía con liberación de tendón extensor de pie.	37.9
28100	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno en astragalo o calcaneo.	28.0
28104	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno en tarso o metatarso (excepto astragalo o calcaneo).	28.0
28110	Ostectomía parcial de cabeza 5o metatarsiano.	18.8
28111	Ostectomía completa de cabeza de 1er. metatarsiano.	18.8
28112	Ostectomía completa de 2°, 3° y 4° cabezas metatarsianas.	18.8
28113	Ostectomía completa de cabeza de 5o metatarsiano.	18.8
28119	Ostectomía por espolón calcaneo con o sin liberación de fascia plantar.	28.0
28130	Astragalectomía.	28.0
28140	Metatarssectomía.	28.0
28150	Falangectomía (cada dedo del pie).	18.8
28171	Resección radical de tumor del hueso tarsiano (excepto astragalo o calcaneo).	31.8
28175	Resección radical de tumor óseo del dedo del pie.	31.8
<b>PIERNA (TIBIA Y PERONÉ) Y TOBILLO</b>		
27600	Fasciotomía descompresiva en pierna, compartimientos anteriores y/o laterales.	24.9
27604	Incisión y drenaje de absceso de bursa infectada de tobillo.	8.2
27605	Tenotomía percutánea de tendón de aquiles con anestesia.	13.7
27607	Incisión profunda con apertura de corteza de hueso (p. ej. para osteomielitis o absceso óseo) en pierna o tobillo.	20.1
27610	Artrotomía de tobillo (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño).	28.0
27614	Biopsia subfascial o intramuscular, en pierna o tobillo.	13.4
27615	Resección radical de tumor (p. ej. neoplasia maligna) de tejidos blandos en pierna o tobillo.	38.6
27619	Excisión de tumor, subfascial o intramuscular en pierna o tobillo.	20.1

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
27625	Artrotomía de tobillo con sinovectomía.	37.9
27630	Excisión de lesión de vaina tendinosa o cápsula (p. ej. quiste o ganglion), pierna y/o tobillo.	18.8
27635	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de tibia o peroné.	28.0
27645	Resección radical de tumor en tibia.	70.0
27646	Resección radical de tumor en peroné.	70.0
27647	Resección radical de tumor en astragalo o calcaneo.	70.0
<b>PROCEDIMIENTOS POSTINFARTO</b>		
33542	Resección miocárdica (ej. aneurisectomía ventricular).	110.5
33572	Endarterectomía coronaria abierta, cualquier método, realizada en conjunción con el procedimiento de injerto para derivación de arteria coronaria (revascularización o bypass), cada vaso.	164.6
33600	Cierre de válvula auriculo-ventricular (mitral o tricuspídea) por sutura o parche.	105.5
33602	Cierre de válvula semilunar (aórtica o pulmonar) por sutura o parche.	105.5
33606	Anastomosis de arteria pulmonar a aorta (procedimiento de Damus-Kaye-Stansel).	154.9
33610	Corrección de anomalías cardíacas complejas (ej. ventrículo único con obstrucción subaórtica).	154.9
33615	Corrección de atresia tricuspídea, por cierre de defecto septal auricular y anastomosis de la aurícula o vena cava a la arteria pulmonar (procedimiento Fontan).	154.9
33619	Corrección de ventrículo único con obstrucción aórtica e hipoplasia de arco aórtico (síndrome de corazón izq. hipoplásico) (p. ej. procedimiento Norwood).	187.8
<b>PROCEDIMIENTOS VASCULARES</b>		
36000	Introducción de catéter venoso.	4.8
36010	Colocación de catéter en vena cava superior o inferior.	19.6
36145	Introducción de catéter en cortocircuito venoso creado para diálisis (cánula, fístula o injerto )	23.8
36450	Exsanguineotransfusión, en recién nacido.	22.1
36468	Escleroterapia (una o varias inyecciones de soluciones esclerosantes) en extremidad o tronco.	3.4
36488	Colocación de catéter venoso central (subclavia, yugular u otra vena) para presión venosa central, hiperalimentación hemodiálisis o quimioterapia, percutánea en menores de dos años de edad.	7.8
36490	Venodisección (colocación de catéter venoso central), en pacientes menores de 2 años.	12.7
36491	Venodisección (colocación de catéter venoso central) en mayores de 2 años.	12.7
36510	Onfalocclisis.	5.6
36530	Inserción de bomba de infusión implantable.	19.6
36533	Inserción de una vía de acceso venosa con o sin reservorio subcutáneo (porto cath).	25.0
36821	Anastomosis arteriovenosa, directa.	62.2
37140	Anastomosis venosa portocava, para descompresión portal.	124.0
37145	Anastomosis venosa reniportal, para descompresión portal.	108.5
37160	Anastomosis venosa cava-meséntérica, para descompresión portal.	108.5
37195	Trombolisis cerebral, mediante infusión intravenosa.	27.7
37205	Colocación transcateter de dilatadores intravasculares vía percutánea (excepto coronario).	47.5
37207	Colocación transcateter de dilatadores intravasculares por vía abierta (p. ej. stent, filtros), (excepto coronario).	47.5
37565	Ligadura de vena yugular interna.	46.4
37605	Ligadura de arteria carótida interna o primitiva.	46.4
37607	Ligadura de angioacceso de fístula arteriovenosa.	46.4
37617	Ligadura por ruptura postraumática de arteria grande del abdomen.	62.2
37618	Ligadura por ruptura postraumática de arteria grande de miembro pélvico o torácico.	62.2

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
37620	Interrupción, parcial o completa, de vena cava inferior, con sutura, ligadura o clip.	62.2
37650	Ligadura de vena femoral.	37.2
37660	Ligadura de iliaca primitiva.	37.2
37700	Ligadura y división de vena safena larga a nivel de la unión safenofemoral o interrupciones distales.	37.2
37720	Safenectomía de la vena safena larga o corta.	37.2
37730	Safenectomía de vena safena larga y corta.	56.1
37735	Safenectomía con excisión radical de úlcera e injerto cutáneo y/o interrupción de venas comunicantes, con excisión de fascia.	69.7
37760	Ligadura subfascial o radical de venas perforantes, con o sin injerto cutáneo.	77.8
37785	Ligadura, división y/o excisión de venas varicosas, una pierna.	37.2
<b>PRÓSTATA</b>		
52450	Incisión transuretral de próstata.	35.8
52612	Resección transuretral de próstata.	69.4
55700	Biopsia de próstata con aguja o en sacabocado (una sola o varias).	10.9
55705	Biopsia incisional de próstata por cualquier abordaje.	10.9
55720	Drenaje de absceso prostático.	13.9
55815	Prostatectomía perineal radical con linfadenectomía pélvica bilateral, incluyendo ganglios linfáticos iliacos externos, hipogástrico y obturadores.	63.1
55821	Prostatectomía radical suprapúbica, uno o dos estadios (incluye control de sangrado postoperatorio, vasectomía, meatotomía, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna).	63.1
55840	Prostatectomía radical retropúbica, con o sin conservación del nervio.	63.1
55842	Prostatectomía radical retropúbica con toma de biopsia de nódulo linfático (linfadenectomía pélvica limitada)	69.3
55845	Prostatectomía radical retropúbica con linfadenectomía pélvica bilateral, incluyendo ganglios iliacos externos, hipogástricos y obturadores	88.0
<b>QUEMADURAS, TRATAMIENTO LOCAL</b>		
16010	Limpieza y desbridamiento, inicial o subsecuente para lesiones por quemadura pequeñas (hasta el 9% de superficie corporal), bajo anestesia local.	5.6
16015	Limpieza y desbridación amplia, inicial o subsecuente, bajo anestesia, para lesiones por quemaduras medianas a grandes (mayor al 9% de la superficie corporal).	10.9
16035	Escarotomía de lesiones por quemaduras (tratamiento inicial)	42.3
<b>RECTO</b>		
45000	Drenaje transrectal de absceso pélvico.	23.6
45005	Incisión y drenaje de absceso de recto (submucoso).	23.6
45020	Incisión y drenaje de absceso profundo en supraelevador, pelvirrectal o retrorrectal.	27.3
45100	Biopsia de pared ano-rectal, abordaje anal.	10.7
45108	Miomectomía ano-rectal.	38.6
45110	Proctectomía completa, combinada abdominoperineal con colostomía.	92.9
45111	Proctectomía con resección parcial de recto, abordaje transabdominal.	92.9
45120	Proctectomía completa por megacolon congénito, abordajes abdominal y perineal con anastomosis (Sweson, Duhamel o Soave).	92.9
45130	Excisión de prolapso rectal, con anastomosis, por vía perineal.	40.3
45170	Excisión de tumor rectal, por vía transanal.	40.3

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>REPARACIÓN, REVISIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE ANTEBRAZO Y MUÑECA</b>		
25260	Reparación de tendón o músculo flexor, antebrazo y/o muñeca.	25.9
25270	Reparación de tendón o músculo extensor, de antebrazo o muñeca.	23.6
25274	Reparación de tendón o músculo extensor, con injerto (incluye la obtención del injerto) de antebrazo y/o muñeca.	31.1
25290	Tenotomía abierta, tendón flexor o extensor de antebrazo y/o muñeca.	31.1
25295	Tenolisis, tendón flexor o extensor de antebrazo y/o muñeca.	20.1
25300	Tenodesis de muñeca, flexores de dedos.	31.1
25301	Tenodesis de muñeca extensores de dedos.	31.1
25310	Transferencia de tendón flexor o extensor de muñeca y/o antebrazo.	37.2
25312	Transferencia de tendón flexor o extensor de muñeca y/o antebrazo con injerto de tendón (incluye obtención de injerto).	37.2
25320	Capsulorrafia o reconstrucción de muñeca por inestabilidad carpal (incluye sinovectomía, capsulotomía y reducción abierta).	58.1
25332	Artroplastia de muñeca, con o sin material de osteosintesis.	49.6
25350	Osteotomía de radio, tercio distal.	41.9
25355	Osteotomía de radio tercio medio o proximal.	54.3
25360	Osteotomía de cúbito.	41.8
25365	Osteotomía de radio y cúbito.	54.3
25441	Artroplastia con reemplazo prótesis de radio distal.	62.2
<b>REPARACIÓN, REVISIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE PIE</b>		
28200	Tenorrafia de tendón flexor de pie, sin injerto.	31.1
28208	Tenorrafia del tendón extensor de pie.	31.1
28220	Tenolisis del flexor del pie.	27.0
28225	Tenolisis del extensor del pie.	27.0
28270	Capsulotomía de articulación metatarsofalángica con o sin tenorrafia.	31.1
28290	Corrección de hallux valgus, con o sin sesamoidectomía.	31.1
28296	Corrección de hallux valgus, con osteotomía de metatarsianos.	49.5
28300	Osteotomía del calcaneo, con o sin material de osteosíntesis.	41.8
28302	Osteotomía del astragalo.	41.8
28344	Reconstrucción de dedos del pie (polidactilia).	41.8
<b>REPARACIÓN, REVISIÓN Y RECONSTRUCCIÓN PIERNA (TIBIA Y PERONÉ) Y TOBILLO</b>		
27650	Reparación de ruptura de tendón de aquiles.	37.9
27658	Tenorrafia del flexor de pierna sin injerto.	37.9
27664	Tenorrafia del extensor de pierna, sin injerto.	37.9
27685	Alargamiento o acortamiento de tendón de tobillo o pierna.	37.9
27695	Sutura de desgarró de ligamento colateral de tobillo (primaria).	37.9
27700	Artroplastia de tobillo.	53.3
27705	Osteotomía de tibia.	28.0
27707	Osteotomía de peroné.	28.0
27709	Osteotomía de tibia y peroné.	42.0
27724	Osteoplastia tibia con injerto iliaco o cualquier otro autoinjerto (ncluye obtención del injerto).	69.7
<b>REPARACIÓN, REVISIÓN Y RECONTRUCCÓN</b>		
27097	Liberación o resección de tendones de la corva proximal( p ej. del hueco popliteo).	26.3
27098	Transferencia del aductor a isquion.	38.6

