



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Cobertura Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC – Resolución 1132 de 2017
Subdirección de Beneficios en Aseguramiento

Bogotá

Abril 2017

Nota: Esta tabla corresponde a una orientación; las coberturas están dadas por la Resolución vigente que contenga el Plan de Beneficios en Salud.

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Sección 00 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INTERVENCIONISTAS		
Capítulo 01 SISTEMA NERVIOSO		
01.	PROCEDIMIENTOS EN CRÁNEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES	
01.0.	INCISIÓN DE CRÁNEO (PUNCIONES EN CRÁNEO)	
01.0.1.	PUNCIONES EN CISTERNA	Cubierta
01.0.1.01	PUNCIÓN CISTERNAL, VÍA LATERAL	Cubierta
01.0.1.02	PUNCIÓN CISTERNAL, VÍA MEDIAL	Cubierta
01.0.1.03	PUNCIÓN CISTERNAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.0.2.	PUNCIONES (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) EN VENTRÍCULOS	Cubierta
01.0.2.01	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) VENTRICULAR A TRAVÉS DE CATÉTER PREVIAMENTE IMPLANTADO	Cubierta
01.0.2.02	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) VENTRICULAR POR TREPANACIÓN (SIN CATÉTER)	Cubierta
01.0.2.03	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) VENTRICULAR A TRAVÉS DE UN RESERVORIO	Cubierta
01.0.2.04	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) VENTRICULAR, VÍA TRANSFONTANELAR	Cubierta
01.0.2.05	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) VENTRICULAR	Cubierta
01.0.9.	PUNCIÓN CRANEAL	Cubierta
01.0.9.01	PUNCIÓN SUBDURAL	Cubierta
01.0.9.02	OTRA PUNCIÓN CRANEAL	Cubierta
01.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CRÁNEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES	
01.1.1.	BIOPSIA EN CRÁNEO	Cubierta
01.1.1.01	BIOPSIA ÓSEA EN CRÁNEO POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.1.1.02	BIOPSIA ÓSEA EN CRÁNEO POR CRANIECTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.1.1.03	BIOPSIA DE CRÁNEO	Cubierta
01.1.2.	BIOPSIAS DE MENINGE CEREBRAL	Cubierta
01.1.2.01	BIOPSIA DE MENINGE, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.1.2.02	BIOPSIA DE MENINGE CEREBRAL	Cubierta
01.1.3.	BIOPSIAS DE CEREBRO	Cubierta
01.1.3.01	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE CEREBRO	Cubierta
Simultáneo:	<i>AYUDA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS (87. - 88.)</i>	
01.1.3.02	BIOPSIA ABIERTA (CRANEOTOMÍA) DE CEREBRO	Cubierta
Incluye:	<i>BIOPSIA DE REGIÓN PINEAL, TÁLAMO, CEREBELO O TALLO CEREBRAL</i>	
01.1.3.03	BIOPSIA DE CEREBRO POR TREPANACIÓN	Cubierta
01.1.3.04	BIOPSIA ESTEREOTÁXICA DE CEREBRO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA POR TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFÉRICOS, INTRACEREBELOSOS, TUMORES DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIALES E INFRATENTORIALES, LESIONES EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES E INTRA AXIALES), LESIONES VENTRICULARES SUPRA E INFRATENTORIALES Y DE LÍNEA MEDIA	
01.1.3.05	BIOPSIA DE CEREBRO	Cubierta
01.2.	CRANEOTOMÍA Y CRANIECTOMÍA	
Excluye:	AQUELLA EMPLEADA COMO ACCESO QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO), DESCOMPRESIÓN DE FRACTURA DE CRÁNEO (02.0.2.), EXPLORACIÓN DE ÓRBITA (16.1. - 16.9.)	
01.2.1.	INCISIÓN O DRENAJE O DESFUNCIONALIZACIÓN DE SENO FRONTAL	Cubierta
01.2.1.01	CRANEALIZACIÓN DE SENO FRONTAL	Cubierta
01.2.1.02	INCISIÓN Y DRENAJE DE SENO FRONTAL	Cubierta
01.2.1.03	DESFUNCIONALIZACIÓN DE SENO FRONTAL	Cubierta
01.2.2.	EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL	Cubierta
Incluye:	EXTRACCIÓN CON REEMPLAZO SIMULTÁNEO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.2.2.00	EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL SOD	Cubierta
01.2.3.	REAPERTURA DE CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.2.3.00	REAPERTURA DE CRANEOTOMÍA SOD	Cubierta
01.2.4.	OTRAS CRANEOTOMÍAS (DESCOMPRESIVAS O EXPLORATORIAS)	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR HEMATOMA EPIDURAL, EMPIEMA EPIDURAL U OTRA COLECCIÓN O LESIÓN LOCALIZADAS EN EL ESPACIO EPIDURAL</i>	
01.2.4.01	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.2.4.02	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.2.4.03	CRANEOTOMÍA (DESCOMPRESIVA O EXPLORATORIA)	Cubierta
01.2.4.10	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACRANEAL, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
Simultáneo:	<i>CUALQUIER ESQUIRLECTOMÍA (02.0.2.)</i>	
01.2.5.	OTRAS CRANIECTOMÍAS	Cubierta
01.2.5.01	SECUESTRECTOMÍA DE CRÁNEO, POR CRANIECTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	DESBRIDAMIENTO O CURETAJE (LIMPIEZA) CRANEAL	
01.2.5.02	DRENAJE DE COLECCIÓN EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANIECTOMÍA	Cubierta
01.2.5.03	DRENAJE DE COLECCIÓN EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMÍA	Cubierta
01.2.5.04	CRANIECTOMÍA	Cubierta
01.3.	INCISIÓN DE CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES	
01.3.1.	INCISIONES DE MENINGES CEREBRALES	Cubierta
Incluye:	POR HEMATOMA SUBDURAL AGUDO, HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO, HIGROMA, EMPIEMA, LESIONES QUÍSTICAS U OTRAS LESIONES LOCALIZADAS EN ESPACIO SUBDURAL O SUBARACNOIDEO	
01.3.1.01	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.3.1.02	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR TREPANACIÓN	Cubierta
01.3.1.03	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL EN FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMÍA	Cubierta
01.3.1.04	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DRENAJE EXTERNO	Cubierta
01.3.1.05	DRENAJE DE ESPACIO SUBARACNOIDEO, POR DERIVACIÓN CISTO PERITONEAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.3.1.06	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DERIVACIÓN SUBDURO PERITONEAL	Cubierta
01.3.1.07	INCISIÓN DE MENINGES CEREBRALES	Cubierta
01.3.1.10	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL CON REPARO DE SENOS DURALES ROTOS	Cubierta
01.3.2.	LOBOTOMÍA Y TRACTOTOMÍA (LESIONES PARA CIRUGÍA FUNCIONAL)	Cubierta
Incluye:	<i>CALLOSTOMIA ,CINGULOTOMÍA, TRACTOTOMÍA MESENCEFÁLICA U OTRA LESIÓN DE TALLO, CEREBRAL, AMIGDALO HIPOCAMPECTOMÍA, ENTRE OTRAS</i>	
01.3.2.01	SECCIÓN DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES) POR ABLACIÓN (TERMOLESIÓN) ESTEREOTÁXICA	Cubierta
01.3.2.02	SECCIÓN DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES), POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
Incluye:	<i>TEJIDO CEREBRAL CONVULSIVÓGENO</i>	
01.3.2.03	SECCIÓN DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES)	Cubierta
01.4.	PROCEDIMIENTOS EN TÁLAMO Y GLOBO PÁLIDO	
01.4.1.	PROCEDIMIENTOS EN TÁLAMO	Cubierta
01.4.1.01	TALAMOTOMÍA POR ESTEREOTAXIA (ESTIMULACIÓN O ABLACIÓN DE UNO DE SUS NÚCLEOS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.4.1.02	TALAMOTOMÍA	Cubierta
01.4.2.	PROCEDIMIENTOS EN GLOBO PÁLIDO	Cubierta
01.4.2.01	PALIDOTOMÍA POR ESTEREOTAXIA	Cubierta
01.4.2.02	PALIDOTOMÍA	Cubierta
01.5.	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN CRÁNEO	
Excluye:	<i>AQUELLA POR RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA (92.3.)</i>	
Simultáneo:	<i>AQUELLA CON PREVÍA EMBOLIZACIÓN (38.5.1.20)</i>	
01.5.1.	ESCISIONES DE LESIÓN CRANEAL	Cubierta
01.5.1.01	RESECCIÓN TUMOR ÓSEO, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.5.1.02	RESECCIÓN TUMOR ÓSEO, POR CRANIECTOMÍA	Cubierta
01.5.1.03	ESCISIÓN DE LESIÓN CRANEAL	Cubierta
01.5.1.04	CORRECCIÓN DE DISPLASIA FIBROSA DEL CRÁNEO POR CRANIECTOMÍA	Cubierta
01.5.2.	RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.5.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR, VÍA CRANEOFACIAL ANTERIOR	Cubierta
01.5.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR, VÍA CRANEOFACIAL ANTEROLATERAL	Cubierta
01.5.2.03	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR, VÍA ANTEROLATERAL Y RINOTOMÍA LATERAL	Cubierta
01.5.2.04	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR, VÍA TRANSZIGOMÁTICA Y TRANSPALATAL	Cubierta
01.5.2.05	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR	Cubierta
01.5.3.	RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLOS TUMORES EN SENO CAVERNOSO, APEX PETROSO, SENO ESFENOIDAL, REGIÓN SELAR</i>	
01.5.3.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, POR CRANEOTOMÍA FRONTAL Y OSTEOTOMÍA FRONTO ETMOIDAL	Cubierta
01.5.3.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, POR ABORDAJE TRANSMAXILAR	Cubierta
01.5.3.03	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, POR CRANEOTOMÍA GUIADA POR ESTEREOTAXIA	Cubierta
01.5.3.04	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA SUBTEMPORAL Y OSTEOTOMÍA ZIGOMÁTICA	Cubierta
01.5.3.05	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA SUBFRONTAL EXTENDIDA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.5.3.06	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA SUBTEMPORAL	Cubierta
01.5.3.07	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA PREAURÍCLAR INFRATENTORIAL Y CERVICOTOMÍA	Cubierta
01.5.3.08	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA SUBFRONTAL	Cubierta
01.5.3.09	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, POR ORBITOTOMÍA LATERAL	Cubierta
01.5.3.10	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA TRANSESEFENOIDAL	Cubierta
01.5.3.11	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA TRANSESEFENOIDAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