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
27100	Transferencia del músculo oblicuo externo a trocanter mayor incluyendo la extensión de fascia o tendón.	59.1
27120	Acetabuloplastia (ej. tipo Whitman, Colonna, Haygroves).	121.9
27122	Resección de cabeza femoral.	99.7
27125	Hemiartroplastia de cadera (p. ej. tallo femoral protesico, artroplastia bipolar).	121.9
27130	Artroplastia con reemplazo total de cadera, con o sin injerto.	134.1
27179	Osteoplastia de cuello femoral.	99.7
27181	Osteotomía y fijación interna de cuello femoral.	99.7
<b>REPARACIÓN, REVISIÓN Y RECONSTRUCCIÓN FÉMUR (MUSLO) Y RODILLA</b>		
27380	Tenorrafia de tendón infrapatelar.	31.1
27385	Sutura de ruptura de cuádriceps o músculos de la corva (p. ej. de la pantorrilla).	31.1
27400	Transferencia de tendón o músculo, del hueco popliteo al fémur.	38.6
27405	Reparación de desgarro de ligamentos y/o cápsula de la rodilla colateral.	46.4
27407	Reparación de desgarro de ligamento cruzado y/o cápsula de rodilla.	46.4
27409	Reparación de desgarro de ligamento colateral y cruzado y/o cápsula de rodilla.	58.1
27420	Reconstrucción por luxación recurrente de rotula (procedimiento tipo Hauser).	52.9
27427	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, extra-articular.	54.9
27428	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, intra-articular.	64.9
27429	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, intra-articular y extra-articular.	76.2
27430	Plastia de cuádriceps (tipo Bennett o Thompson).	52.9
27435	Capsulotomía de rodilla.	52.9
27437	Artroplastia de rotula sin prótesis.	61.5
27442	artroplastia de rodilla (condilos femorales o mesetas tibiales).	84.0
27445	Artroplastia de rodilla, prótesis con bisagras.	84.0
27447	Reemplazo total de rodilla.	79.0
27448	Osteotomía de fémur, diafisaria o supracondilea, sin fijación.	42.3
27450	Osteotomía de fémur, diafisaria o supracondilea con fijación.	42.3
<b>RETINA</b>		
67101	Tratamiento para desprendimiento de retina, con crioterapia o diatermia con o sin drenaje de fluido subretinal, una o más sesiones.	25.2
67105	Tratamiento para desprendimiento de retina con fotocoagulación, con o sin drenaje de fluido subretinal, una o más sesiones.	43.2
67108	Tratamiento para desprendimiento de retina con vitrectomía, cualquier método con o sin taponamiento con aire o gas expansivo, fotocoagulación con endolaser focal, crioterapia, fotocoagulación y drenaje de fluido subretinal.	71.1
67110	Tratamiento para despredimiento de retina con inyección de aire u otro gas (p.ej. retinopexia neumática).	42.3
67141	Tratamiento profiláctico de desprendimiento de retina (p.ej. rotura de retina o por proceso degenerativo) sin drenaje, una o más sesiones, mediante crioterapia o diatermia.	31.3
67145	Profilaxis de desprendimiento de retina por fotocoagulación (láser o xenon), una o más sesiones.	22.3
<b>SEGMENTO ANTERIOR- CÓRNEA</b>		
65400	Excisión de lesión en córnea, excepto pterigión.	12.3
65410	Biopsia de córnea.	12.3
65420	Excisión de pterigión, sin injerto.	14.7
65426	Excisión de pterigión con injerto.	29.4

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
65450	Dstrucción de lesión en córnea por crioterapia, fotocoagulación o termocauterización.	10.2
65710	Queratoplastia (trasplante corneal).	86.1
65730	Queratoplastia penetrante (excepto en afaquia).	85.2
65750	Queratoplastia penetrante en afaquia (trasplante de córnea).	85.2
65760	Queratomileusis.	59.9
65765	Queratofaquia.	50.5
65767	Epiqueratofaquia.	47.7
65771	Queratotomía radiada.	33.9
<b>SISTEMA AUDITIVO</b>		
69020	Drenaje de absceso en conducto auditivo externo.	7.8
69145	Excisión de lesión de tejido blando de conducto auditivo externo.	7.8
69200	Extracción de cuerpo extraño en conducto auditivo externo sin anestesia general.	7.8
69205	Extracción de cuerpo extraño en conducto auditivo externo con anestesia general.	7.8
69210	Extracción de cerumen impactado, uni o bilateral.	2.9
69320	Reconstrucción de conducto auditivo externo por atresia congénita.	69.7
69420	Miringotomía, incluyendo aspiración y/o insuflación de conducto de Eustaquio.	3.2
69421	Miringotomía, incluyendo aspiración y/o insuflación de conducto de Eustaquio con necesidad de anestesia general.	20.0
69424	Retiro de tubos de ventilación, cuando originalmente fueron colocados por otro médico.	5.9
69436	Timpanostomía (con colocación de tubos de ventilación), bajo anestesia general.	17.4
69440	Exploración de oído medio a través de incisión postauricular o por conducto auditivo.	38.6
69501	Mastoidectomía simple.	46.4
69502	Mastoidectomía completa.	51.6
69511	Mastoidectomía radical.	60.4
69620	Miringoplastia (membrana timpánica y región donante).	46.4
69631	Timpanoplastia sin mastoidectomía (incluye plastia de canal auditivo, aticotomía y/o cirugía de oído medio) inicial o subsecuente, sin reconstrucción de huesecillos.	46.4
69632	Timpanoplastia con reconstrucción de huesecillos.	58.7
69635	Timpanoplastia con antrotomía o mastoidotomía (incluyendo plastia de canal auditivo, aticotomía, cirugía de oído medio) sin reconstrucción de huesecillos.	58.7
69636	Timpanoplastia con antrotomía (incluyendo plastia del canal auditivo, aticotomía, cirugía de oído medio) con reconstrucción de huesecillos.	58.7
69641	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio y corrección de la membrana del tímpano) sin reconstrucción de huesecillos.	58.7
69642	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio y corrección de la membrana del tímpano) con reconstrucción de huesecillos.	58.7
69660	Estapedectomía con restablecimiento de continuidad de huesecillos propios del oído, con o sin uso de material extraño.	63.2
69666	Corrección de fístula de ventana oval.	38.6
69667	Corrección de fístula de ventana redonda.	38.6
69676	Neurectomía timpánica.	54.3
69720	Descompresión de nervio facial, intratemporal, lateral a ganglio geniculado.	57.4
69725	Descompresión de nervio facial incluyendo medial a ganglio geniculado.	57.4
69740	Sutura de nervio facial, intratemporal, con o sin injerto o descompresión, lateral a ganglio geniculado.	69.7
69745	Sutura de nervio facial intratemporal con o sin injerto o descompresión incluyendo medial a ganglio geniculado.	85.2



<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		
33010	Pericardiocentesis inicial.	33.1
33011	Pericardiocentesis subsecuente.	33.1
33020	Pericardiotomía para extirpación de coágulo o cuerpo extraño.	46.4
33025	Creación de una ventana pericárdica o resección parcial para drenaje.	62.0
33031	Pericardiectomía con derivación cardiopulmonar.	108.6
33050	Excisión de tumor o quiste pericardiaco.	108.6
33120	Excisión de tumor intracardiaco, resección con derivación cardiopulmonar.	108.6
<b>SISTEMA DIGESTIVO</b>		
40490	Biopsia de labio.	2.9
40650	Queiloplastia, reparación de labio todo espesor de la mucosa (bermellón).	9.8
40700	Corrección plástica de labio hendido o deformidad nasal, primaria, parcial o completa (labio leporino).	43.0
40800	Drenaje de absceso, quiste o hematoma del vestíbulo de la boca.	6.4
40808	Biopsia de vestíbulo de boca.	2.9
40812	Excisión de lesión de mucosa y submucosa, del vestíbulo de la boca con reparación simple.	5.9
40819	Excisión de frenillo, labial o bucal (frenumectomía, frenulectomía, frenectomía).	8.2
40820	Destrucción de lesión o cicatriz en vestíbulo bucal, mediante métodos físicos (láser, términos, criometodos, químicos).	3.2
40830	Sutura de laceración del vestíbulo de la boca.	4.4
41130	Glosectomía-Hemiglosectomía.	62.2
41252	Corrección de laceración de lengua y piso de la boca, mayor de 2.6 cm.	15.5
42145	Uvulopalatofaringoplastia.	38.7
42200	Palatoplastia para paladar hendido, de paladar blando y/o duro.	41.8
42260	Corrección de fístula nasolabial.	27.1
42300	Drenaje de absceso de parótida.	7.7
42325	Fistulización de quiste salival sublingual (ranula).	10.7
42330	Sialolitotomía, submandibular (submaxilar), sublingual o de parótida, intraoral.	10.7
42340	Sialolitotomía de parotida, por vía extraoral o intraoral complicada.	32.5
42408	Excisión de quiste salival sublingual (ranula).	15.5
42410	Excisión de glándula o tumor de parotida, lobulo lateral, sin disección del nervio.	32.5
42420	Excisión total de parótida, con disección y preservación del nervio facial.	55.0
42440	Excisión de glándula submaxilar.	32.5
42660	Dilatación y cateterismo de conducto salival, con o sin inyección.	6.6
43020	Esofagotomía, abordaje cervical, con extirpación de cuerpo extraño.	23.2
43130	Diverticulectomía de hipofaringe, o esófago con o sin miotomía, por vía cervical.	31.6
<b>SISTEMA ENDÓCRINO</b>		
60000	Incisión y drenaje de quiste tirogloso infectado.	3.9
60100	Biopsia de tiroides percutánea.	8.9
60200	Excisión de quiste o adenoma de tiroides o transección del istmo.	46.4
60210	Lobectomía tiroidea parcial, unilateral, con o sin itmosectomía.	46.4
60220	Lobectomía tiroidea total unilateral, con o sin itmosectomía.	55.7
60225	Lobectomía tiroidea total con lobectomía subtotal contralateral incluyendo itmosectomía.	63.1
60240	Tiroidectomía total o completa.	77.4
60252	Tiroidectomía total o subtotal por malignidad con disección conservadora del cuello.	80.8

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
60254	Tiroidectomía total o subtotal por malignidad con disección radical de cuello.	96.1
60270	Tiroidectomía incluyendo glándula tiroidea subesternal, por vía transtorácica o esternotomía.	71.6
60280	Excisión de quiste de conducto tirogloso.	46.5
60500	Paratiroidectomía, o exploración de paratiroides.	57.0
60520	Timectomía, parcial o total vía cervical.	77.4
60522	Timectomía con esternotomía o vía transtorácica con disección mediastinica radical.	90.0
60540	Adrenalectomía parcial o completa, o exploración de glándula adrenal con o sin biopsia, transabdominal, lumbar o dorsal.	90.0
60545	Adrenalectomía parcial o completa con excisión de tumor retroperitoneal adyacente.	90.0
60600	Excisión de tumor del cuerpo carotideo, sin excisión de arteria carotida.	77.5
60605	Excisión de tumor de cuerpo carotideo, con excisión de arteria carotida.	96.2
<b>SISTEMA GENITAL FEMENINO</b>		
58551	Miomectoma por laparoscopia (uno o varios).	62.8
58353	Ablación endometrial, térmica.	32.4
58558	Histeroscopia con toma de biopsia de endometrio y/o polipectomía.	27.7
58561	Histeroscopia con resección de leiomioma.	19.4
<b>SISTEMA GENITAL MASCULINO</b>		
54056	Destrucción de lesiones en pene (p. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética) por medio de criocirugía.	7.5
54057	Destrucción de lesiones en pene con cirugía láser.	7.5
54125	Amputación completa de pene.	42.6
54161	Circuncisión con dispositivo o con corte dorsal (excepto en recién nacido).	23.2
54220	Irrigación de cuerpo cavernoso por priapismo.	7.5
54304	Cirugía plástica del pene para corrección de encordamiento o para primer estadio de corrección de hipospadias con o sin trasplante de prepucio y/o colgajos cutáneos.	49.9
54308	Uretroplastia para el segundo tiempo de corrección de hipospadias (incluyendo derivación urinaria).	27.9
54380	Corrección de epispadias distales al esfinter externo.	39.1
54400	Colocación de prótesis peneana (no inflable).	40.4
54401	Colocación de prótesis peneana (inflable).	53.3
54430	Cortocircuito de cuerpos cavernosos con cuerpo esponjoso (cirugía para priapismo), unilateral o bilateral.	37.2
<b>SISTEMA LAGRIMAL</b>		
68400	Incisión para drenaje de glándula lagrimal.	6.4
68420	Incisión para drenaje de saco lagrimal (dacriocistotomía).	4.6
68500	Excisión de glándula lagrimal (dacrioadenectomía), excepto por tumor.	29.8
68510	Biopsia de glándula lagrimal.	8.0
68520	Excisión de saco lagrimal (dacriocistectomía).	24.2
68525	Biopsia de saco lagrimal.	10.2
68540	Excisión de tumor de glándula lagrimal.	24.2
68720	Dacriocistorrinostomía (fistulización de saco lagrimal a cavidad nasal).	34.5
68745	Conjuntivorrinostomía (fistulización de conjuntiva a cavidad nasal), sin tubo.	33.0
68750	Conjuntivorrinostomía con tubo o catéter dilatador.	25.2
68760	Cierre de punto lagrimal por termocauterización, ligadura o cirugía con láser.	4.6
68770	Cierre de fístula lagrimal.	5.6

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
68801	Dilatación de punto lagrimal con o sin irrigación.	2.8
68810	Sondeo de conducto nasolagrimal, con o sin irrigación.	4.4
92081	Examen de campo visual uni o bilateral, con interpretación e informe, examen limitado (ej. pantalla tangente, Octopus 3 o 7 o equivalente).	2.2
92082	Examen intermedio (ej. por lo menos dos isópteros en el perimetro Goldmann, prueba de diagnóstico automático supraumbral de Humphrey).	2.2
92083	Examen extendido de campos visuales uni o bilateral.	2.8
92230	Angioscopia con fluoresceína, con interpretación e informe.	2.5
92235	Angiografía con fluoresceína incluye imágenes en marcos múltiples con interpretación e informe.	3.9
92240	Angiografía con verde de indocianina incluye imágenes en marcos múltiples con interpretación e informe.	4.2
92265	Oculoelectromiografía de aguja, uno o varios músculos extraoculares, un ojo o ambos con interpretación e informe.	3.4
92270	Electrooculografía con interpretación e informe.	3.4
92275	Electrorretinografía con interpretación e informe.	3.4

### **SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO**

20220	Biopsia de hueso superficial con aguja o trocar (p. ej. esternón, apofisis espinosas, costillas, cráneo).	13.2
20225	Biopsia de hueso profundo con aguja o trocar (p. ej. cuerpo vertebral, fémur, etc.).	15.2
20240	Biopsia de hueso con excisión a nivel superficial.	15.2
20520	Extracción simple de cuerpo extraño en músculo o tendón.	15.0
20525	Extracción profunda o complicada de cuerpo extraño en músculo o tendón.	23.9
20550	Infiltración en tendón o ligamento.	4.9
20605	Artrocentesis, aspiración y/o inyección en articulaciones intermedias, bursa o ganglio (p. ej. temporomandibular, acromioclavicular, muñeca, codo, tobillo y bolsa de olecranon).	6.3
20610	Artrocentesis, aspiración y/o inyección en articulaciones mayores o bursa (p. ej. hombro, cadera, rodilla, bursa subacromial, etc.).	6.9
20670	Retiro de material de osteosíntesis superficial.	6.1
20680	Retiro de material de osteosíntesis profundo (alambre, clavo, varilla, placa).	36.3
20816	Reimplante de dedo por amputación completa, incluye articulación metacarpofalángica hasta inserción del tendón flexor superficial, (excepto pulgar).	99.0
20824	Reimplante de dedo pulgar por amputación completa, incluye articulación carpometacarpiana hasta articulación metacarpo falángica.	112.7
20924	Injerto de tendón distal (p. ej. palmar, extensor de dedo del pie, plantar).	51.2

### **SISTEMA NERVIOSO**

61108	Trepano helicoidal para evacuación y/o drenaje de hematoma subdural.	116.4
61140	Trepano con biopsia de cerebro o de lesión intracraneana.	62.0
61151	Trepano con punción evacuadora por absceso o quiste intracraneal.	116.4
61154	Trepano con evacuación y/o drenaje de hematoma, extradural o subdural.	133.2
61304	Craneotomía exploradora supratentorial.	116.4
61305	Craneotomía exploradora infratentorial (fosa posterior).	124.0
61312	Craneotomía, para drenaje de hematoma supratentorial, extradural o subdural.	116.4
61313	Craneotomía para drenaje de hematoma intracerebral.	124.0
61314	Craneotomía para evacuación de hematoma infratentorial, extradural o subdural.	117.4
61315	Craneotomía para evacuación de hematoma intracerebelar.	137.7

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
61320	Craneotomía para drenaje de absceso intracraneal supratentorial.	88.0
61321	Craneotomía para drenaje de absceso intracraneal, infratentorial.	99.8
61332	Exploración de órbita (vía transcraneal), con biopsia.	126.3
61333	Exploración de órbita por vía transcraneal con extirpación de lesión.	116.3
61334	Exploración de órbita por vía transcraneal con extracción de cuerpo extraño.	116.3
61343	Craneotomía, suboccipital con laminectomía cervical para descompresión del bulbo y medula espinal, con o sin injerto dural (p.ej. malformación de Arnold-Chiari).	129.8
61450	Craneotomía subtemporal por sección, compresión o descompresión de raíz sensorial o ganglio de Gasser.	116.2
61458	Craniectomía suboccipital, para exploración o descompresión de nervios craneales.	125.0
61460	Craneotomía suboccipital para sección de uno o más nervios craneales.	116.2
61470	Craneotomía suboccipital para cordectomía medular.	116.2
61480	Craneotomía suboccipital para cordectomía mesencefálica o pedunculotomía.	116.2
61490	Craneotomía para lobotomía, incluyendo singulotomía.	174.1
61500	Craneotomía con excisión de tumor u otra lesión ósea de cráneo.	155.0
61510	Craneotomía para excisión de tumor cerebral, supratentorial (excepto meningioma).	155.0
61512	Craneotomía para excisión de meningioma supratentorial.	155.0
61514	Craneotomía para excisión de absceso cerebral, supratentorial.	155.0
61516	Craneotomía para excisión de quiste supratentorial.	155.0
61518	Craneotomía para excisión de tumor cerebral, infratentorial o de fosa posterior (excepto meningioma, tumor cerebelo-pontino o tumor de la base del cráneo).	155.0
61519	Craneotomía para excisión de meningioma, infratentorial o de fosa posterior.	155.0
61520	Craneotomía para excisión de tumor del ángulo pontocerebeloso.	155.0
61521	Craneotomía para excisión de tumor de la línea media de la base del cráneo.	182.5
61522	Craneotomía infratentorial o de fosa posterior para excisión de absceso cerebral.	125.3
61524	Craneotomía infratentorial o de fosa posterior para excisión de quiste.	125.3
61534	Craneotomía para excisión de foco epileptógeno sin electrocorticografía durante la cirugía.	115.6
61545	Craneotomía para excisión de craneofaringioma.	155.0
61546	Craneotomía para hipofisectomía o excisión de tumor hipofisiario, abordaje intracraneal.	155.0
61548	Hipofisectomía o excisión de tumor de hipófisis vía transnasal o trans-septal no esterotáxico.	125.0
61550	Craneotomía para craneostenosis (una sutura craneal).	73.4
61558	Craneotomía amplia por craneosinostosis de varias suturas craneales (ej. cráneo en trebol) que no requiera injertos óseos.	85.2
61564	Excisión intra y extracraneal de tumor benigno de hueso del cráneo con descompresión del nervio óptico.	155.0
61571	Craneotomía con tratamiento de herida penetrante de cerebro.	140.2
61618	Reparación secundaria de fístula en duramadre (fosa anterior, media o posterior), con injerto libre.	66.9
61624	Oclusión o embolización, transcateter percutáneo, cualquier método, sistema nervioso central (p.ej como terapia endovascular para destrucción de un tumor, obtener hemostasia, ocluir una malformación vascular).	85.4
61680	Cirugía de malformación arterio-venosa intracraneal, supratentorial.	145.1
61684	Cirugía de malformación arterio-venosa infratentorial.	163.2
61690	Cirugía de malformación arteriovenosa dural.	160.0
61700	Cirugía de aneurisma intracraneal, por vía intracraneal, circulación carotídea.	133.6
61702	Cirugía de aneurisma de la circulación vertebro-basilar.	121.2
61705	Cirugía de aneurisma, malformación vascular o fístula carotídeo-cavernosa, mediante oclusión cervical e intracraneal de arteria carótida.	131.9