01.5.3.12	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA	Cubierta
01.5.4.	RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR	Cubierta
Incluye:	AQUELLOS TUMORES EN CLIVUS, ÁNGULO PONTO CEREBELOSO; MONITOREO INTRAOPERATORIO NEUROFISIOLÓGICO DEL NERVIO AUDITIVO Y FACIAL EN EL CASO DE NEURINOMAS, MENINGIOMAS ENTRE OTROS	
01.5.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA EXTREMO LATERAL	Cubierta
01.5.4.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA FRONTO ORBITO ETMOIDAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.5.4.03	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA SUBTEMPORAL PREAURÍCULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR	Cubierta
01.5.4.04	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA TRANSORAL	Cubierta
01.5.4.05	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA MAXILOTOMÍA EXTENDIDA	Cubierta
01.5.4.06	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA TRANSLABERINTICA	Cubierta
01.5.4.07	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA TRANSCOCLEAR	Cubierta
01.5.4.08	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA FOSA MEDIA	Cubierta
01.5.4.09	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR, VÍA SUBOCCIPITAL RETROMASTOIDEA	Cubierta
01.5.4.10	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR	Cubierta
01.5.5.	RESECCIONES DE TEJIDO CRANEAL	Cubierta
01.5.5.01	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE CRÁNEO	Cubierta
01.5.5.02	RESECCIÓN DE TEJIDO CRANEAL	Cubierta
01.6.	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE MENINGES CEREBRALES	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>AQUELLA POR RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA (92.3.)</i>	
Simultáneo:	<i>AQUELLA CON PREVÍA EMBOLIZACIÓN (38.5.1.20)</i>	
01.6.1.	RESECCIONES DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES	Cubierta
Incluye:	<i>TUMORES BENIGNOS O MALIGNOS EN MENINGES CEREBRALES</i>	
01.6.1.01	RESECCIÓN TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.6.1.02	RESECCIÓN TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANIECTOMÍA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA	Cubierta
01.6.1.03	RESECCIÓN DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES	Cubierta
01.6.2.	RESECCIONES TUMORES DE LA HOZ	Cubierta
01.6.2.01	RESECCIÓN TUMOR DE LA HOZ, POR CRANEOTOMÍA Y PLASTIA	Cubierta
01.6.2.02	RESECCIÓN TUMORES DE LA HOZ	Cubierta
01.6.3.	RESECCIONES TUMORES DEL TENTORIO	Cubierta
01.6.3.01	RESECCIÓN TUMOR DEL TENTORIO, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.6.3.02	RESECCIÓN TUMORES DEL TENTORIO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.6.4.	RESECCIÓN DE OTRAS LESIONES DE MENINGE CEREBRAL	Cubierta
01.6.4.01	DRENAJE DE QUISTE ARACNOIDEO GUIADO POR ESTEREOTAXIA	Cubierta
01.6.4.02	RESECCIÓN DE OTRA LESIÓN DE MENINGE CEREBRAL	Cubierta
01.7.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO CEREBRAL	
Excluye:	<i>AQUELLA POR RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA (92.3.)</i>	
01.7.0.	DRENAJES DE COLECCIONES INTRACEREBRALES	Cubierta
Incluye:	<i>COLECCIONES POR HEMORAGIAS, ABSCEOS O QUISTES, ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
01.7.0.01	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.7.0.02	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, GUIADO POR ESTEREOTAXIA	Cubierta
01.7.0.03	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR PUNCIÓN DIRIGIDA	Cubierta
01.7.0.04	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta
01.7.0.05	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR, GUIADO POR ESTEREOTAXIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.7.0.06	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES	Cubierta
01.7.2.	RESECCIONES DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFÉRICOS	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLOS TUMORES PRIMARIOS O METASTÁSICOS</i>	
01.7.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFÉRICO, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.7.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFÉRICO, POR CRANEOTOMÍA OSTEOPLÁSTICA	Cubierta
01.7.2.03	RESECCIÓN DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFÉRICO, POR CRANEOTOMÍA GUIADA POR ESTEREOTAXIA	Cubierta
01.7.2.04	RESECCIÓN DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFÉRICO, CON ESTIMULACIÓN CORTICAL	Cubierta
01.7.2.05	RESECCIÓN VOLUMÉTRICA DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFÉRICO, CON ESTEREOTAXIA	Cubierta
01.7.2.06	RESECCIÓN DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFÉRICOS	Cubierta
01.7.2.09	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL SUPRATENTORIAL	Cubierta
01.7.3.	RESECCIONES TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFÉRICOS	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLOS TUMORES PRIMARIOS O METASTÁSICOS</i>	
01.7.3.01	RESECCIÓN TUMOR INTRACEREBELOSO, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.7.3.02	RESECCIÓN TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFÉRICOS	Cubierta
01.7.3.03	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL INFRATENTORIAL	Cubierta
01.7.4.	RESECCIONES DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIALES	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLOS TUMORES PRIMARIOS O METASTÁSICOS</i>	
01.7.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIAL, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.7.4.02	RESECCIÓN DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIALES	Cubierta
01.7.5.	RESECCIONES DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA INFRATENTORIALES	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLOS TUMORES PRIMARIOS O METASTÁSICOS</i>	
01.7.5.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LÍNEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta
01.7.5.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE LÍNEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMÍA GUIADA POR ESTEREOTAXIA	Cubierta
01.7.5.03	RESECCIÓN DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA INFRATENTORIALES	Cubierta
01.7.5.04	RESECCIÓN DE LESIONES EXOFÍTICAS SÓLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.7.5.05	RESECCIÓN DE LESIONES EXOFÍTICAS SÓLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMÍA DE FOSA MEDIA	Cubierta
01.7.5.08	RESECCIÓN DE LESIONES SÓLIDAS O QUÍSTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta
01.7.5.09	RESECCIÓN DE LESIONES SÓLIDAS O QUÍSTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMÍA SUBTEMPORAL	Cubierta
01.7.6.	RESECCIONES DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES	Cubierta
01.7.6.01	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.7.6.02	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES	Cubierta
01.7.6.03	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES, POR ENDOSCOPIA	Cubierta
01.7.7.	RESECCIONES DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES	Cubierta con aclaración
01.7.7.01	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta
01.7.7.02	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR ENDOSCOPIA	No Cubierta
01.7.7.03	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.7.8.	RESECCIONES DE LESIONES INTRAVENTICULARES DE LÍNEA MEDIA	Cubierta
01.7.8.01	RESECCIÓN DE LESIONES INTRAVENTICULARES DE LÍNEA MEDIA, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.7.8.02	RESECCIÓN DE LESIONES INTRAVENTICULARES DE LÍNEA MEDIA	Cubierta
01.7.8.03	RESECCIÓN DE LESIONES INTRAVENTICULARES DE LÍNEA MEDIA, POR ENDOSCOPIA	Cubierta
01.7.8.05	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL DE LÍNEA MEDIA INTRAVENTICULAR	Cubierta
01.8.	HEMISFERECTOMIAS	
01.8.1.	HEMISFERECTOMIAS CEREBRALES	Cubierta
01.8.1.01	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.8.1.02	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL	Cubierta
01.8.2.	HEMISFERECTOMIAS CEREBELOSAS	Cubierta
01.8.2.01	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta
01.8.2.02	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA	Cubierta
01.9.	RESECCIÓN DE LÓBULOS CEREBRALES [LOBECTOMÍA]	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
01.9.1.	LOBECTOMÍA POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
01.9.1.00	LOBECTOMÍA POR CRANEOTOMÍA SOD	Cubierta
01.9.2.	LOBECTOMÍA POR CRANIECTOMÍA	Cubierta
01.9.2.00	LOBECTOMÍA POR CRANIECTOMÍA SOD	Cubierta
02.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN CRÁNEO, CEREBRO O MENINGES CEREBRALES	
02.0.	REPARACIÓN EN CRÁNEO [CRANEOPLASTIA]	
Excluye:	<i>AQUELLA CON REPARACIÓN SIMULTÁNEA DE ENCEFALOCELE (02.1.)</i>	
02.0.1.	APERTURAS DE SUTURAS CRANEALES	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR ESCAFOCEFALIA-TRIGONOCEFALIA TURRICEFALIA DOLICOCEFALIA- PLAGIOCEFALIA; CROUZON APERT-PFIFER-CRÁNEO EN TRÉBOL, HIPERTELORISMO ENTRE ALGUNAS PATOLOGÍAS</i>	
02.0.1.01	CORRECCIÓN DE CRÁNEO SINOSTOSIS, POR CRANIECTOMÍA SIN AVANCES	Cubierta
02.0.1.02	CORRECCIÓN DE CRÁNEO SINOSTOSIS, POR CRANIECTOMÍA CON AVANCE FRONTAL	Cubierta
02.0.1.03	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS MÚLTIPLE CON BRAQUICEFALIA, POR CRANIECTOMÍA MÚLTIPLE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
02.0.1.04	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS MÚLTIPLE CON BRAQUICEFALIA, CON AVANCE FRONTAL	Cubierta
02.0.1.05	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS CON ALTERACIÓN CRÁNEO FACIAL COMPLEJA, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