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
61710	Cirugía para aneurisma, malformación vascular o fístula carotida cavernosa mediante embolización intra-arterial, procedimiento por inyección o catéter con balón.	126.0
61711	Anastomosis, de arterias intracraneales y extracraneales (p.ej. cerebral media/cortical).	99.0
61790	Creación de lesión por método estereotaxico percutáneo con agente neurotóxico de ganglio de Gasser.	65.2
61850	Colocación de electrodos neuroestimuladores, en región subcortical a través de trepano.	49.5
61860	Colocación de electrodos neuroestimuladores, en región cortical a través de trepano.	56.1
61880	Revisión o remoción de electrodos neuroestimuladores intracraneales.	49.5
62100	Craneotomía para reparación de fístula (escape dural de LCR) incluyendo cirugía para rinorrea/otorrea.	100.4
62120	Corrección de encefalocele en bóveda craneana, incluyendo craneoplastia.	139.5
62121	Craneotomía para corrección de encefalocele de base de cráneo.	139.5
62143	Craneoplastia con reemplazo de colgajo óseo o placa de cráneo.	68.4
62180	Ventriculo-cisternostomía (tipo Torkildsen).	64.3
62190	Creación de derivación, subaracnoidea/subdural-atrial, yugular-auricular.	93.0
62192	Creación de derivación subaracnoidea/subdural, peritoneal-pleural, otras terminaciones.	93.0
62200	Ventriculocisternostomía, tercer ventrículo.	69.7
62220	Derivación ventriculo-atrial, yugular-auricular.	79.0
62223	Derivación ventriculo-peritoneal, pleural, otras terminaciones.	82.0
62230	Reemplazo o revisión de derivación de líquido cefalorraquídeo por obstrucción valvular, o de catéter distal en derivación sistémica.	43.4
62256	Retiro completo de sistema de derivación de líquido cefalorraquídeo, sin reemplazo.	43.4
62258	Retiro completo del sistema de derivación de LCR con reemplazo por una derivación similar, u otra derivación en la misma cirugía.	48.6
62270	Punción lumbar, diagnóstica.	12.0
62350	Colocación o revisión de catéter intratecal o epidural, para reservorio implantable o bomba de infusión.	38.9
63001	Laminectomía en columna cervical con Exploración y/o descompresión de medula, sin facetectomía, foraminotomía o discoidectomía (ej. estenosis espinal), uno o dos segmentos vertebrales.	105.9
63003	Laminectomía en columna torácica con Exploración y/o descompresión de medula uno o dos segmentos vertebrales.	100.7
63005	Laminectomía en columna lumbar con Exploración y/o descompresión de medula uno o dos segmentos vertebrales, excepto para espondilolistesis	99.0
63012	Laminectomía con remoción de facetas anormales y/o partes interarticulares con descompresión de cola de caballo y raíces nerviosas por espondilolistesis lumbar (procedimiento tipo Gill).	100.7
63020	Laminotomía (hemilaminectomía) en columna cervical, con descompresión de raíces nerviosas, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o excisión de hernia de disco intervertebral, un interespacio.	100.7
63030	Laminotomía (hemilaminectomía) en columna lumbar, con descompresión de raíces nerviosas, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o excisión de hernia de disco intervertebral, un interespacio.	100.7
63045	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna cervical (unilateral o bilateral) con descompresión medula y/o raíces nerviosas, (p.ej. estenosis de canal medular), un solo segmento vertebral.	115.8
63046	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna torácica (uni o bilateral) con descompresión de medula y/o raíces nerviosas, un solo segmento vertebral.	100.7

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
63047	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna lumbar (unilateral o bilateral) con descompresión medula y/o raíces nerviosas, (p.ej. estenosis de canal medular), un solo segmento vertebral.	119.8
63081	Corpectomía vertebral parcial o completa vía anterior, con descompresión de cordón medular y/o raíces nerviosas, a nivel cervical, un solo segmento.	127.0
63085	Corpectomía vertebral parcial o completa, vía transtorácica con descompresión de medula espinal y/o raíces nerviosas a nivel torácico, un solo segmento.	127.0
63087	Corpectomía vertebral, parcial o completa, vía combinada toraco lumbar con descompresión de medula espinal, de cola de caballo o de raíces nerviosas a nivel torácico inferior o lumbar, un solo segmento.	127.0
63185	Laminectomía con rizotomía (uno o más segmentos).	100.7
63194	Laminectomía en columna cervical con cordotomía, con sección de un haz espinotalámico.	105.6
63195	Laminectomía en columna torácica con cordotomía.	106.4
63265	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplasica, extradural, en región de columna cervical.	112.1
63266	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplasica, extradural, en región de columna torácica.	112.1
63267	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplasica, extradural, en región de columna lumbar.	112.1
63275	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal, extradural, a nivel cervical.	112.1
63276	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal, extradural, a nivel torácico.	112.1
63277	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal extradural, lumbar.	112.1
63300	Corpectomía vertebral cervical, parcial o completa, para excisión de lesión intramedular, extradural, un solo segmento.	141.9
63301	Corpectomía vertebral parcial o completa para excisión de lesión intramedular, extradural torácica, por vía transtorácica.	141.9
63302	Corpectomía vertebral parcial o completa para excisión de lesión intramedular, extradural torácica, por vía toracolumbar, un solo segmento.	144.3
63303	Corpectomía vertebral, parcial o completa, para excisión de lesión infraespinal, extradural, lumbar o sacra por vía transperitoneal o retroperitoneal, un solo segmento.	143.4
63600	Lisis de nervios espinales por método estereotáxico percutáneo, cualquier modalidad.	73.0
63655	Laminectomía para implante de electrodo neuroestimulador, epidural.	100.7
63700	Corrección de meningocele, menor a 5 cm de diámetro.	100.7
63704	Corrección de mielomeningocele.	98.6
63707	Corrección de escape de LCR dural (reparación de saco dural), sin laminectomía.	73.0
63709	Corrección de escape de LCR dural o de pseudomeningocele, con laminectomía.	100.7

#### **SISTEMA RESPIRATORIO**

30000	Drenaje de absceso o hematoma nasal abordaje interno.	8.3
30100	Biopsia intranasal.	5.4
30130	Excisión de cornetes parcial o completa, cualquier método.	17.4
30140	Resección submucosa de cornetes parcial o completa, cualquier método.	17.4
30300	Extracción de cuerpo extraño intranasal (procedimiento en consultorio).	7.0
30420	Rinoseptoplastia.	74.2
30460	Rinoplastia por deformidad nasal secundaria a labio y/o paladar hendido. Incluyendo alargamiento de la columela.	57.4
30520	Septoplastia o resección submucosa, con o sin marcación de cartílago modificación del contorno o reemplazo con injerto.	45.8

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
30540	Corrección quirúrgica de atresia de coanas, por vía nasal.	40.6
30545	Corrección de atresia de coana por vía transpalatina.	44.7
30560	Lisis de sinequia intranasal.	7.5
30801	Cauterización y/o ablación de mucosa o cornete, uni o bilateral, por cualquier método	7.5
30903	Control de hemorragia nasal anterior, (cauterización amplia y/o taponamiento mediante empaque).	7.5
30905	Control de hemorragia nasal posterior, con empaque postnasal y/o cauterización posterior, cualquier método.	13.3
31020	Antrotomía intranasal de seno maxilar.	14.3
31030	Antrostomía maxilar radical (sinusotomía maxilar, Caldwell-luc) sin extracción de pólipos.	24.2
31032	Antrotomía maxilar radical (sinusotomía maxilar, caldwell-luc) con extracción de pólipos.	31.1
31070	Antrotomía simple de seno frontal.	38.6
31090	Antrotomía combinada de tres o más senos.	49.5
31201	Etmoidectomía total intranasal.	35.5
31205	etmoidectomía total extranasal.	34.8
31225	Maxilectomía, sin exenteración orbitaria.	71.4
<b>SISTEMA TEGUMENTARIO</b>		
10060	Incisión y drenaje de absceso simple o una sola lesión (ej. hidradenitis supurativa, abscesos cutáneos o subcutáneos, quiste, forúnculo o paroniquia).	3.9
10120	Incisión y extracción de cuerpo extraño en tejido subcutáneo, simple.	5.4
10121	Incisión y extracción de cuerpo extraño en tejido subcutáneo complicado.	7.5
10140	Incisión y drenaje de hematoma, seroma o colección líquida.	3.9
10180	Incisión y drenaje de absceso por herida quirúrgica infectada.	7.3
11000	Desbridación extensa de piel infectada o eczematosa, hasta del 10% de superficie corporal.	10.2
11001	Desbridación extensa de piel infectada o eczematosa, cada 10% de superficie corporal adicional.	2.7
11010	Desbridación incluyendo extirpación de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones, piel y tejido subcutáneo.	7.5
11011	Desbridación incluyendo extirpación, de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones, piel, tejido subcutáneo, fascia muscular y músculo.	10.2
11012	Desbridación incluyendo extirpación, de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones, piel, tejido subcutáneo, fascia muscular, músculo y hueso.	15.7
11100	Biopsia de piel, tejido subcutáneo y/o mucosa (incluyendo cierre simple).	3.9
11200	Extirpación de verrugas blandas, varios pólipos fibrocútáneos, cualquier zona, hasta 15 lesiones, cualquier método (corte, cauterización química o eléctrica).	3.9
11201	Extirpación de verrugas blandas, varios pólipos fibrocútáneos, cualquier zona, por cada 10 lesiones adicionales.	1.2
11402	Excisión de lesión benigna, de tronco, brazos y/ o piernas, como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple) lesiones de 1.1 a 2 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	5.9
11404	Excisión de lesión benigna, de tronco, brazos y/ o piernas, como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple) lesiones de 3.1 a 4 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	7.9
11406	Excisión de lesión benigna, de tronco, brazos y/ o piernas, como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple) lesiones mayores de 4 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	15.7
11422	Excisión de lesión benigna, de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple) lesiones de 1.1 a 2 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	5.4

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
11424	Excisión de lesión benigna, de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple), lesiones de 3.1 a 4 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	6.3
11426	Excisión de lesión benigna, de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple), lesiones mayores de 4 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	9.6
11442	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	17.8
11444	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	19.1
11446	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas, mayores de 4 cm de diámetro.	2.0
11451	Excisión de piel y tejido subcutáneo, debido a hidradenitis, axilar (corrección compleja).	9.6
11463	Excisión en piel y tejido subcutáneo, por hidradenitis inguinal (corrección compleja).	9.6
11471	Excisión de piel y tejido subcutáneo, por hidradenitis, perianal, perineal o umbilical (corrección compleja).	9.6
11602	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local), de tronco, brazos o piernas, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	6.3
11604	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local), de tronco, brazos o piernas, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	8.9
11606	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local), de tronco, brazos o piernas, mayor de 4 cm de diámetro.	13.7
11622	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de: cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	10.7
11624	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de: cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	17.1
11626	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de: cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, mayor de 4 cm de diámetro.	19.1
11642	Excisión de lesión maligna en cara, pabellon auricular, párpados, nariz, labios, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	13.7
11644	Excisión de lesión maligna en cara, pabellon auricular, párpados, nariz, labios, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	22.2
11646	Excisión de lesión maligna en cara, pabellon auricular, párpados, nariz, labios, mayor de 4 cm de diámetro.	24.6
11750	Onicoexceresis, parcial o completa.	4.4
11960	Inserción de expansores tisulares que no sean localizados en mama (inicial y subsecuentes).	39.6
11970	Reemplazo de expansor tisular con colocación de prótesis permanente (no de mama).	45.1
11971	Remoción de tejido expansor sin inserción de prótesis (no de mama).	8.9
12001	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos incluyendo manos y pies, de 2.5 cm de diámetro o menos.	4.8
12002	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos incluyendo manos y pies, de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro.	7.7
12004	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos incluyendo manos y pies, de 7.6 cm a 12.5 cm de diámetro.	10.9
12011	Sutura simple de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.5 cm de diámetro o menos.	8.3



<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
12013	Sutura simple de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.6 a 5 cm de diámetro.	8.7
12015	Sutura simple de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 7.6 a 12.5 cm de diámetro.	13.7
12020	Sutura simple de dehiscencia de una herida superficial (piel).	4.8
12031	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tej. subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies), de 2.5 cm de diámetro o menos.	5.8
12032	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tej. subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies), de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro.	7.7
12034	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tej. subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies), de 7.6 a 12.5 cm de diámetro.	12.1
12041	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cuello, manos, pies y /o genitales externos, de 2.5 cm de diámetro o menos.	6.7
12042	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cuello, manos, pies y /o genitales externos, de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro.	8.7
12051	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.5 cm de diámetro o menos.	6.7
12052	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.6 a 5 cm de diámetro.	7.6
12054	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.6 a 5 cm de diámetro: de 7.6 a 12.5 cm de diámetro.	12.1
13100	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo en tronco (laceraciones o avulsiones complicadas), de 1.1 a 2.5 cm de diámetro.	9.4
13101	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo en tronco (laceraciones o avulsiones complicadas), de 2.6 a 7.5 cm de diámetro.	12.1
13120	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en piel cabelluda, brazos y/o piernas, de 1.1 a 2.5 cm.	8.3
13121	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en piel cabelluda, brazos y/o piernas, de 2.6 a 7.5 cm.	11.3
13131	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones avulsiones complicadas) en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales externos, manos y/o pies, de 1.1 a 2.5 cm de diámetro.	13.5
13132	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones avulsiones complicadas) en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales externos, manos y/o pies, de 2.6 a 7.5 cm de diámetro.	15.8
13150	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y /o labios, de 1 cm de diámetro o menos.	4.9
13151	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y /o labios, de 1.1 a 2.5 cm de diámetro.	9.6
13152	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y /o labios, de 2.6 a 7.5 cm de diámetro.	15.8
13160	Cierre secundario de herida quirúrgica o dehiscencia amplia o complicada.	9.6
14060	Reconstrucción con transferencia de tejido adyacente (z plastia, w plastia, colgajo de rotacion) para párpados, nariz, pabellones auriculares y/o labios, de 10 cm cuadrados o menos.	23.2
15050	Injerto único o múltiple para úlceras pequeñas, puntas de dedos u otra área mínima	

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
	(excepto cara) , hasta 2.0 cm de diámetro.	16.4
15100	Injerto en tronco, brazos y piernas, excepto área mínima, hasta 100 cm cuadrados o 1% de área corporal de lactantes y niños.	32.8
15200	Injerto de espesor total libre incluyendo cierre directo de zona donante, en tronco, hasta de 20 cm cuadrados.	29.4
15240	Injerto de espesor total, libre, incluyendo cierre directo de zona donante, en frente, mejillas, menton, boca, cuello, axilas, genitales, manos y/o pies, hasta de 20 cm cuadrados.	40.3
15260	Injerto de espesor total, libre, incluyendo cierre directo de zona donante, en nariz, pabellones auriculares, párpados y/o labios hasta de 20 cm cuadrados.	40.3
15350	Aplicación de aloinjerto de piel, hasta de 100 cm cuadrados.	15.7
15570	Formación de pedículo (colgajo) directo o tubular con o sin transferencia, de tronco.	36.9
15732	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en cabeza y cuello (por ej. músculo temporal, masetero, esternocleidomastoideo, angular del omoplato).	44.4
15734	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en tronco.	44.4
15736	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en miembros torácicos.	44.4
15738	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en miembros pélvicos.	44.4
15840	Injerto libre de fascia para parálisis del nervio facial (incluyendo obtención de fascia).	82.0
15841	Injerto libre de músculo para parálisis del nervio facial (incluyendo obtención del injerto).	40.3
15922	Excisión de úlcera coxígea por presión, con coxigectomía, con procedimiento de cierre con colgajo.	41.7
15934	Excisión de úlcera sacra por presión, con procedimiento de cierre con colgajo de piel.	41.7
15944	Excisión, úlcera isquiática por presión, con procedimiento de cierre con colgajo cutáneo	41.7
15952	Excisión úlcera trocanterica por presión, con procedimiento de cierre con colgajo cutáneo	41.7
<b>SISTEMA URINARIO</b>		
50020	Drenaje de absceso perirrenal o renal a cielo abierto.	39.6
50040	Nefrostomía, nefrotomía con drenaje.	49.6
50060	Nefrolitotomía, extracción de cálculos.	60.6
50080	Nefrolitotomía o pielolitotomía (litotripsia) transendoscópica con o sin dilatación, con colocación de cateteres dilatadores o extracción con canastilla para cálculos hasta de 2 cm.	67.6
50130	Pielotomía con extracción de cálculo.	46.2
50200	Biopsia renal percutánea con trocar o aguja.	18.8
50205	Biopsia renal abierta.	32.4
50220	Nefrectomía, con ureterectomía parcial, cualquier abordaje incluyendo resección de costilla.	66.5
50230	Nefrectomía radical, con linfadenectomía regional y/o trombectomía de vena cava.	100.7
50234	Nefrectomía con ureterectomía total y manguito vesical a través de la misma incisión.	80.8
50240	Nefrectomía parcial.	80.8
50300	Nefrectomía de donador cadáver, con preparación y mantenimiento de aloinjerto, unilateral o bilateral.	92.3
50320	Nefrectomía de donador vivo.	107.2
50365	Implante de riñón con nefrectomía del receptor.	294.1
50390	Aspiración y/o inyección de quiste renal o punción de pelvis.	7.6
50395	Dilatación pielica y/o ureteral por vía percutánea, para establecer trayecto de nefrostomía.	13.6
50405	Pieloplastia complicada (anomalía congénita, calicoplastia), con o sin ureteroplastia, nefropexia, nefrostomía, pielostomía.	87.4
50520	Cierre de fístula nefrocútea o pielocútea.	46.4
50540	Tratamiento para riñón en herradura, con o sin pieloplastia y/u otro procedimiento plástico, unilateral o bilateral.	66.5

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
50590	Litotripsia extracorporea (onda de choque).	4.0
90935	Hemodiálisis, procedimiento con evaluación médica.	4.0
<b>TRANSECCION O AVULSIÓN DE NERVIOS</b>		
64732	Transección o avulsión de nervio supraorbital.	24.5
64734	Transección o avulsión de nervio infraorbital.	24.5
64742	Transección o avulsión de nervio facial.	36.7
64752	Transección de nervio vago (vagotomía), transtorácica.	50.9
64755	Vagotomía proximal selectiva, vagotomía gástrica proximal, vagotomía de células parietales, vagotomía supra o altamente selectiva.	79.6
64760	Vagotomía de vago abdominal.	11.3
64774	Excisión de neuroma (nervio somático) en nervio cutáneo identificable quirúrgicamente.	14.1
64776	Excisión de neuroma en nervio digital, uno o ambos del mismo dedo.	14.5
64782	Excisión de neuroma de mano o pie, excepto nervio digital.	22.1
64786	Excisión de neuroma de nervio ciático.	16.3
64788	Excisión de neurofibroma , de nervio cutáneo.	22.5
64792	Excisión amplia de neurofibroma o neurolemoma (incluyendo de tipo maligno).	79.2
64795	Biopsia de nervio.	7.6
64802	Simpatectomía cervical.	50.9
64804	Simpatectomía cervico-torácica.	69.8
64809	Simpatectomía toraco-lumbar.	69.8
64818	Simpatectomía lumbar.	53.3
<b>URETER</b>		
50600	Ureterotomía con Exploración o drenaje.	62.7
50610	Ureterolitotomía en tercio superior de ureter.	66.0
50620	Ureterolitotomía en tercio medio de ureter.	61.9
50630	Ureterolitotomía en tercio inferior de ureter.	55.7
50700	Ureteroplastia.	69.7
50760	Ureteroureteroanastomosis.	76.7
50800	Ureteroenteroanastomosis (anastomosis del ureter al intestino).	74.2
50840	Reemplazo total o parte del uretero por intestino, incluye la anastomosis intestinal.	97.3
50920	Cierre de fístula ureterocutánea.	40.2
50930	Cierre de fístula ureterovisceral (incluye la reparación de la víscera).	46.4
50970	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía con o sin irrigación, instilación o uretropielografía.	10.9
50976	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía con fulguración y/o incisión, con o sin biopsia.	10.6
<b>URETRA</b>		
53000	Uretrotomía o uretrotomía externa.	16.5
53020	Meatotomía, corte de meato sin otro procedimiento, excepto lactante.	7.6
53025	Meatotomía sin otro procedimiento, en lactante.	15.7
53040	Drenaje de absceso periuretral.	18.6
53200	Biopsia de uretra.	7.6
53250	Resección de glándula de cowper.	14.8
53260	Resección o fulguración de pólipo(s) uretrales, uretra distal.	7.6
53270	Resección o fulguración de glándula de Skene.	7.6
53430	Reconstrucción de uretra femenina.	39.1

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
53440	Corrección quirúrgica de incontinencia urinaria masculina con o sin colocación de prótesis.	72.4
53450	Uretromeatoplastia.	36.3
53502	Uretrorrafia, sutura de herida uretral femenina.	39.1
53505	Uretrorrafia, sutura de herida uretral peneana.	39.1
53600	Dilatación de estenosis inicial de uretra mediante sonda o dilatador, en hombre.	7.5
53601	Dilatación de estenosis subsecuente de uretra , mediante sonda o dilatador, en hombre.	7.5
53665	Dilatación de uretra femenina con anestesia general o bloqueo.	8.6