02.0.1.06	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS CON ALTERACIÓN CRÁNEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO-ORBITARIO	Cubierta
02.0.1.07	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS CON ALTERACIÓN CRÁNEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO NASAL (LEFORT III)	Cubierta
02.0.1.08	CORRECCIÓN DE CRÁNEO ESTENOSIS CON ALTERACIÓN CRÁNEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO MAXILAR (LEFORT II)	Cubierta
02.0.1.09	APERTURA DE SUTURA CRANEAL	Cubierta
02.0.2.	ELEVACIÓN DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRÁNEO (ESQUIRLECTOMÍA)	Cubierta
02.0.2.01	ESQUIRLECTOMÍA CRANEAL A TRAVÉS DE TREPANACIÓN	Cubierta
02.0.2.02	DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRÁNEO	Cubierta
02.0.2.03	REDUCCIÓN DE FRACTURA CRANEAL (HUNDIMIENTO SIN COMPROMISO DE DURA) CON ESQUIRLECTOMÍA Y CRANEOPLASTIA	Cubierta
02.0.2.04	REDUCCIÓN DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRÁNEO, CON PLASTIA DURAL Y LIMPIEZA HEMOSTASIA CEREBRAL (DESBRIDAMIENTO) EN UN SOLO TIEMPO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
02.0.2.05	ELEVACIÓN DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRÁNEO	Cubierta
02.0.4.	INJERTOS ÓSEOS EN CRÁNEO	Cubierta
02.0.4.01	CORRECCIÓN DE DEFECTO ÓSEO PRE-EXISTENTE POR CRANEOPLASTIA, CON INJERTO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	Cubierta
02.0.4.02	INJERTO ÓSEO EN CRÁNEO	Cubierta
02.0.5.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PLACA CRANEAL (METÁLICA, ACRÍLICA)	Cubierta
02.0.5.00	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PLACA O MALLA CRANEAL (METÁLICA, ACRÍLICA) SOD	Cubierta
02.0.6.	OTRAS OSTEOPLASTIAS CRANEALES	Cubierta
02.0.6.01	CORRECCIÓN DISPLASIA FIBROSA POR CRANEOPLASTIA	Cubierta
02.0.6.02	OSTEOPLASTIA CRANEAL	Cubierta
02.0.7.	EXTRACCIÓN DE PLACA CRANEAL	Cubierta
02.0.7.00	EXTRACCIÓN DE PLACA CRANEAL SOD	Cubierta
02.1.	REPARACIÓN DE MENINGES CEREBRALES	
02.1.1.	SUTURA DE DURAMADRE CEREBRAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
02.1.1.01	CORRECCIÓN DE DESGARRO DURAL POST TRAUMÁTICO EN BÓVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
02.1.1.02	CORRECCIÓN DE DESGARRO DURAL POST TRAUMÁTICO EN BÓVEDA CRANEANA, CON PLASTIA DURAL	Cubierta
02.1.1.03	CORRECCIÓN DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRÁNEO, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
02.1.1.04	CORRECCIÓN DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRÁNEO, CON PLASTIA AUTÓLOGA O HETERÓLOGA, POR CRANEOTOMÍA	Cubierta
02.1.1.05	SUTURA SIMPLE DE DURAMADRE CEREBRAL	Cubierta
02.1.2.	OTRAS REPARACIONES DE MENINGES CEREBRALES	Cubierta
Incluye:	<i>POR MENINGOCELE, MENINGOENCEFALOCELE, MENINGOHIDROENCEFALOCELE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
02.1.2.01	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BÓVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMÍA Y CRANEOPLASTIA	Cubierta
02.1.2.02	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BÓVEDA CRANEANA, POR DUROPLASTIA	Cubierta
02.1.2.03	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO ANTERIOR, VÍA SUBFRONTAL	Cubierta
02.1.2.04	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO ANTERIOR, VÍA TRANSESFENOIDAL	Cubierta
02.1.2.05	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO ANTERIOR, VÍA ENDOSCÓPICA TRANSNASAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
02.1.2.06	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO MEDIO, POR CRANIECTOMÍA	Cubierta
02.1.2.07	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO MEDIO, VÍA TRANSESFENOIDAL	Cubierta
02.1.2.08	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO POSTERIOR, VÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta
02.1.2.09	CORRECCIÓN DE MENINGOCELE, POR CRANIECTOMÍA	Cubierta
02.1.2.10	CORRECCIÓN DE MENINGOCELE, CON CRANEOPLASTIA	Cubierta
02.1.2.11	CORRECCIÓN DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, POR CRANIECTOMÍA Y PLASTIA DE MENINGE	Cubierta
02.1.2.12	CORRECCIÓN DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, CON AVANCE FRONTO ORBITARIO Y PLASTIA DE MENINGE	Cubierta
02.1.2.13	CORRECCIÓN DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
02.1.2.14	CORRECCIÓN DE MENINGOENCEFALOCELE POR CRANIECTOMÍA CON PLASTIA DE MENINGE Y CRANEOPLASTIA	Cubierta
02.1.2.15	REPARACIÓN DE MENINGE CEREBRAL	Cubierta
02.1.2.16	CORRECCIÓN FÍSTULA LCR EN BASE DE CRÁNEO MEDIO VÍA TRANSESFENOIDAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
02.2.	VENTRICULOSTOMÍAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
02.2.1.	VENTRICULOSTOMÍAS INTERNA	Cubierta con aclaración
Incluye:	<i>AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE HIDROCEFALIA</i>	
02.2.1.01	DERIVACIÓN DE VENTRÍCULO A CISTERNA MAGNA	Cubierta
02.2.1.02	CRANEOSTOMÍA CON FENESTRACIÓN ENDOSCÓPICA	No Cubierta
02.2.1.03	CRANEOSTOMÍA CON FENESTRACIÓN ESTEREOTÁXICA	Cubierta
02.2.1.04	VENTRICULOSTOMÍA INTERNA	Cubierta
02.2.2.	VENTRICULOSTOMÍAS EXTERNAS	Cubierta
02.2.2.01	COLOCACIÓN DE CATÉTER VENTRICULAR AL EXTERIOR	Cubierta
02.2.2.02	DERIVACIÓN VENTRICULAR A ESPACIO SUBARACNOIDEO CERVICAL	Cubierta
02.2.2.03	VENTRICULOSTOMÍA EXTERNA	Cubierta
02.2.3.	COLOCACIÓN DE CATÉTER VENTRÍCULO PERITONEAL, SIN VÁLVULA	Cubierta
02.2.3.00	COLOCACIÓN DE CATÉTER VENTRÍCULO PERITONEAL, SIN VÁLVULA SOD	Cubierta
02.3.	DERIVACIÓN VENTRICULAR EXTRACRANEAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
02.3.2.	DERIVACIONES VENTRICULARES A APARATO CIRCULATORIO	Cubierta
02.3.2.01	DERIVACIÓN VENTRÍCULOATRIAL	Cubierta
02.3.2.02	DERIVACIÓN VENTRICULAR A APARATO CIRCULATORIO	Cubierta
02.3.4.	DERIVACIONES VENTRICULARES A CAVIDAD Y ÓRGANOS ABDOMINALES	Cubierta
02.3.4.01	VENTRICULOPERITONEOSTOMÍA	Cubierta
02.3.4.02	DERIVACIÓN CISTO PERITONEAL (QUISTE VENTRICULAR A PERITONEO)	Cubierta
02.3.4.03	DERIVACIÓN VENTRICULAR A CAVIDAD Y ÓRGANOS ABDOMINALES	Cubierta
02.3.5.	DERIVACIONES VENTRICULARES AL APARATO URINARIO	Cubierta
02.3.5.00	DERIVACIÓN VENTRICULAR AL APARATO URINARIO SOD	Cubierta
02.4.	REVISIÓN, EXTRACCIÓN E IRRIGACIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR	
02.4.1.	IRRIGACIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR	Cubierta
02.4.1.00	IRRIGACIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR SOD	Cubierta
02.4.2.	SUSTITUCIÓN O REEMPLAZO DE DERIVACIÓN VENTRICULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
02.4.2.01	REEMPLAZO PARCIAL DE DERIVACIÓN	Cubierta
02.4.2.02	REEMPLAZO TOTAL DE DERIVACIÓN	Cubierta
02.4.2.03	SUSTITUCIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR	Cubierta
02.4.3.	EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN	Cubierta
02.4.3.00	RETIRO DE DERIVACIÓN SOD	Cubierta
02.5.	INSERCIÓN O IMPLANTE DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO	
Incluye:	<i>AQUEL PARA DRENAR PORCIÓN QUISTICA EN CRÁNEOFARINGIOMA O PARA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA</i>	
02.5.0.	IMPLANTE DE CATÉTER (INTRAVENTRICULAR, INTRACÍSTICO) CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO	Cubierta
02.5.0.00	IMPLANTE DE CATÉTER (INTRAVENTRICULAR, INTRACÍSTICO) CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO SOD	Cubierta
02.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN CRÁNEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES	
Excluye:	<i>PROCEDIMIENTOS EN GLÁNDULAS PINEAL (07.5.) E HIPÓFISIS (07.6.)</i>	
02.8.1.	LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES	Cubierta
02.8.1.00	LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
02.8.2.	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE MONITOREO PARA PRESIÓN INTRACRANEANA	Cubierta
02.8.2.01	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER INTRACEREBRAL	Cubierta
02.8.2.02	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO EXTRADURAL	Cubierta
02.8.2.03	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO INTRACEREBRAL (ELECTRODOS, TRASDUCTORES DE PIC)	Cubierta
02.8.2.04	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO PARA MONITORIA DE PRESIÓN INTRACRANEANA	Cubierta
02.8.3.	IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADORES INTRACRANEALES	Cubierta con aclaración
02.8.3.01	IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADOR POR CRANEOTOMÍA GUIADA POR ESTEREOTAXIA	Cubierta
02.8.3.02	COLOCACIÓN EPIDURAL DEL ELECTRODO DE NEUROESTIMULACIÓN INTRACRANEAL	Cubierta
02.8.3.03	IMPLANTACIÓN PARENQUIMATOSA DEL ELECTRODO DE NEUROESTIMULACIÓN INTRACRANEAL	Cubierta
02.8.3.04	IMPLANTACIÓN DE RECEPTOR ELECTROENCEFALOGRAFICO POR TREPANACIÓN	Cubierta
02.8.3.05	INSERCIÓN DE REJILLA SUBDURAL	No Cubierta
02.8.3.06	IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL	Cubierta
02.8.4.	COLOCACIÓN DE TRACCIÓN CEFÁLICO O ESQUELÉTICA CERVICAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO	
02.8.4.01	COLOCACIÓN DE TRACTOR CEFÁLICO	Cubierta
02.8.4.02	COLOCACIÓN DE TRACTOR ESQUELÉTICO CERVICAL	Cubierta
02.8.5.	EXTRACCIÓN O RETIRO DE TRACCIÓN CEFÁLICO O ESQUELÉTICA CERVICAL	No Cubierta
02.8.5.01	EXTRACCIÓN O RETIRO DE TRACTOR CEFÁLICO	No Cubierta
02.8.5.02	EXTRACCIÓN O RETIRO DE TRACTOR ESQUELÉTICO CERVICAL	No Cubierta
02.8.6.	INJERTOS INTRACEREBRALES	Cubierta
02.8.6.01	INJERTO INTRACEREBRAL DE TEJIDO SUPRARRENAL	Cubierta
02.8.6.02	INJERTO INTRACEREBRAL	Cubierta
03.	PROCEDIMIENTOS EN MÉDULA ESPINAL Y ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUÍDEO	
Excluye:	DESCOMPRESIÓN MEDIANTE VERTEBRECTOMÍA (77.8.9. Y 77.9.9.), DISCECTOMÍA, Y DISCÓLISIS (80.5.)	
03.0.	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUÍDEO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO; AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE CANAL ESTRECHO SEGMENTARIO; INSERCIÓN DE DISPOSITIVO MÉDICO	
03.0.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN CANAL RAQUÍDEO	Cubierta
03.0.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUÍDEO POR LAMINECTOMÍA	Cubierta
03.0.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUÍDEO POR HEMILAMINECTOMÍA	Cubierta
03.0.1.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUÍDEO POR LAMINOTOMÍA	Cubierta
03.0.1.04	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUÍDEO	Cubierta
03.0.2.	EXPLORACIONES Y DESCOMPRESIONES DE CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES	Cubierta
03.0.2.01	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES POR LAMINECTOMÍA	Cubierta
03.0.2.02	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES POR HEMILAMINECTOMÍA	Cubierta
03.0.2.03	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES POR LAMINOTOMÍA O LAMINOPLASTIA	Cubierta
03.0.2.04	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
03.0.2.07	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CANAL RAQUÍDEO (EXCEPTO SEGMENTO CERVICAL) Y RAÍCES ESPINALES, POR FORAMINOTOMÍA POSTERIOR	Cubierta
03.0.3.	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ DE NERVIOS ESPINALES	Cubierta
03.0.3.01	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ DEL NERVIOS ESPINAL	Cubierta
03.0.4.	DRENAJES DE COLECCIÓN ESPINAL EPIDURAL	Cubierta
03.0.4.01	DRENAJE DE COLECCIÓN EPIDURAL POR LAMINOTOMÍA	Cubierta
03.0.4.02	DRENAJE DE COLECCIÓN EPIDURAL POR LAMINECTOMÍA	Cubierta
03.0.4.03	DRENAJE DE COLECCIÓN ESPINAL	Cubierta
03.1.	DIVISIÓN DE RAÍZ DE NERVIOS INTRAESPINAL	
03.1.1.	RIZOTOMÍA DE NERVIOS ESPINALES	Cubierta
03.1.1.00	RIZOTOMÍA DE RAÍZ NERVIOS ESPINAL SOD	Cubierta
03.2.	CORDOTOMÍA	
Incluye:	<i>AQUELLA PARA MANEJO DE ESPASTICIDAD</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
03.2.1.	CORDOTOMÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
03.2.1.00	CORDOTOMÍA PERCUTÁNEA SOD	Cubierta
03.2.2.	CORDOTOMÍA ABIERTA	Cubierta
03.2.2.00	CORDOTOMÍA ABIERTA SOD	Cubierta
03.2.3.	TRACTOTOMÍAS DE MÉDULA ESPINAL	Cubierta
03.2.3.03	TRACTOTOMÍA DE MÉDULA ESPINAL	Cubierta
03.2.3.04	LESIÓN DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAÍCES POSTERIORES [DREZ]	Cubierta
03.2.4.	MIELOTOMÍAS	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA EN EL MANEJO DE ESPASTICIDAD O DOLOR</i>	
03.2.4.01	MIELOTOMÍA ABIERTA CON LÁSER	Cubierta
03.2.4.02	MIELOTOMÍA ABIERTA	Cubierta
03.3.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA MÉDULA ESPINAL O ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUÍDEO	
03.3.1.	PUNCIÓN LUMBAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
03.3.1.00	PUNCIÓN LUMBAR SOD	Cubierta
03.3.2.	BIOPSIAS DE MÉDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES	Cubierta
03.3.2.01	BIOPSIA DE TUMOR INTRADURALES (INTRAMEDULARES Y EXTRAMEDULARES) CERVICALES, DORSALES, LUMBOSACROS O COCCÍGEOS	Cubierta
03.3.2.02	BIOPSIA ABIERTA DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, VÍA LATERAL	Cubierta
03.3.2.03	BIOPSIA DE MÉDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES	Cubierta
03.4.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL O DE MENINGES ESPINALES	
Incluye:	<i>POR TUMOR, ABSCEOS, HEMATOMAS O EMPIEMAS; RESECCIÓN PARCIAL O TOTAL EN SEGMENTOS CERVICALES, DORSALES, LUMBOSACROS O COCCÍGEOS</i>	
03.4.1.	RESECCIONES DE TUMORES DEL FORÁMEN MAGNO	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA POR RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA (92.3.)</i>	
03.4.1.01	RESECCIÓN DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, POR CRANEOTOMÍA DE FOSA POSTERIOR Y ESCISIÓN DE ARCO POSTERIOR DE ATLAS VÍA POSTERIOR	Cubierta
03.4.1.02	RESECCIÓN DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, VÍA TRANSCONDILEA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
03.4.1.03	RESECCIÓN DE TUMOR DEL FORÁMEN MAGNO, VÍA TRANSORAL	Cubierta
03.4.2.	RESECCIONES DE TUMORES EXTRADURALES	Cubierta
03.4.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) VÍA POSTERIOR, CON LAMINECTOMÍA BILATERAL	Cubierta
03.4.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) VÍA POSTERIOR, CON LAMINOPLASTIA	Cubierta
03.4.2.03	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) VÍA POSTERIOR, CON SACRECTOMÍA TOTAL O PARCIAL	Cubierta
03.4.2.04	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) VÍA ANTERIOR, CON CORPECTOMÍA Y ARTRODESIS	Cubierta
03.4.2.05	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) VÍA ANTERIOR, CON CORPECTOMÍA, ARTRODESIS E INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
03.4.2.06	RESECCIÓN DE TUMOR EXTRADURAL (EPIDURAL) CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ANTERIOR Y POSTERIOR	Cubierta
03.4.2.07	RESECCIÓN DE TUMORES EXTRADURALES DE RAÍZ VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	Cubierta
03.4.3.	RESECCIONES DE TUMORES INTRADURALES EXTRAMEDULARES	Cubierta
03.4.3.01	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR, VÍA POSTERIOR, POR LAMINECTOMÍA BILATERAL	Cubierta
03.4.3.02	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR, VÍA POSTERIOR, CON LAMINOPLASTIA O DUROPLASTIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
03.4.3.03	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR, VÍA POSTERIOR, POR LAMINECTOMÍA O FORAMINECTOMÍA	Cubierta
03.4.3.04	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR, VÍA POSTERIOR O POSTERO LATERAL	Cubierta
03.4.3.05	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR, VÍA ANTERIOR	Cubierta
03.4.3.06	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL EXTRAMEDULAR DE RAÍZ VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	Cubierta
03.4.4.	RESECCIONES DE TUMORES INTRADURALES INTRAMEDULARES	Cubierta
03.4.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL INTRAMEDULAR, VÍA ANTERIOR	Cubierta
03.4.4.02	RESECCIÓN DE TUMOR INTRADURAL INTRAMEDULAR, VÍA POSTERIOR	Cubierta
03.5.	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUÍDEO	
Incluye:	<i>POR MENINGOCELE, MIELOMENINGOCELE, MIELOCELE, MENINGORADICULOCELE, DIASTEMATOMELIA, KLIPPEL FEIL, SIRINGOMIELIA CERVICAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
03.5.1.	CORRECCIONES DE MALFORMACIONES DE MÉDULA ESPINAL	Cubierta
03.5.1.01	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON INSTRUMENTACIÓN VÍA POSTERIOR	Cubierta
03.5.1.02	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON MIELOTOMÍA POSTERIOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
03.5.1.03	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON DESCOMPRESIÓN VÍA ANTERIOR	Cubierta
03.5.1.04	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON FUSIÓN ÓSEA E INJERTO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	Cubierta
03.5.1.05	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON RESECCIÓN DE TABIQUE ÓSEO	Cubierta
03.5.1.06	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON SECCIÓN DE FILUM TERMINALIS	Cubierta
03.5.1.07	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN DE MÉDULA ESPINAL, CON RESECCIÓN DE CELE, DUROPLASTIA Y PLASTIA DE PIEL	Cubierta
03.5.1.08	CIERRE O LIGADURA DE COMUNICACIÓN PERSISTENTE ENTRE PIEL Y MÉDULA ESPINAL (SENO DÉRMICO)	Cubierta
03.5.2.	CORRECCIONES DE ANOMALÍAS DE MÉDULA ESPINAL EN UNIÓN CRANEOCERVICAL	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR MALFORMACIÓN DE CHIARI TIPO I, II Y III, ENTRE OTRAS	
03.5.2.01	CORRECCIÓN DE ANOMALÍA DE MÉDULA ESPINAL EN UNIÓN CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMÍA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMÍA Y DUROPLASTIA	Cubierta
03.5.2.02	CORRECCIÓN DE MÉDULA ESPINAL EN UNIÓN CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMÍA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMÍA C1-C2 Y DUROPLASTIA	Cubierta
03.5.4.	REPARACIONES DE MENINGES ESPINALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
03.5.4.01	PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL	Cubierta
03.5.4.02	ESQUIRLECTOMÍA CON PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL	Cubierta
03.5.4.03	REPARACIÓN DE MENINGE ESPINAL	Cubierta
03.5.5.	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESPINAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [LCR]	Cubierta
03.5.5.01	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESPINAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (DUROPLASTIA ESPINAL)	Cubierta
03.6.	LISIS DE ADHERENCIAS DE MÉDULA ESPINAL Y RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES	
03.6.1.	LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES	Cubierta
03.6.1.01	LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MÉDULA ESPINAL O RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES VÍA ABIERTA	Cubierta
03.6.1.02	LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MÉDULA ESPINAL O RAÍCES DE NERVIOS ESPINALES VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
03.7.	DERIVACIÓN ESPINAL	
03.7.1.	DERIVACIÓN SIRINGO PERITONEAL ESPINAL	Cubierta
03.7.1.00	DERIVACIÓN SIRINGO PERITONEAL ESPINAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
03.7.2.	DERIVACIÓN SIRINGO SUBDURAL ESPINAL	Cubierta
03.7.2.00	DERIVACIÓN SIRINGO SUBDURAL ESPINAL SOD	Cubierta
03.7.3.	DERIVACIÓN LUMBAR INTERNA	Cubierta
03.7.3.01	DERIVACIÓN LUMBO PERITONEAL	Cubierta
03.7.3.02	DERIVACIÓN LUMBO RETROPERITONEAL	Cubierta
03.7.4.	DERIVACIÓN LUMBAR EXTERNA	Cubierta
03.7.4.00	DERIVACIÓN LUMBAR EXTERNA SOD	Cubierta
03.7.5.	DERIVACIÓN SIRINGO PLEURAL ESPINAL	Cubierta
03.7.5.00	DERIVACIÓN SIRINGO PLEURAL ESPINAL SOD	Cubierta
03.8.	INYECCIÓN DE AGENTE DESTRUCTIVO EN EL CANAL ESPINAL	
Incluye:	<i>EN SEGMENTOS CERVICAL TORÁCICO O LUMBAR</i>	
03.8.1.	INYECCIONES NEUROLÍTICAS SUBARACNOIDEAS	Cubierta
03.8.1.00	INYECCIONES NEUROLÍTICAS SUBARACNOIDEAS SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
03.8.2.	NEUROLISIS DE RAÍCES ESPINALES	Cubierta
03.8.2.00	NEUROLISIS DE RAÍCES ESPINALES SOD	Cubierta
03.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÉDULA ESPINAL Y ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUÍDEO	
03.9.0.	INSERCIÓN DE CATÉTER EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIAS	Cubierta
Incluye:	<i>INFUSIÓN CONTINUA O INTERMITENTE DE MEDICACIÓN (CON LA CREACIÓN DE ALGUN RESERVORIO); PARA DOLOR CRÓNICO, POST AMPUTACIÓN DE MIEMBRO, CON FINES ANALGÉSICOS O ANESTÉSICOS</i>	
Simultáneo:	<i>CUALQUIER IMPLANTACIÓN O BOMBA DE INFUSIÓN (86.1.8.)</i>	
03.9.0.01	INSERCIÓN DE CATÉTER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	Cubierta
03.9.0.02	INSERCIÓN DE CATÉTER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTA DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	Cubierta
03.9.0.03	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	Cubierta
03.9.0.04	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL CON PUERTA DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
03.9.0.05	INSERCIÓN DE CATÉTER EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	Cubierta
03.9.1.	INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN EL CANAL ESPINAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR DOLOR CRÓNICO, O POST AMPUTACIÓN DE MIEMBRO ENTRE OTROS, CON FINES ANALGÉSICOS O ANESTÉSICOS</i>	
03.9.1.00	INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN EL CANAL ESPINAL SOD	Cubierta
03.9.3.	IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADORES ESPINALES	Cubierta
03.9.3.01	IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL, INTRADURAL, POR LAMINECTOMÍA	Cubierta
03.9.3.02	IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL, VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
03.9.4.	RETIRO NEUROESTIMULADOR ESPINAL	Cubierta
03.9.4.01	RETIRO DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL	Cubierta
03.9.5.	PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL	Cubierta
03.9.5.00	PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL SOD	Cubierta
03.9.6.	REPROGRAMACIÓN DE ESTIMULADORES ELÉCTRICOS NO CARDÍACOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
03.9.6.01	REPROGRAMACIÓN DE ESTIMULADOR ELÉCTRICO NO CARDÍACO	Cubierta
03.9.7.	REVISIÓN DE DERIVACIÓN ESPINAL	Cubierta
03.9.7.00	REEMPLAZO, IRRIGACIÓN O REVISIÓN DE DERIVACIÓN ESPINAL SOD	Cubierta
03.9.8.	RETIRO DE DERIVACIÓN ESPINAL	Cubierta
03.9.8.00	RETIRO DE DERIVACIÓN ESPINAL SOD	Cubierta
03.9.9.	REVISIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL	Cubierta
03.9.9.01	REVISIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTORES DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL	Cubierta
04.	PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS	
04.0.	INCISIÓN, DIVISIÓN Y ESCISIÓN DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS	
Incluye:	CRANEOTOMÍA COMO VÍA DE ABORDAJE	
Excluye:	GANGLIONECTOMÍA SIMPÁTICA (05.2.)	