#### **VAGINA**

57000	Colpotomía con Exploración.	11.1
57010	Colpotomía con drenaje de absceso pélvico.	11.1
57020	Colpocentesis.	5.9
57061	Destrucción de lesión vaginal simple, por cualquier método.	6.6
57065	Destrucción de lesión vaginales extensas, por cualquier método.	6.6
57100	Biopsia de mucosa vaginal simple.	5.9
57105	Biopsia vaginal amplia que requiera sutura (incluyendo quistes).	7.3
57110	Vaginectomía con extirpación completa de la pared vaginal.	43.5
57120	Colpocleisis (tipo Le- Fort).	22.0
57135	Excisión de quiste o tumor vaginal.	22.0
57200	Colporrafia por lesión vaginal (no obstétrica).	22.0
57210	Nolpoperineorrafia por lesión no obstétrica.	54.2
57230	Corrección de uretrocele.	54.2
57240	Colporrafia anterior, reparación de cistocele con o sin reparación de uretrocele.	51.1
57250	Colporrafia posterior, reparación de rectocele con o sin perineorrafia.	46.4
57260	Colporrafia anteroposterior (combinada).	50.0
57265	Colporrafia anteroposterior con reparación de enterocele.	46.4
57268	Corrección de enterocele, por vía vaginal.	38.5
57270	Corrección de enterocele, por vía abdominal.	38.5
57280	Colpopexia, por vía abdominal.	19.3
57282	Fijación de ligamento sacroespinoso, por prolapso vaginal.	19.3
57288	Tratamiento quirúrgico para incontinencia de esfuerzo (técnica de cabestrillo).	46.4
57289	Procedimiento de Pereyra, incluyendo colporrafia anterior.	46.4
57292	Formación artificial de vagina con injerto.	103.4
57300	Cierre de fístula recto-vaginal por vía vaginal o transanal.	44.0
57305	Cierre de fístula recto-vaginal por vía abdominal.	53.9
57307	Cierre de fístula recto-vaginal por vía abdominal con colostomía concomitante.	61.3
57310	Cierre de fístula uretrovaginal.	46.4
57320	Cierre de fístula vesico-vaginal, por vía vaginal.	46.4
57330	Cierre de fístula vesico-vaginal por vía transvesical y vaginal.	46.4
57452	Colposcopía.	2.9
57454	Colposcopía con biopsia y/o legrado del cervix.	2.9

#### **VÁLVULA PULMONAR**

33470	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón cerrado, transventricular.	90.0
33471	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón cerrado a través de arteria pulmonar.	95.5
33472	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón abierto con oclusión de flujo de entrada.	95.5
33474	Valvotomía de válvula pulmonar con derivación cardiopulmonar.	99.0

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
33475	Reemplazo de válvula pulmonar.	103.1
33476	Resección ventricular derecha por estenosis infundibular, con o sin comisurotomía.	103.1
<b>VÁLVULA TRICUSPIDEA</b>		
33460	Valvectomía, de válvula tricuspide, con derivación cardiopulmonar.	90.0
33464	Valvuloplastia, válvula tricuspide, con inserción de anillo.	114.2
33465	Reemplazo de válvula tricuspide, con derivación cardiopulmonar.	114.2
<b>VÁLVULAS CARDÍACAS</b>		
33400	Valvuloplastia abierta de válvula aórtica, con derivación cardiopulmonar.	133.2
33405	Reemplazo de válvula aórtica con derivación cardiopulmonar, con prótesis valvular que no sea homoinjerto o expansor.	119.9
33406	Reemplazo de válvula aórtica, con derivación cardiopulmonar, con prótesis valvular (homoinjerto valvular).	119.9
33411	Reemplazo de válvula aórtica.	114.2
33415	Resección o insición de tejido subvalvular por estenosis aórtica subvalvular.	112.5
33417	Aortoplastia por estenosis supravalvular.	112.5
33420	Valvotomía de válvula mitral a corazón cerrado.	90.0
33422	Valvotomía de válvula mitral a corazón abierto, con derivación cardiopulmonar.	90.0
33425	Valvuloplastia, de válvula mitral, a corazón abierto con derivación cardiopulmonar.	114.2
33426	Valvuloplastia de válvula mitral con derivación y anillo protésico.	119.5
33430	Reemplazo de válvula mitral, con derivación cardiopulmonar	119.5
<b>VEJIGA</b>		
51020	Cistostomía con fulguración y/o inserción de material radiactivo.	38.7
51040	Cistostomía con drenaje.	38.7
51050	Cistolitotomía, cistostomía con extracción de cálculos, sin resección de cuello vesical.	44.1
51060	Ureterolitotomía transvesical.	52.7
51500	Excisión de quiste o seno uracal con o sin corrección de hernia umbilical.	53.3
51525	Cistotomía para excisión de divertículo vesical, único o múltiple.	51.2
51530	Cistotomía para excisión de tumor de vejiga.	51.2
51535	Cistotomía para excisión, incisión o reparación de ureterocele.	49.5
51550	Cistectomía parcial.	44.1
51570	Cistectomía total.	77.5
51580	Cistectomía completa con ureterosigmoidostomía o trasplantes ureterocutáneos.	117.9
51590	Cistectomía completa, con conducto ureteroileal o de vejiga a sigmoides, incluye anastomosis intestinal.	117.9
51800	Cistoplastia o cistouretroplastia.	77.4
51820	Cistouretroplastia con ureteroneocistostomía uni o bilateral.	99.7
51840	Vesicouretropexia anterior o uretropexia simple (tipo marshall-marchetti-krantz).	46.4
51845	Suspensión abdomino-vaginal de cuello vesical con o sin control endoscopico (p.ej. Stamey, Raz, Pereyra modificado).	46.4
51880	Cierre de cistostomía.	21.4
51900	Cierre de fístula vesicovaginal, por vía abdominal.	46.4
51920	Cierre de fístula vesicouterina.	46.4
51940	Tratamiento para extrofia de vejiga.	77.4
51960	Enterocistoplastia, incluyendo anastomosis de intestino.	99.7

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>VENAS Y ARTERIAS</b>		
33910	Embolectomía de arteria pulmonar, con derivación cardiopulmonar.	108.6
33916	Endarterectomía pulmonar con o sin embolectomía, con derivación cardiopulmonar.	108.6
33917	Corrección de estenosis de arteria pulmonar mediante reconstrucción por parche o injerto.	92.9
34001	Embolectomía o trombectomía con o sin catéter carotideo, de arteria innominada o subclavia mediante incisión en cuello.	54.3
34051	Embolectomía o trombectomía de arteria innominada o subclavia, mediante incisión torácica.	66.9
34201	Embolectomía o trombectomía con o sin catéter, de arteria femoro-poplitea o aorto-iliaca mediante incisión en pierna.	54.3
34401	Trombectomía directa o con catéter de vena cava o iliaca, mediante incisión abdominal.	54.3
34421	Trombectomía directa o con catéter de vena cava, vena iliaca, vena femoro-poplitea, mediante incisión en pierna.	54.3
34451	Trombectomía, directa o con catéter vena cava, iliaca, femoro-poplitea, mediante incisión en pierna y abdominal.	54.3
35001	Corrección directa de aneurisma, falso aneurisma o excisión (parcial o total), e inserción de injerto con o sin injerto de parche, por aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, de arteria carotida, arteria subclavia, mediante incisión en cuello.	124.0
35002	Corrección directa mediante incisión de cuello por ruptura de aneurisma de arteria carotida, o de arteria subclavia.	124.0
35082	Reparación por ruptura de aneurisma de aorta abdominal.	107.2
35091	Corrección directa de aneurisma, falso aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, de aorta abdominal comprendiendo vasos viscerales (mesentérica, celiaca, renal).	155.0
35132	Reparación por ruptura de aneurisma de arteria iliaca.	108.5
35142	Reparación por ruptura de aneurisma o falso aneurisma de arteria femoral (profunda y superficial).	108.5
35152	Reparación por ruptura de aneurisma de arteria poplitea.	108.5
35189	Corrección de fístula arterio-venosa adquirida o traumática en abdomen.	92.9
35190	Corrección de fístula arterio-venosa adquirida o traumática en miembros pélvicos o torácicos.	77.5
35301	Tromboendarterectomía en carotida o vertebral o subclavia, con o sin injerto con parche mediante incisión en cuello.	62.0
35321	Tromboendarterectomía en arteria axilar-braquial, con o sin injerto con parche.	57.0
35331	Tromboendarterectomía en arteria aorta-abdominal, con o sin injerto.	78.3
35341	Tromboendarterectomía en arteria mesentérica, celiaca o renal, con o sin injerto.	62.2
35351	Tromboendarterectomía en arteria iliaca, con o sin injerto.	62.2
35361	Tromboendarterectomía en arteria aorto iliaca combinada, con o sin injerto.	76.7
35372	Tromboendarterectomía en arteria de femoral profunda, con o sin injerto.	62.2
35381	tromboendarterectomía en arteria femoral y/o poplitea, y/o tibioperonéa, con o sin injerto.	64.2
<b>VÍAS BILIARES</b>		
47556	Endoscopia de tracto biliar con dilatación de estenosis y colocación de stent.	24.0
47562	Colecistectomía por laparoscopia.	83.8
47564	Colecistectomía con Exploración de vías biliares por laparoscopia.	73.0
47600	Colecistectomía.	71.4
47605	Colecistectomía con colangiografía.	61.8
47610	Colecistectomía con Exploración de vías biliares.	73.0
47701	Portoenterostomía (ej. procedimiento de kasai).	66.2
47715	Excisión de quiste del coledoco.	49.7