04.0.0.	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	Cubierta
04.0.0.01	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VÍA RETROLABERÍNTICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
04.0.0.02	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VÍA FOSA MEDIA	Cubierta
04.0.0.03	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VÍA SUBOCCIPITAL O RETROSIGMOIDEA	Cubierta
04.0.0.04	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VÍA TRANSLABERÍNTICA	Cubierta
04.0.0.05	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VÍA TRANSÓTICA O TRANSCOCLEAR	Cubierta
04.0.2.	SECCIÓN DE NERVIO TRIGÉMINO	Cubierta
Incluye:	NEUROTOMÍA RETROGASERIANA	
Excluye:	RIZOTOMÍA DEL TRIGÉMINO (04.2.1.01)	
04.0.2.00	SECCIÓN DE NERVIO TRIGÉMINO SOD	Cubierta
04.0.3.	SECCIÓN DE OTROS NERVIOS CRANEALES	No Cubierta
04.0.3.01	SECCIÓN DE NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE	No Cubierta
04.0.3.02	SECCIÓN DE OTRO NERVIO CRANEAL	No Cubierta
04.0.5.	GANGLIONECTOMÍA DE GASER	Cubierta
04.0.5.00	GANGLIONECTOMÍA DE GASER SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
04.0.7.	ESCISIÓN O RESECCIÓN DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA POR RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA (92.3.)</i>	
04.0.7.01	RESECCIÓN DE TUMOR PRIMARIO DEL NERVIO ÓPTICO, POR CRANEOTOMÍA SUBFRONTAL	Cubierta
04.0.7.02	RESECCIÓN DE TUMOR PRIMARIO DEL NERVIO ÓPTICO, POR ORBITOTOMÍA LATERAL	Cubierta
04.0.7.03	ESCISIÓN [RESECCIÓN] DE NERVIO CRANEAL O PERIFÉRICO	Cubierta
04.0.7.04	NEURECTOMÍA DEL NERVIO TRIGEMINAL, POR CRANEOTOMÍA DE FOSA MEDIA	Cubierta
04.0.7.05	NEURECTOMÍA DE NERVIO PERIFÉRICO EN CABEZA O CUELLO	Cubierta
Incluye:	<i>NERVIOS INFRAORBITARIO, ÓPTICO CILIAR, BUCAL, LINGUAL, MAXILAR SUPERIOR, MENTONERO; POR TUMOR U OTRA LESIÓN</i>	
04.0.7.06	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIO EN BRAZO	Cubierta
04.0.7.07	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIO EN ANTEBRAZO	Cubierta
04.0.7.08	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIO EN MANO O DEDOS	Cubierta
04.0.7.09	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIO EN MUSLO	Cubierta
04.0.7.10	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIO EN PIERNA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
04.0.7.11	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIO EN PIE	Cubierta
Incluye:	NEUROMA PERIFÉRICO O DE MORTON	
04.0.7.12	RESECCIÓN DE TUMOR DE NERVIO EN MUÑÓN (DE AMPUTACIÓN O HERIDA) O EN PLEJO	Cubierta
Incluye:	AQUEL POR NEUROMA POSTRAUMÁTICO	
04.0.7.13	NEURECTOMÍA DE OTRO NERVIO PERIFÉRICO VÍA ABIERTA	Cubierta
04.0.7.14	NEURECTOMÍA DE OTRO NERVIO PERIFÉRICO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
04.0.7.30	TOMA DE INJERTO DE NERVIO PERIFÉRICO	Cubierta
04.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO	
04.1.1.	BIOPSIAS (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE NERVIOS O GANGLIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS	Cubierta
04.1.1.01	BIOPSIA NERVIO PERIFÉRICO (SUPERFICIAL O PROFUNDO), VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
04.1.1.02	BIOPSIA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE NERVIO O GANGLIO CRANEAL O PERIFÉRICO	Cubierta
04.1.2.	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIO O GANGLIO CRANEAL O PERIFÉRICO	Cubierta
04.1.2.00	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIO O GANGLIO PERIFÉRICO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
04.2.	ABLACIÓN DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS	
04.2.1.	RIZOTOMÍAS DE NERVIOS CRANEALES	Cubierta
04.2.1.01	RIZOTOMÍA DE NERVIO TRIGEMINAL, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta
04.2.1.02	RIZOTOMÍA DE NERVIO XI, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta
04.2.1.03	RIZOTOMÍA DE NERVIO CRANEAL	Cubierta
04.2.2.	NEUROLISIS DE NERVIOS CRANEALES	Cubierta
04.2.2.01	NEUROLISIS DE NERVIO XI, POR AMIGDALECTOMÍA ESTEREOTÁXICA	Cubierta
04.2.2.02	NEUROLISIS DE NERVIO VIDIANO POR ELECTROCOAGULACIÓN O ESCISIÓN	Cubierta
04.2.2.04	NEUROLISIS DE NERVIO FACIAL	Cubierta
04.2.2.05	NEUROLISIS DE OTRO NERVIO CRANEAL	Cubierta
04.2.3.	NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFÉRICOS	Cubierta
04.2.3.01	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO	Cubierta
04.2.3.02	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
04.2.3.03	NEUROLISIS EXTERNA EN NERVIO DE MANO	Cubierta
04.2.3.04	NEUROLISIS INTERNA EN NERVIO DE MANO	Cubierta
04.2.3.05	NEUROLISIS DE NERVIOS EN DEDOS DE MANO	Cubierta
04.2.3.06	NEUROLISIS DE NERVIO EN MUSLO	Cubierta
04.2.3.07	NEUROLISIS DE NERVIO EN PIERNA	Cubierta
04.2.3.08	NEUROLISIS DE NERVIO EN PIE O DEDOS DE PIE	Cubierta
04.2.3.09	NEUROLISIS DE NERVIO PERIFÉRICO	Cubierta
04.3.	SUTURA DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS	
04.3.0.	ANASTOMOSIS DE NERVIOS CRANEALES	Cubierta
04.3.0.01	ANASTOMOSIS DE NERVIO FACIAL	Cubierta
04.3.0.02	ANASTOMOSIS DE NERVIO CRANEAL	Cubierta
04.3.1.	NEURORRAFIAS EN NERVIOS PERIFÉRICOS	Cubierta
Simultáneo:	INJERTO DE NERVIO PERIFÉRICO (04.5.1.02)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
04.3.1.01	NEURORRAFIA DE NERVIO PERIFÉRICO	Cubierta
04.3.1.02	NEURORRAFIA DE NERVIO DENTARIO	Cubierta
04.3.1.03	NEURORRAFIA DE NERVIO EN BRAZO	Cubierta
04.3.1.04	NEURORRAFIA DE NERVIO EN ANTEBRAZO	Cubierta
04.3.1.05	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MANO	Cubierta
04.3.1.06	NEURORRAFIA DE NERVIO COLATERAL EN DEDO DE MANO	Cubierta
04.3.1.07	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MUSLO	Cubierta
Incluye:	AQUELLA DE NERVIO CIATICO MAYOR	
04.3.1.08	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIERNA	Cubierta
04.3.1.09	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIE	Cubierta
04.4.	LISIS DE ADHERENCIAS O DESCOMPRESIONES DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS	
04.4.1.	DESCOMPRESIONES DE RAÍZ DE NERVIO TRIGÉMINO	Cubierta
04.4.1.01	DESCOMPRESIÓN NEUROVASCULAR DE NERVIO TRIGEMINAL, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
04.4.1.02	DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ DE NERVIO TRIGÉMINO	Cubierta
04.4.2.	DESCOMPRESIONES DE OTROS NERVIOS CRANEALES	Cubierta con aclaración
04.4.2.01	DESCOMPRESIÓN INTRACANALICULAR DE NERVIO ÓPTICO, POR CRANEOTOMÍA	No Cubierta
04.4.2.02	DESCOMPRESIÓN INTRACANALICULAR DE NERVIO ÓPTICO, VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
04.4.2.03	DESCOMPRESIÓN NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)	Cubierta
04.4.2.04	DESCOMPRESIÓN NEUROVASCULAR DE NERVIO ACÚSTICO VESTIBULAR	Cubierta
04.4.2.05	DESCOMPRESIÓN INTRACANALICULAR DE NERVIO FACIAL	Cubierta
04.4.2.06	DESCOMPRESIÓN NEUROVASCULAR DE NERVIO FACIAL, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	Cubierta
Incluye:	<i>EN CUALQUIER PORCIÓN DE SU RECORRIDO INTRACANALICULAR</i>	
04.4.2.07	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VÍA TRANSLABERINTICA	Cubierta
04.4.2.08	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VÍA TRANSMASTOIDEA	Cubierta
04.4.2.09	DESCOMPRESIÓN DE OTRO NERVIO CRANEAL	Cubierta
04.4.2.10	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VÍA FOSA MEDIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
04.4.3.	LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO	Cubierta
04.4.3.01	DESCOMPRESIÓN ENDOSCÓPICA DE NERVIO EN TÚNEL DEL CARPO	Cubierta
04.4.3.02	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO EN TÚNEL DEL CARPO	Cubierta
04.4.3.11	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO EN TÚNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS	Cubierta
04.4.4.	LIBERACIÓN DE TÚNEL TARSAL	Cubierta
04.4.4.00	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO EN TÚNEL DEL TARSO SOD	Cubierta
04.4.5.	DESCOMPRESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS	Cubierta
04.4.5.01	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO EN BRAZO	Cubierta
04.4.5.02	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO EN ANTEBRAZO	Cubierta
04.4.5.03	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO EN MANO	Cubierta
04.4.5.04	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO EN DEDO DE LA MANO	Cubierta
04.4.5.05	DESCOMPRESIÓN DEL NERVIO SAFENO, TERMINACION NERVIO CRURAL (L2,L3,L4)	Cubierta
04.4.5.06	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO EN MUSLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUELLA DE NERVIO FEMOROCUTÁNEO</i>	
04.4.5.07	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO EN PIERNA	Cubierta
04.4.5.08	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO EN PIE	Cubierta
04.4.5.09	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO PERIFÉRICO	Cubierta
04.5.	INJERTOS O PLASTIAS DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS	
04.5.1.	INJERTOS DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS	Cubierta
04.5.1.02	INJERTO DE NERVIO PERIFÉRICO	Cubierta
04.5.1.03	INJERTO DE NERVIO PERIFÉRICO A NERVIO FACIAL IPSILATERAL	Cubierta
04.5.1.04	INJERTO DE NERVIO PERIFÉRICO A NERVIO FACIAL CONTRALATERAL	Cubierta
04.6.	TRANSPOSICIONES DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS	
04.6.1.	TRANSPOSICIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS	Cubierta
04.6.1.01	TRANSPOSICIÓN DE NERVIO EN MIEMBRO SUPERIOR	Cubierta
04.6.1.02	TRANSPOSICIÓN DE NERVIO PERIFÉRICO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
04.7.	NEUROPLASTIAS CRANEALES O PERIFÉRICAS	
04.7.1.	REPARACIÓN DE NERVIOS FACIALES	Cubierta con aclaración
04.7.1.02	REPARACIÓN DE NERVIOS FACIALES, POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL	Cubierta
04.7.1.04	REANIMACIÓN FACIAL CON COLGAJO MUSCULAR PEDICULADO	No Cubierta
04.7.1.05	REANIMACIÓN FACIAL CON COLGAJO MUSCULAR CON TÉCNICA MICROVASCULAR	No Cubierta
04.7.1.06	REANIMACIÓN FACIAL CON TÉCNICA DE SUSPENSIÓN VÍA ABIERTA	No Cubierta
04.7.1.07	REANIMACIÓN FACIAL CON TÉCNICA DE SUSPENSIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
04.7.1.08	NEUROTIZACIÓN DE NERVIOS FACIALES POR INTERPOSICIÓN DE NERVIOS	Cubierta
04.8.	INYECCIÓN DENTRO DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS	
04.8.1.	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS CRANEALES CON FINES ANALGÉSICOS	Cubierta
04.8.1.01	BLOQUEO DE NERVIOS TRIGEMINAL O ESFENOPALATINO	Cubierta
04.8.1.02	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS CRANEALES CON FIN ANALGÉSICO	Cubierta
04.8.2.	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS PERIFÉRICOS CON FINES ANALGÉSICOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA EN NERVIOS INTERCOSTALES	
Excluye:	AQUELLA PARA ANESTESIA OPERATIVA (OMITIR CÓDIGO)	
04.8.2.00	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIO PERIFÉRICO CON FINES ANALGÉSICOS SOD	Cubierta
04.8.3.	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS	Cubierta
04.8.3.00	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS SOD	Cubierta
05.	PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS	
05.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS	
05.1.1.	BIOPSIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPÁTICO	Cubierta
05.1.1.00	BIOPSIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPÁTICO SOD	Cubierta
05.2.	SIMPATECTOMÍA	
05.2.0.	SIMPATECTOMÍA TORÁCICA	Cubierta
05.2.0.01	SIMPATECTOMÍA TORÁCICA POR TORACOSCOPIA	Cubierta
05.2.1.	GANGLIONECTOMÍAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
05.2.1.01	GANGLIONECTOMÍA ESFENOPALATINA	Cubierta
05.2.1.02	GANGLIONECTOMÍA	Cubierta
05.2.2.	SIMPATECTOMÍA CERVICAL	Cubierta
05.2.2.00	SIMPATECTOMÍA CERVICAL SOD	Cubierta
05.2.3.	SIMPATECTOMÍA LUMBAR	Cubierta
05.2.3.00	SIMPATECTOMÍA LUMBAR SOD	Cubierta
05.2.4.	SIMPATECTOMÍAS PRESACRAS	Cubierta
05.2.4.01	SIMPATECTOMÍA PRESACRA POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
05.2.4.02	SIMPATECTOMÍA PRESACRA POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
05.2.4.03	SIMPATECTOMÍA PRESACRA	Cubierta
05.2.5.	SIMPATECTOMÍA PERIARTERIAL	Cubierta
05.2.5.00	SIMPATECTOMÍA PERIARTERIAL SOD	Cubierta
05.2.6.	OTRAS SIMPATECTOMÍAS O GANGLIECTOMÍAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
05.2.6.01	RESECCIÓN DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPÁTICO	Cubierta
05.2.6.02	RESECCIÓN DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPÁTICO CERVICAL	Cubierta
05.2.6.03	SIMPATECTOMÍA DIGITAL (DEDO)	Cubierta
05.2.6.04	TIMPANOSIMPATECTOMÍA [NEURECTOMÍA DEL JACOBSON]	Cubierta
05.2.6.05	SIMPATECTOMÍA O GANGLIECTOMÍA	Cubierta
05.3.	INYECCIONES EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS	
05.3.1.	INYECCIÓN DE ANESTÉSICOS EN NERVIOS SIMPÁTICOS	Cubierta
Simultáneo:	<i>TODOS LOS TIPOS DE IMÁGENES UTILIZADOS COMO GUÍA PARA LA UBICACIÓN DEL NERVIO</i>	
05.3.1.01	BLOQUEO DE NERVIO SIMPÁTICO ÚNICO	Cubierta
05.3.1.02	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL	Cubierta
05.3.1.03	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO	Cubierta
05.3.1.04	BLOQUEO DE SENO CAROTÍDEO	Cubierta
05.3.1.05	BLOQUEO DE UNIÓN MIONEURAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
05.3.1.06	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL	Cubierta
05.3.1.07	BLOQUEO DE NERVIO FRÉNICO	Cubierta
05.3.1.08	BLOQUEO DE PLEJO CELÍACO	Cubierta
05.3.1.09	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS	Cubierta
05.3.1.10	BLOQUEO DE NERVIO VAGO	Cubierta
05.3.1.11	BLOQUEO DEL NERVIO HIPOGÁSTRICO SUPERIOR	Cubierta
05.3.1.12	BLOQUEO DE NERVIO ESPLÁCNICO	Cubierta
05.3.1.13	BLOQUEO REGIONAL CONTINUO	Cubierta
05.3.1.14	BLOQUEO SIMPÁTICO REGIONAL (CERVICAL, TORÁCICO O LUMBAR)	Cubierta
05.3.1.15	BLOQUEO DEL SIMPÁTICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)	Cubierta
05.3.1.16	INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN NERVIO SIMPÁTICO	Cubierta
05.3.1.21	INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN GANGLIO SIMPÁTICO CILIAL	Cubierta
05.3.2.	INYECCIÓN DE AGENTE NEUROLÍTICO EN NERVIO SIMPÁTICO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA POR NEUROMAS ENTRE OTRAS CAUSAS	
05.3.2.01	NEURÓLISIS DE PLEJO BRAQUIAL	Cubierta
05.3.2.02	NEURÓLISIS DE PLEJO LUMBAR	Cubierta
05.3.2.03	NEURÓLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)	Cubierta
05.3.2.04	NEURÓLISIS DE PLEJO TORÁCICO	Cubierta
05.3.2.05	NEURÓLISIS DE PLEJO CELÍACO	Cubierta
05.3.2.06	NEURÓLISIS DE PLEJO HIPOGÁSTRICO	Cubierta
05.3.2.07	NEURÓLISIS DEL GANGLIO SIMPÁTICO PRESACRO [GANGLIO IMPAR DE WALTER]	Cubierta
05.3.2.08	NEURÓLISIS DE NERVIO SIMPÁTICO ÚNICO	Cubierta
05.3.3.	LISIS DE GANGLIOS [GANGLIOLISIS]	Cubierta
05.3.3.01	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS, POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACIÓN	Cubierta
05.3.3.02	GANGLIOLISIS	Cubierta
05.3.3.03	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS PARAVERTEBRALES, POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
05.3.3.04	GANGLIOLISIS EN GANGLIO DEL V PAR [GASSER] POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACIÓN	Cubierta
05.4.	REPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS	
05.4.1.	NEURORRAFIAS DE NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS	Cubierta
05.4.1.01	NEURORRAFIA DE TRONCO DE PLEJO BRAQUIAL	Cubierta
05.4.1.02	NEURORRAFIA DE TRONCO DE PLEJO BRAQUIAL, CON INJERTO DE TRONCOS	Cubierta
05.4.1.03	INJERTO NEUROVASCULAR EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICO	Cubierta
05.4.1.04	NEURORRAFIA DE NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICO	Cubierta
05.4.2.	RECONSTRUCCIONES EN PLEJOS	Cubierta
05.4.2.01	RECONSTRUCCIÓN DE PLEJO, POR NEURORRAFIA	Cubierta
05.4.2.02	RECONSTRUCCIÓN DE PLEJO, POR INJERTO DE NERVIOS	Cubierta
05.4.2.03	RECONSTRUCCIÓN DE PLEJO, POR NEUROTIZACIÓN	Cubierta
05.4.2.04	RECONSTRUCCIÓN DE PLEJO	Cubierta
05.5.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
05.5.1.	EXPLORACIÓN DE PLEJO O TRONCO	Cubierta
05.5.1.01	EXPLORACIÓN SUPRA E INFRACLAVICULAR DE PLEJO BRAQUIAL	Cubierta
05.5.1.02	EXPLORACIÓN DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO)	Cubierta
05.5.2.	DESCOMPRESIÓN DE PLEJO O TRONCO	Cubierta
05.5.2.00	DESCOMPRESIÓN DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO) SOD	Cubierta
Incluye:	<i>TRONCO DEL PLEJO</i>	
Capítulo 02 SISTEMA ENDOCRINO		
06.	PROCEDIMIENTOS EN LAS GLÁNDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES	
Simultáneo:	<i>CUALQUIER ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL (40.3.) O CERVICAL (40.4.)</i>	
06.0.	INCISIÓN EN EL ÁREA TIROIDEA	
06.0.1.	ASPIRACIÓN DEL ÁREA TIROIDEA	Cubierta
06.0.1.01	DRENAJE DEL ÁREA TIROIDEA VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
06.0.2.	REAPERTURA DE HERIDA DE ÁREA TIROIDEA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA PARA EVACUACIÓN DE HEMATOMA U OTRA COLECCIÓN EN ÁREA TIROIDEA, CONTROL DE HEMORRAGIA O EXPLORACIÓN POSTOPERATORIA	
06.0.2.01	REAPERTURA DE HERIDA DE ÁREA TIROIDEA VÍA ABIERTA	Cubierta
06.0.9.	OTRA INCISIÓN DEL ÁREA TIROIDEA	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR HEMATOMA, ABSCESO, QUISTE U OTRA PATOLOGÍA	
06.0.9.01	DRENAJE DE COLECCIÓN EN ÁREA TIROIDEA POR INCISIÓN	Cubierta
06.0.9.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISIÓN	Cubierta
06.0.9.03	EXPLORACIÓN DE CUELLO O ÁREA TIROIDEA POR INCISIÓN	Cubierta
06.0.9.04	DRENAJE EN CUELLO (EXCEPTO ÁREA TIROIDEA) POR INCISIÓN	Cubierta
Incluye:	AQUEL POR HEMATOMA, ABSCESO O FLEGMON, ENTRE OTRAS CAUSAS	
06.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN GLÁNDULAS PARATIROIDES Y TIROIDES	
06.1.0.	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES	Cubierta
06.1.0.01	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
06.1.0.02	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
Incluye:	<i>TRUCUT O AGUJA FINA</i>	
06.1.3.	BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES	Cubierta
06.1.3.01	BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES VÍA ABIERTA	Cubierta
06.1.3.02	BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
Incluye:	<i>TRUCUT O AGUJA FINA</i>	
06.2.	RESECCIÓN PARCIAL DE TIROIDES	
Excluye:	<i>TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL (06.5.1.)</i>	
06.2.0.	TIROIDECTOMÍA PARCIAL (SUBTOTAL)	Cubierta
06.2.0.01	TIROIDECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
06.2.0.02	TIROIDECTOMÍA PARCIAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
06.4.	RESECCIÓN TOTAL DE TIROIDES	
06.4.1.	TIROIDECTOMÍA TOTAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
06.4.1.01	TIROIDECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
06.4.1.02	TIROIDECTOMÍA TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
06.5.	RESECCIÓN RETROESTERNAL DE TIROIDES	
06.5.1.	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL	Cubierta
06.5.1.01	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
06.5.1.02	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
06.5.2.	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL TOTAL	Cubierta
06.5.2.01	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
06.5.2.02	TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
06.7.	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO TIROGLOSO	
06.7.0.	RESECCIÓN DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO	Cubierta
06.7.0.01	RESECCIÓN DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VÍA ABIERTA	Cubierta
06.7.0.02	RESECCIÓN DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
06.7.2.	RESECCIÓN DE FÍSTULA TIROGLOSA	Cubierta
06.7.2.01	RESECCIÓN DE FÍSTULA TIROGLOSA VÍA ABIERTA	Cubierta
06.8.	PARATIROIDECTOMÍA	
06.8.1.	PARATIROIDECTOMÍA TOTAL	Cubierta
06.8.1.01	PARATIROIDECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
06.8.1.02	PARATIROIDECTOMÍA TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
06.8.9.	PARATIROIDECTOMÍA PARCIAL	Cubierta
06.8.9.01	PARATIROIDECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
06.8.9.02	PARATIROIDECTOMÍA PARCIAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
06.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN REGIÓN TIROIDEA Y PARATIROIDEA	
06.9.1.	REEXPLORACIÓN DE CUELLO Y MEDIASTINO	Cubierta