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
47720	Colecistoenteroanastomosis.	64.5
47760	Derivaciones bilio-intestinales.	51.6
47800	Reconstrucción de vías biliares extrahepáticas con anastomosis término terminal.	54.4
<b>VITREO</b>		
67005	Extirpacion de vitreo por vía anterior (técnica abierta o incisión del limbo), remoción parcial.	48.7
67010	Remoción subtotal de vitreo con vitrectomía mecánica.	54.1
67031	Sección de adherencias de vitreo, laminas, membranas u opacidades por cirugía con láser (una o más sesiones).	49.9
67039	Vitrectomía, con fotocoagulación focal endolaser.	67.6
<b>VULVA, PERINÉ E INTROITO</b>		
56405	Incisión y drenaje de absceso vulvar o perineal.	8.3
56420	Incisión y drenaje de absceso de glándula de Bartholin.	6.6
56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholin.	14.6
56605	Biopsia de vulva o periné.	2.9
56620	Vulvectomía parcial.	24.7
56625	Vulvectomía completa.	24.8
56631	Vulvectomía radical (parcial) con linfadenectomía inguinofemoral unilateral.	49.5
56632	Vulvectomía radical (parcial) con linfadenectomía inguinofemoral bilateral.	81.6
56633	Vulvectomía radical completa.	60.2
56634	Vulvectomía radical completa con linfadenectomía inguinofemoral unilateral.	75.1
56637	Vulvectomía radical completa con linfadenectomía inguinofemoral bilateral.	81.6
56640	Vulvectomía radical completa con linfadenectomía inguinofemoral, iliaca y pélvica.	88.2
56740	Excisión de quiste o de glándula de Bartholin.	14.6
56810	Perineoplastia (no obstétrico).	31.0
<b>YESOS EN MIEMBROS PÉLVICOS</b>		
29305	Aplicación de yeso tipo espiga en la cadera (una pierna).	5.4
29365	Aplicación de yeso cilindrico (de muslos a tobillo).	4.3
29405	Aplicación de yeso corto en pierna (debajo de rodilla a dedos de pies).	3.9
<b>YESOS EN MIEMBROS TORÁCICOS</b>		
29065	Aplicación de yeso largo (brazo).	3.9
29075	Aplicación de yeso corto de codo a dedos.	2.9
29085	Aplicación de yeso en guante (mano a antebrazo).	2.9
<b>REPARACIÓN DE HERNIAS</b>		
49495	Hernioplastia inguinal inicial (reductible), en menores de 6 meses, con o sin hidrocelectomía.	46.4
49496	Hernioplastia inguinal inicial (estrangulada) en menores de 6 meses, con o isn hidrocelectomía.	46.4
49500	Hernioplastia inguinal inicial(reductible), en niños de 6 meses a 5 años de edad, con o sin hidrocelectomía.	46.4
49501	Hernioplastia inguinal inicial( encarcelada), en niños de 6 meses a 5 años de edad, con o sin hidrocelectomía.	46.4
49505	Hernioplastia inguinal inicial (reductible) inicial en mayores de 5 años de edad.	46.4
49507	Hernioplastia inguinal inicial (estrangulada) en mayores de 5 años de edad.	51.1
49520	Hernioplastia de hernia inguinal recurrente reductible en cualquier edad.	46.4

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
49550	Hernioplastia femoral inicial (reductible), en cualquier edad.	45.3
49560	Hernioplastia incisional o ventral inicial (reductible).	52.1
49580	Hernioplastia umbilical (reductible) en menores de 5 años.	45.3
49582	Hernioplastia umbilical (estrangulada) en menores de 5 años.	46.4
49585	Hernioplastia umbilical (reductible) en mayores de 5 años.	49.8
49587	Hernioplastia umbilical (estrangulada) en mayores de 5 años.	49.8
49600	Corrección de onfalocele pequeño con cierre primario.	42.3
49650	Hernioplastia inguinal por laparoscopia.	46.4

### **TESTÍCULO**

54500	Biopsia de testículo, con aguja.	5.8
54505	Biopsia incisional de testículo.	8.1
54520	Orquiectomía, con o sin prótesis testicular, por vía escrotal o inguinal.	28.9
54530	Orquiectomía radical, por tumor, vía inguinal.	47.0
54535	Orquiectomía radical por tumor con Exploración abdominal.	47.0
54600	Reducción de torsion testicular, con o sin fijación de testículo contralateral.	34.1
54640	Orquidopexia por vía inguinal, con o sin hernioplastia.	47.4
54650	Orquidopexia por vía abdominal, para testículos intraabdominales.	43.4
54660	Inserción de prótesis testicular.	30.1

### **CORRECCIONES**

49605	Corrección de gastrosquisis u onfalocele grande, con o sin prótesis.	64.3
49900	Sutura secundaria de pared abdominal por evisceración o dehiscencia.	29.0

### **CRANEO HUESOS FACIALES Y ARTICULACIÓN TEMPORO MADIBULAR**

21015	Resección radical de tumor maligno, de tejido blando en cara o piel cabelluda.	24.6
21030	Excisión de tumor benigno o quiste de hueso facial excluyendo la mandíbula.	43.0
21034	Excisión de tumor maligno de hueso facial excluyendo la mandíbula.	54.0
21040	Excisión de quiste o tumor benigno de mandíbula.	44.4
21044	Excisión de tumor maligno de mandíbula.	58.1
21045	Resección radical de tumor maligno de mandíbula.	71.7
21182	Excisión de tumor benigno de huesos del cráneo (ej. displasia fibrosa), con reconstrucción de paredes y bordes orbitarios, frente, complejo nasoetmoidal (incluye obtención del injerto), en un área menor a 40 centímetros cuadrados de injerto.	75.1
21240	Artroplastia temporomandibular, con o sin autoinjerto (incluye la obtención del injerto).	58.1

### **DERIVACIONES**

33735	Septectomía o septostomía auricular, a corazón cerrado.	99.0
33736	Septectomía o septostomía auricular a corazón abierto, con derivación cardiopulmonar.	99.0
33737	Septectomía o septostomía auricular a corazón abierto, con oclusión de flujo de entrada.	99.0
33750	Derivación de subclavia a arteria pulmonar.	95.6
33755	Derivación de aorta ascendente a arteria pulmonar.	95.6
33762	Derivación de aorta descendente a arteria pulmonar.	95.6
33766	Derivación de vena cava superior a arteria pulmonar, para incrementar circulación hacia un pulmón.	95.6
33767	Derivación de vena cava superior a arteria pulmonar, para incrementar circulación hacia ambos pulmones.	129.8



<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
33770	Corrección de la transposición de las grandes arterias con defecto del tabique ventricular y estenosis subpulmonar, sin agrandamiento quirúrgico del defecto de tabique ventricular.	153.7
33774	Corrección de la transposición de las grandes arterias, procedimiento de contrapuerta auricular con derivación cardiopulmonar.	129.8
33820	Corrección de persistencia de conducto arterioso, mediante ligadura.	102.4
33840	Excisión de coartación de la aorta con o sin defecto de conducto arterioso asociado, con anastomosis.	108.6

### **DESTRUCCIÓN DE LESIONES**

17000	Destrucción de una lesión benigna o premaligna (p. ej. queratosis actínica), por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) excepto verrugas blandas o lesiones proliferativas vasculares cutáneas, incluye anestesia local.	2.9
17106	Destrucción de lesiones proliferativas vasculares cutáneas (p. ej. técnica de láser), hasta 10 centímetros cuadrados.	5.4
17107	Destrucción de lesiones proliferativas vasculares cutáneas (p. ej. técnica de láser), de 10 a 50 centímetros cuadrados.	5.4
17110	Destrucción por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) de verrugas planas, molusco contagioso o milios, hasta 14 lesiones.	5.4
17262	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en tronco, brazos o piernas, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	5.4
17264	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en tronco, brazos o piernas, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	6.3
17266	Destrucción de lesiones malignas por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en tronco, brazos o piernas, mayor de 4 cm de diámetro.	7.8
17272	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en piel cabelluda, cuello, manos, pies y/o genitales, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	5.6
17274	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en piel cabelluda, cuello, manos, pies y/o genitales, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	8.3
17281	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios, de 0.6 a 1 cm de diámetro.	6.2
17283	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios, de 2.1 a 3 cm de diámetro.	6.8
17304	Moh (técnica microquirúrgica). Quimiocirugía, incluye la remoción de todo el tumor macroscópico, la excisión quirúrgica de muestras de tejido, examen microscópico y preparación histopatológica completa, hasta 5 muestras de tejido.	10.5

### **ENDOSCOPIA DEL INTESTINO DELGADO Y ESTÓMAGO**

44360	Endoscopia del intestino delgado, hasta la segunda porción de duodeno, no incluye ileon, con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado .	16.6
44361	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileon) con biopsia única o múltiple.	16.6
44363	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileon) con extracción de cuerpo extraño.	16.6
44364	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileon) con extirpación de tumor(es), pólipo(s), u otras lesiones mediante técnica con asa.	18.2
44366	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileon) con control de sangrado, mediante cualquier método.	18.2
44372	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileon) con colocación de tubo percutáneo de yeyunostomía.	16.6
44376	Endoscopia de intestino delgado, de la segunda porción de duodeno, incluyendo ileon, con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado.	16.6

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
44377	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más alla de la segunda porción de duodeno, incluyendo ileon con biopsia única o múltiple.	19.1
44500	Introducción de sonda gastrointestinal larga (ejemplo Miller-Abbott).	16.6
<b>ENDOSCOPIA, PROCTOSIGMOIDOSCOPIA, SIGMOIDOSCOPIA, COLONOSCOPIA</b>		
45300	Proctosigmoidoscopia, rígida, con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado.	11.1
45305	Proctosigmoidoscopia con biopsia, única o múltiple.	11.1
45307	Proctosigmoidoscopia con extracción de cuerpo extraño.	11.1
45308	Proctosigmoidoscopia con extracción de tumor único, pólipo u otra lesión con pinza de electrocoagulación o cauterio bipolar.	11.1
45315	Proctosigmoidoscopia con extracción de tumores múltiples, pólipos u otras lesiones con pinza de biopsia de electrocoagulación, cauterio bipolar o técnica de asa.	12.2
45330	Sigmoidoscopia, flexible, diagnóstica con o sin toma de muestra(s) mediante cepillado o lavado.	11.1
45331	Sigmoidoscopia con biopsia única o múltiple.	11.1
45332	Sigmoidoscopia con extracción de cuerpo extraño.	11.1
45333	Sigmoidoscopia con extracción de tumor(es), pólipo(s) u otras lesiones, con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar.	22.3
45378	Colonoscopia flexible, proximal al ángulo esplénico, con o sin toma de muestra mediante cepillado o lavado, con o sin descompresión del colon.	19.3
45380	Colonoscopia con biopsia, única o múltiple.	21.2
45382	Colonoscopia con control de sangrado, por cualquier método.	21.2
45384	Colonoscopia con extracción de tumor(es), pólipo(s), u otra lesión, con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar.	23.3
45500	Proctoplastia por estenosis.	37.9
45560	Reparación de rectocele.	37.9
45800	Cierre de fístula rectovesical.	60.6
45820	Cierre de fístula rectouretral.	60.6
45900	Reducción de prolapso rectal (manipulación bajo anestesia).	37.9
<b>INTESTINO</b>		
44602	Sutura de intestino delgado por úlcera perforada, diverticulo, herida, lesión o ruptura (enterorrafia).	68.6
44604	Sutura de intestino grueso por úlcera perforada, diverticulo, herida, lesión o ruptura, sin colostomía (colorrafia).	68.6
44605	Colorrafia con colostomía.	61.2
44620	Cierre de enterostomía de intestino delgado o grueso.	54.2
44625	Cierre de enterostomía con resección y anastomosis que no sea colorrectal.	54.2
44626	Cierre de enterostomía con resección y anastomosis colorrectal (cirugía de Hartmann).	54.2
44640	Cierre de fístula cutáneo-intestinal.	54.2
44650	Cierre de fístula enteroentérica o enterocólica.	54.2
44660	Cierre de fístula enterovesical sin resección de intestino o vejiga.	54.2
44661	Cierre de fístula enterovesical con resección de intestino y/o vejiga.	92.9
44800	Resección de diverticulo de Meckel (diverticulectomía) o del conducto onfalomesentérico.	52.2
<b>MAMA</b>		
19000	Punción y aspiración de quiste mamario.	7.2
19001	Punción aspirativa de cada quiste adicional de mama.	1.0