06.9.1.01	REEXPLORACIÓN DE CUELLO Y MEDIASTINO VÍA ABIERTA	Cubierta
06.9.1.02	REEXPLORACIÓN DE CUELLO Y MEDIASTINO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
06.9.3.	SUTURA DE GLÁNDULA TIROIDES	No Cubierta
06.9.3.01	SUTURA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA ABIERTA	No Cubierta
06.9.4.	REIMPLANTE DE TEJIDO TIROIDEO (AUTÓLOGO)	No Cubierta
06.9.4.00	REIMPLANTE DE TEJIDO TIROIDEO (AUTÓLOGO) SOD	No Cubierta
06.9.5.	REIMPLANTE DE TEJIDO PARATIROIDEO (AUTÓLOGO)	No Cubierta
06.9.5.01	REIMPLANTE DE TEJIDO PARATIROIDEO VÍA ABIERTA	No Cubierta
06.9.5.02	REIMPLANTE DE TEJIDO PARATIROIDEO VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
07.	PROCEDIMIENTOS EN OTRAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS	
Incluye:	<i>GLÁNDULAS PINEAL, HIPÓFISIS, SUPRARENALES, TIMO</i>	
Excluye:	<i>OVARIOS (65.); TESTÍCULOS (62.) PÁNCREAS (52.)</i>	
07.0.	EXPLORACIÓN DEL ÁREA SUPRARENAL	
07.0.0.	EXPLORACIÓN DE ÁREA SUPRARENAL	Cubierta
07.0.0.01	EXPLORACIÓN DE ÁREA SUPRARENAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
07.0.0.02	EXPLORACIÓN DE ÁREA SUPRARENAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
07.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN GLÁNDULAS SUPRARRENAL, PITUITARIA, PINEAL Y TIMO	
07.1.0.	BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL	Cubierta
07.1.0.01	BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA ABIERTA	Cubierta
07.1.0.02	BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
07.1.0.03	BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
07.1.3.	BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL	Cubierta
07.1.3.00	BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL SOD	Cubierta
07.1.4.	BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL	Cubierta
07.1.4.01	BIOPSIA DE HIPÓFISIS VÍA TRANSESFENOIDAL	Cubierta
07.1.4.02	BIOPSIA DE HIPÓFISIS TRANSESFENOIDAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
07.1.6.	BIOPSIA DE TIMO	Cubierta
07.1.6.00	BIOPSIA DE TIMO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
07.1.7.	BIOPSIA DE GLÁNDULA PINEAL	Cubierta
07.1.7.00	BIOPSIA DE GLÁNDULA PINEAL SOD	Cubierta
07.2.	SUPRARRENALECTOMÍAS	
07.2.0.	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL UNILATERAL	Cubierta con aclaración
Incluye:	TOMA DE INJERTO	
07.2.0.01	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL UNILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
07.2.0.02	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
07.2.4.	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL BILATERAL	Cubierta con aclaración
07.2.4.01	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL BILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
07.2.4.02	SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
07.2.5.	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL UNILATERAL	Cubierta con aclaración
07.2.5.01	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL UNILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
07.2.5.02	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
07.2.6.	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL BILATERAL	Cubierta con aclaración
07.2.6.01	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL BILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
07.2.6.02	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
07.2.7.	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL	Cubierta
07.2.7.01	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL VÍA ABIERTA	Cubierta
07.2.7.02	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
07.4.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN GLÁNDULAS SUPRARRENALES	
07.4.1.	DRENAJE DE GLÁNDULA SUPRARRENAL	Cubierta
07.4.1.01	DRENAJE DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA ABIERTA	Cubierta
07.4.1.02	DRENAJE DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
07.4.1.03	DRENAJE DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
07.4.4.	REPARACIÓN DE GLÁNDULA SUPRARRENAL	No Cubierta
07.4.4.01	REPARACIÓN DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA ABIERTA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
07.4.4.02	REPARACIÓN DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
07.5.	PROCEDIMIENTOS EN GLÁNDULA PINEAL	
07.5.3.	ESCISIÓN PARCIAL DE GLÁNDULA PINEAL	Cubierta
07.5.3.00	ESCISIÓN PARCIAL DE GLÁNDULA PINEAL SOD	Cubierta
07.5.4.	ESCISIÓN TOTAL DE GLÁNDULA PINEAL [PINEALECTOMÍA]	Cubierta
07.5.4.00	ESCISIÓN TOTAL DE GLÁNDULA PINEAL [PINEALECTOMÍA] SOD	Cubierta
07.6.	HIPOFISECTOMÍA	
Incluye:	<i>CRIOHIPOFISECTOMÍA TOTAL O PARCIAL, INFUNDIBULECTOMÍA, HIPOFISECTOMÍA SUBTOTAL, DIVISIÓN DEL TALLO HIPOFISIARIO, ESCISIÓN DE LESIÓN HIPOFISIARIA, ABLACIÓN HIPOFISIARIA</i>	
07.6.1.	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL	Cubierta
07.6.1.00	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL SOD	Cubierta
07.6.2.	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS VÍA TRANSESFENOIDAL	Cubierta
07.6.2.00	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS VÍA TRANSESFENOIDAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
07.6.4.	ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL	Cubierta
Incluye:	<i>ABLACIÓN HIPOFISIARIA, CRIOHIPOFISECTOMIA TOTAL</i>	
07.6.4.00	ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL SOD	Cubierta
07.6.5.	ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL	Cubierta
07.6.5.00	ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL SOD	Cubierta
07.8.	TIMECTOMÍA	
07.8.2.	ESCISIÓN DEL TIMO	Cubierta
07.8.2.01	ESCISIÓN DEL TIMO VÍA ABIERTA	Cubierta
07.8.2.02	ESCISIÓN DEL TIMO POR TORACOSCOPIA	Cubierta
07.8.3.	REPARACIÓN DE TIMO	No Cubierta
07.8.3.00	REPARACIÓN DE TIMO SOD	No Cubierta
07.8.4.	TRASPLANTE DE TIMO	No Cubierta
07.8.4.00	TRASPLANTE DE TIMO SOD	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Capítulo 03 SISTEMA VISUAL		
08.	PROCEDIMIENTOS EN PÁRPADOS	
Incluye:	<i>PROCEDIMIENTOS EN CEJAS</i>	
Simultáneo:	<i>CUALQUIER RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA (08.6. - 08.8.)</i>	
08.0.	INCISIÓN DE PÁRPADO	
08.0.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN POR BLEFAROTOMÍA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR HEMATOMA O ABSCESO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
08.0.1.00	DRENAJE DE COLECCIÓN POR BLEFAROTOMÍA SOD	Cubierta
08.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PÁRPADOS	
08.1.1.	BIOPSIA DE PÁRPADO	Cubierta
08.1.1.00	BIOPSIA DE PÁRPADO SOD	Cubierta
08.2.	ESCISIONES O ABLACIONES DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO	
Incluye:	<i>AQUELLA POR TUMOR BENIGNO O MALIGNO</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
08.2.0.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO	Cubierta
08.2.0.00	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO SOD	Cubierta
08.2.1.	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN	Cubierta
08.2.1.00	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN SOD	Cubierta
08.2.3.	ESCISIÓN DE LESIONES MAYORES DE ESPESOR PARCIAL EN PÁRPADOS	Cubierta
08.2.3.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL, UN TERCIO	Cubierta
08.2.3.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL, DOS TERCIOS	Cubierta
08.2.3.03	ESCISIÓN DE LESIÓN MAYOR DE PÁRPADO DE ESPESOR PARCIAL	Cubierta
08.2.4.	ESCISIÓN DE LESIONES MAYORES DE ESPESOR COMPLETO EN PÁRPADOS	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR TUMOR BENIGNO O MALIGNO</i>	
08.2.4.01	RESECCIÓN TOTAL DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCIÓN, CON INJERTO O COLGAJO	Cubierta
08.2.4.02	ESCISIÓN DE LESIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO	Cubierta
08.2.5.	ABLACIÓN DE LESIONES EN PÁRPADOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
08.2.5.01	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS, POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	Cubierta
08.2.5.02	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS, POR LÁSER	Cubierta
08.2.5.03	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS, POR MEDIOS QUÍMICOS	Cubierta
08.2.5.04	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS	Cubierta
08.2.6.	PLASTIAS EN TARSO	Cubierta
08.2.6.01	TARSECTOMÍA	Cubierta
08.2.6.02	TARSORRAFIA	Cubierta
08.3.	REPARACIÓN DE BLEFAROPTOSIS Y RETRACCIÓN DE BORDES PALPEBRALES	
08.3.1.	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON SUTURA	Cubierta
08.3.1.00	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON SUTURA SOD	Cubierta
08.3.2.	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON FASCIA LATA	Cubierta
08.3.2.00	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON FASCIA LATA SOD	Cubierta
08.3.3.	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	FIJACIÓN SUPRATARSAL PARA FORMAR PLIEGUE PÁRPADO SUPERIOR	
08.3.3.00	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR SOD	Cubierta
08.3.4.	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN DEL ELEVADOR VÍA CONJUNTIVAL	Cubierta
Incluye:	FIJACIÓN SUPRATARSAL PARA FORMAR PLIEGUE PÁRPADO SUPERIOR	
08.3.4.00	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN DEL ELEVADOR VÍA CONJUNTIVAL SOD	Cubierta
08.4.	REPARACIÓN DE ENTROPIÓN Y ECTROPIÓN	
Incluye:	RESECCIÓN EN CUÑA O LENGÜETA TARSAL AL PERIOSTIO	
08.4.1.	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA	Cubierta
08.4.1.00	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA SOD	Cubierta
08.4.2.	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, CON INJERTO	Cubierta
08.4.2.00	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, CON INJERTO SOD	Cubierta
08.4.3.	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN, CON INJERTO	Cubierta
08.4.3.00	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN, CON INJERTO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
08.4.4.	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA	Cubierta
08.4.4.00	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA SOD	Cubierta
08.5.	OTROS ARREGLOS DE POSICIÓN DE BORDES PALPEBRALES	