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
19020	Mastotomía con Exploración o drenaje de absceso profundo.	12.0
19100	Biopsia de mama, con aguja trocar.	7.2
19101	Biopsia de mama, incisional.	9.4
19110	Exploración de pezón con o sin excisión de conducto lactífero solitario o papiloma de conducto lactífero.	13.4
19112	Excisión de fístula de conducto lactífero.	13.4
19120	Excisión de quiste, fibroadenoma u otro tumor benigno o maligno, tejido mamario aberrante, lesión de conducto, lesión de pezón o de la areola, en hombre o mujer una o más lesiones.	29.6
19125	Excisión de lesión mamaria, identificada mediante colocación preoperatoria de marcador radiológico (esterotaxia).	28.3
19126	Excisión de cada lesión mamaria adicional, identificadas por marcadores radiológicos.	10.7
19140	Mastectomía por Ginecomastia (hombres).	39.2
19160	Mastectomía parcial.	42.5
19162	Mastectomía parcial con lifadenectomía axilar.	69.7
19180	Mastectomía simple, completa.	57.4
19182	Mastectomía subcutánea.	57.4
19200	Mastectomía radical, incluyendo músculos pectorales y ganglios linfáticos axilares.	110.8
19220	Mastectomía radical, incluyendo músculos pectorales y ganglios linfáticos axilares y mamaros internos.	106.7
19240	Mastectomía radical modificada, con linfadenectomía axilar, con o sin músculo pectoral menor.	100.7
19271	Excisión de tumor de pared torácica, que compromete costillas, con reconstrucción plástica sin linfadenectomía mediastinal.	106.7
19272	Excisión de tumor de pared torácica, que compromete costillas con reconstrucción plástica y con linfadenectomía mediastinal.	118.4
19340	Inserción inmediata de prótesis de mama, posterior a la mastopexia, mastectomía o cirugía reconstructiva.	43.0
19342	Inserción diferida de prótesis de mama, posterior a la mastopexia, mastectomía o cirugía reconstructiva.	43.0
19350	Reconstrucción de areola/pezón.	28.3
19357	Reconstrucción de mama, directa o diferida con expansor tisular, incluye expansión subsecuente.	91.2
19367	Reconstrucción de mama con colgajo miocutáneo transverso del recto del abdomen, incluyendo cierre de zona donante.	99.6

#### **PROCEDIMIENTOS DE NEUROLOGÍA Y NEUROMUSCULARES**

95819	Electroencefalograma (EEG).	4.4
95925	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos o sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en los miembros torácicos.	4.6
95926	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos o sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en los miembros pélvicos.	4.6
95927	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos o sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en tronco y cabeza.	4.6
95860	Electromiografía (una extremidad).	3.9
95961	Mapeo cortical y subcortical funcional.	6.3

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
<b>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</b>		
91000	Intubacion esofagica y obtención de material, por lavado para citología, incluye la preparación de muestras.	11.1
91010	Manometría del esófago y/o de unión gastroesofágica.	5.0
91011	Manometría esofagica, con estimulante de mecolilo o semejante.	5.5
91012	Manometría esofagica, con prueba de perfusión acida (Bernstein).	5.5
91020	Manometría Gástrica.	5.5
91032	Prueba de reflujo acido en esófago, con electrodo de ph intraluminal.	5.5
91033	Prueba de reflujo acidoprolongada en esófago, con electrodo de ph intraluminal.	5.5
91052	Prueba de análisis gástrico, con estimulante de la secrecion gástrica (p.ej. histamina, insulina, pentagastrina, calcio y secretina).	8.1
91065	Prueba de hidrógeno en aliento (p.ej. para la detección de deficiencia de lactasa).	5.5
91122	Manometría anorrectal.	0.6
<b>PRUEBAS DE FUNCIÓN AUDIOLÓGICA</b>		
92543	Prueba vestibular, con registro.	1.3
92552	Audiometría de tonos puros (umbral), transmitidos por aire solamente.	2.3
92553	Audiometría de tonos puros (umbral), transmitidos por aire y hueso.	2.3
92557	Evaluación completa del umbral de audiometría y reconocimiento del habla.	2.3
92560	Audiometría de Bekesy.	2.5
92567	Timpanometría, prueba de impedancia.	2.1
92575	Prueba de agudeza neurosensorial.	4.5
92585	Potenciales evocados auditivos.	5.8
<b>TRÁQUEA, BRONQUIOS, PULMONES</b>		
31600	Traqueostomía programada.	28.3
31603	Traqueostomía de emergencia transtraqueal.	28.3
31611	Fistulización traqueoesofagica e inserción subsecuente de una prótesis (Blom-Singer).	31.1
31622	Broncoscopia diagnóstica (flexible o rígida) con o sin cepillado y lavado.	12.4
31625	Broncoscopia con biopsia.	18.8
31628	Biopsia transbronquial de pulmón, con o sin fluoroscopio por broncoscopia.	16.6
31635	Broncoscopia para extracción de cuerpo extraño.	16.6
31640	Excisión de tumor por broncoscopia.	48.5
31641	Destrucción de tumor o disminución de estenosis por cualquier método (ej. láser) a través de broncoscopia.	34.6
31645	Broncoscopia inicial con aspiración terapéutica traqueobronquial (ej. drenaje de absceso pulmonar).	16.6
31646	Broncoscopia subsecuente con aspiración terapéutica traqueobronquial .	16.6
31750	Traqueoplastia cervical.	77.5
31755	Fistulización traqueo-faringea.	31.1
31785	Excisión de tumor traqueal o carcinoma cervical.	77.5
31786	Excisión de tumor traqueal o carcinoma torácico.	77.5
31820	Cierre quirúrgico de traqueostomía o fístula.	38.6
32000	Toracocentesis (punción de la cavidad pleural para aspiración) inicial o subsecuente.	12.0
32002	Toracocentesis con colocación de sonda, con o sin sello de agua (ej. neumotorax).	16.6
32005	Pleurodesis química.	13.2
32035	Toracotomía con resección de costilla por empiema.	46.1

<b>CPT</b>	<b>Descripción Común</b>	<b>Factor %</b>
32095	Toracotomía limitada para biopsia de pulmón o pleura.	41.0
32100	Toracotomía mayor con Exploración y biopsia.	41.0
32110	Toracotomía para control de hemorragia traumática y/o corrección de desgarro pulmonar.	77.5
32141	Toracotomía con excisión de pliegues de bula, con o sin algún procedimiento pleural.	77.5
32150	Extirpación de cuerpo extraño intrapleural o deposito de fibrina por toracotomía.	77.5
32200	Neumostomía con drenaje de absceso o quiste.	38.8
32220	Decorticación pulmonar total.	74.4
32225	Decorticación pulmonar parcial.	74.4
32310	Pleurectomía parietal.	40.0
32320	Decorticacion y pleurectomía parietal.	74.4
32400	Biopsia percutánea de pleura.	12.0
32405	Biopsia percutánea de pulmón o mediastino.	12.0
32440	Neumonectomía total.	175.5
32480	Lobectomía (un solo lobulo).	80.6
32482	Bilobectomía (dos lóbulos pulmonares).	80.6
32484	Segmentectomía o extirpacion de un segmento de pulmón.	80.6
32500	Resección de pulmón en cuña única o múltiple.	80.6
32650	Toracoscopia quirúrgica con pleurodesis por cualquier método.	49.5
32905	Toracoplastia tipo Schede o extrapleural (todos los tiempos).	74.8
32906	Toracoplastia con cierre de fístula broncopleural.	77.5
<b>TÚNICA VAGINAL DE TESTÍCULO</b>		
55000	Punción aspirativa de hidrocele.	14.7
55040	Excisión de hidrocele unilateral.	20.5
55041	Excisión de hidrocele bilateral.	26.4
55060	Corrección de hidrocele de túnica vaginalis (tipo Bottle).	20.5

---

## ANEXO 1 LEYES APLICABLES

### LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS:

Artículo 36, artículo 36 A, artículo 36 B, artículo 36D  
Procedimiento que las empresas aseguradoras deberán de seguir para llevar a cabo el registro de las Notas Técnicas de los Productos que comercializan.

Artículo 135 Bis  
Si la empresa aseguradora no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberán pagar al acreedor una indemnización por mora.

Artículo 136  
La competencia por territorio para demandar en materia de seguro será determinada a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo será nulo.

### LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO:

Artículo 8  
El contratante o asegurado estará obligado a declarar a la Compañía, de acuerdo al cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo tal como los conozca o deba conocer.

Artículo 9  
Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10  
Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 19  
Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Artículo 25  
Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la póliza.

Artículo 40  
Si no hubiese sido pagada la Prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades dentro del termino convenido el cual no podrá ser inferior a 3 (tres) días ni mayor a 30 (treinta) días naturales, siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del contrato cesaran automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Artículo 43  
Si la prima se ha fijado en consideración a determinados hechos que agraven el riesgo y estos hechos desaparecen o pierden su importancia en el curso del seguro, el asegurado tendrá derecho a exigir que en los períodos ulteriores se reduzca la prima, conforme a la tarifa respectiva y si así se convino en la póliza, la devolución de la parte correspondiente por el período en curso.

Artículo 52  
El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 54  
Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.

Artículo 67  
Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 70  
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

---

#### Artículo 71

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 (treinta) días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

#### Artículo 72

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

#### Artículo 81

Todas las acciones que deriven de un Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

#### Artículo 100

Cuando se contrate con varias empresas un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros.

#### Artículo 101

Si el asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata el artículo anterior, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, los aseguradores quedarán liberados de sus obligaciones.

#### Artículo 102

Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado.

### **LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS:**

#### Artículo 50 Bis.

Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios.

#### Artículo 65

Plazo para presentación de reclamaciones 5 (cinco) años tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida y de 2 (dos) años para los demás casos.

#### Artículo 67

Las reclamaciones que cumplan con los requisitos que menciona a Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros por su sola presentación interrumpirá la prescripción.

#### Artículo 68

La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación.

#### Artículo 69

En el caso de que el Usuario no acuda a la audiencia de conciliación y no presente dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para su celebración justificación de su inasistencia, se le tendrá por desistido de la reclamación y no podrá presentar otra ante la Comisión Nacional por los mismos hechos, debiendo levantarse acta en donde se haga constar la inasistencia del Usuario.

### **LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA:**

#### Artículo 109

No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de los siguientes ingresos:

IV. Los percibidos con motivo del reembolso de gastos médicos, dentales, hospitalarios y de funeral, que se concedan de manera general, de acuerdo con las leyes o contratos de trabajo.

#### Artículo 176

Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:

VI. Las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta.



**reinventando** / los seguros

**Llámanos sin costo**

**01 800 911 9999**

**[www.axa.mx](http://www.axa.mx)**