08.5.1.	CANTOTOMÍA	Cubierta
08.5.1.00	CANTOTOMÍA SOD	Cubierta
08.5.2.	CANTORRAFIA	Cubierta
08.5.2.00	CANTORRAFIA SOD	Cubierta
08.5.3.	CANTOPLASTIA	Cubierta
08.5.3.00	CANTOPLASTIA (FIJACIÓN DE CANTO) SOD	Cubierta
08.6.	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO	
Incluye:	<i>TARSOPLASTIA</i>	
Excluye:	<i>AQUELLA ASOCIADA CON RESECCIÓN TOTAL DE PÁRPADO (08.2.4.); REPARACIÓN DE ENTROPIÓN Y ECTROPIÓN (08.4.)</i>	
08.6.1.	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADOS CON COLGAJOS O INJERTOS DE PIEL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
08.6.1.01	BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	Cubierta
08.6.1.02	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	Cubierta
08.6.1.03	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL	Cubierta
08.6.1.10	BLEFAROPLASTIA CON LÁSER	Cubierta
08.6.1.11	BLEFAROPLASTIA INFERIOR TRANSCONJUNTIVAL	Cubierta
08.6.2.	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA	Cubierta
08.6.2.00	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA SOD	Cubierta
08.6.3.	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON INJERTO DE FOLÍCULO PILOSO	Cubierta
08.6.3.00	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON INJERTO DE FOLÍCULO PILOSO SOD	Cubierta
08.6.4.	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL	Cubierta
08.6.4.00	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL SOD	Cubierta
08.7.	OTRA RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADOS	
08.7.1.	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDÓN CANTAL MEDIAL (TELECANTO)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
08.7.1.00	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDÓN CANTAL MEDIAL (TELECANTO) SOD	Cubierta
08.7.3.	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE BLEFAROFIMOSIS	Cubierta
08.7.3.00	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE BLEFAROFIMOSIS SOD	Cubierta
08.7.4.	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN EPICANTO	Cubierta
08.7.4.01	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE EPICANTO CON CUATRO COLGAJOS [MUSTARDE]	Cubierta
08.7.4.02	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE EPICANTO	Cubierta
08.8.	REPARACIÓN DE PÁRPADO	
08.8.1.	REPARACIÓN LINEAL DE LACERACIÓN DE PÁRPADO O CEJA	Cubierta
08.8.1.00	REPARACIÓN LINEAL DE LACERACIÓN DE PÁRPADO O CEJA SOD	Cubierta
08.8.2.	REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR PARCIAL	Cubierta
08.8.2.01	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA ÚNICA DE PÁRPADO (BLEFARORRAFIA SIMPLE)	Cubierta
08.8.2.02	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MÚLTIPLE DE PÁRPADO (BLEFARORRAFIA SIMPLE)	Cubierta
08.8.4.	REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	TARSORRAFIA	
08.8.4.01	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA ÚNICA DE PÁRPADO (BLEFARORRAFIA COMPLEJA)	Cubierta
08.8.4.02	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MÚLTIPLE DE PÁRPADO (BLEFARORRAFIA COMPLEJA)	Cubierta
08.8.4.03	SUTURA DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO O COLGAJO	Cubierta
08.8.6.	RITIDECTOMÍA DE PÁRPADO INFERIOR	No Cubierta
08.8.6.00	RITIDECTOMÍA DE PÁRPADO INFERIOR SOD	No Cubierta
08.8.7.	RITIDECTOMÍA DE PÁRPADO SUPERIOR	No Cubierta
08.8.7.00	RITIDECTOMÍA DE PÁRPADO SUPERIOR SOD	No Cubierta
08.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PÁRPADOS O CEJAS	
08.9.1.	ABLACIÓN DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR)	Cubierta
08.9.1.01	ABLACIÓN DE PESTAÑAS, POR ELECTROLISIS	Cubierta
08.9.1.02	ABLACIÓN DE PESTAÑAS, POR LÁSER	Cubierta
08.9.1.03	ABLACIÓN DE PESTAÑAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
08.9.2.	PLASTIAS O RECONSTRUCCIONES EN CEJAS	No Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR PTOSIS DE CEJAS, ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
08.9.2.01	PLASTIA O RECONSTRUCCIÓN DE CEJAS POR RESECCIÓN DE PIEL PILOSA	No Cubierta
08.9.2.02	PLASTIA O RECONSTRUCCIÓN DE CEJAS POR SUSPENSIÓN CON SUTURA	No Cubierta
08.9.2.03	PLASTIA O RECONSTRUCCIÓN DE CEJAS POR TÉCNICA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
08.9.2.04	PLASTIA O RECONSTRUCCIÓN DE CEJAS	No Cubierta
08.9.3.	PLASTIAS O REPARACIONES EN REGIÓN INTERCILIAR	No Cubierta
08.9.3.01	PLASTIA DE REGIÓN INTERCILIAR POR TÉCNICA DE RELLENO	No Cubierta
08.9.3.02	PLASTIA DE REGIÓN INTERCILIAR POR RESECCIÓN E INJERTO, VÍA FRONTAL	No Cubierta
08.9.3.03	PLASTIA DE REGIÓN INTERCILIAR POR TÉCNICA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
08.9.3.04	PLASTIA O REPARACIÓN DE REGIÓN INTERCILIAR	No Cubierta
09.	PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN APARATO LAGRIMAL	
09.0.	INCISIÓN DE GLÁNDULA LAGRIMAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
09.0.1.	DRENAJE EN GLÁNDULA LAGRIMAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCESO, QUISTE, HEMATOMA U OTRAS CAUSAS</i>	
09.0.1.00	DRENAJE EN GLÁNDULA LAGRIMAL SOD	Cubierta
09.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN APARATO LAGRIMAL	
09.1.1.	BIOPSIA DE GLÁNDULA LAGRIMAL	Cubierta
09.1.1.00	BIOPSIA DE GLÁNDULA LAGRIMAL SOD	Cubierta
09.1.2.	BIOPSIA DE SACO O CONDUCTO LAGRIMAL	Cubierta
09.1.2.00	BIOPSIA DE SACO O CONDUCTO LAGRIMAL SOD	Cubierta
09.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE GLÁNDULA LAGRIMAL [DACRIOADENECTOMÍA]	
09.2.1.	DACRIOADENECTOMÍA PARCIAL	Cubierta
09.2.1.00	DACRIOADENECTOMÍA PARCIAL SOD	Cubierta
09.2.2.	DACRIOADENECTOMÍA TOTAL	Cubierta
09.2.2.00	DACRIOADENECTOMÍA TOTAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
09.4.	MANIPULACIÓN DEL CONDUCTO LAGRIMAL	
Incluye:	<i>AQUELLA CON DILATACIÓN, EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
Excluye:	<i>DACRIOCISTOGRAFÍA (87.4.6.)</i>	
09.4.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE SACO LAGRIMAL	Cubierta
09.4.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE SACO LAGRIMAL SOD	Cubierta
09.4.2.	SONDEO Y LAVADO DE VÍAS LAGRIMALES	Cubierta
09.4.2.00	SONDEO Y LAVADO DE VÍAS LAGRIMALES SOD	Cubierta
09.4.4.	INTUBACIÓN DE VÍAS LAGRIMALES	Cubierta
09.4.4.00	INTUBACIÓN DE VÍAS LAGRIMALES SOD	Cubierta
09.5.	INCISIÓN DE SACO Y CONDUCTO LAGRIMAL	
09.5.3.	DRENAJE DE SACO LAGRIMAL	Cubierta
09.5.3.00	DRENAJE DE SACO LAGRIMAL SOD	Cubierta
09.6.	ESCISIÓN DE SACO Y CONDUCTO LAGRIMAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	BIOPSIA DE SACO LAGRIMAL (09.1.2.)	
09.6.1.	DACRIOCISTECTOMÍA (SACO LAGRIMAL)	Cubierta
09.6.1.00	DACRIOCISTECTOMÍA (SACO LAGRIMAL) SOD	Cubierta
09.7.	REPARACIÓN DE PUNTO Y CANALÍCULO LAGRIMAL	
Excluye:	REPARACIÓN DE PÁRPADO (08.8.)	
09.7.1.	PLASTIA DE CANALÍCULOS LAGRIMALES	Cubierta
09.7.1.00	PLASTIA DE CANALÍCULOS LAGRIMALES SOD	Cubierta
09.7.2.	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL [CIRUGÍA DE WEBER]	Cubierta
09.7.2.00	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL [CIRUGÍA DE WEBER] SOD	Cubierta
09.7.3.	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA (CON SUTURAS)	Cubierta
09.7.3.00	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA (CON SUTURAS) SOD	Cubierta
09.8.	FISTULIZACIÓN DE TRACTO LAGRIMAL HASTA CAVIDAD NASAL	
09.8.1.	DACRIOCISTORRINOSTOMÍAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
09.8.1.01	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
09.8.1.02	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA TRANSNASAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
09.8.1.04	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA REVISIONAL	Cubierta
09.8.2.	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍAS	Cubierta
09.8.2.01	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA SIMPLE VÍA ABIERTA	Cubierta
09.8.2.02	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA SIMPLE TRANSNASAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
09.8.3.	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍAS CON INTUBACIÓN	Cubierta
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO	
09.8.3.01	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON DISPOSITIVO VÍA ABIERTA	Cubierta
09.8.3.02	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON DISPOSITIVO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
09.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN APARATO LAGRIMAL	
09.9.1.	OBLITERACIÓN DE PUNTO LAGRIMAL	Cubierta
09.9.1.00	OBLITERACIÓN O CAUTERIZACIÓN DE PUNTO LAGRIMAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
09.9.2.	CIERRE TEMPORAL DE PUNTOS LAGRIMALES	No Cubierta
09.9.2.01	CIERRE TEMPORAL DE PUNTOS LAGRIMALES POR TAPONES	No Cubierta
10.	PROCEDIMIENTOS EN CONJUNTIVA	
10.0.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA	
Excluye:	<i>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CONJUNTIVA SIN INCISIÓN O SUPERFICIAL (98.2.1.01)</i>	
10.0.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA, POR INCISIÓN	Cubierta
10.0.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA, POR INCISIÓN SOD	Cubierta
10.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CONJUNTIVA	
10.2.1.	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	Cubierta
10.2.1.01	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	Cubierta
10.2.1.02	CITOLOGÍA DE CONJUNTIVA	Cubierta
10.3.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CONJUNTIVA	
10.3.1.	ESCISIÓN DE LESIONES O TEJIDOS EN CONJUNTIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
10.3.1.01	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA	Cubierta
10.3.1.02	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO DE MUCOSA O MEMBRANA AMNIÓTICA	Cubierta
10.3.1.03	RESECCIÓN DE PTERIGION SIMPLE (NASAL O TEMPORAL) CON SUTURA	Cubierta
10.3.1.04	RESECCIÓN DE PTERIGION SIMPLE (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	Cubierta
10.3.1.05	RESECCIÓN DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL), CON PLASTIA LIBRE O CITOSTÁTICOS	Cubierta
10.3.1.06	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA, CON PLASTIA	Cubierta
10.3.1.07	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA, SIN PLASTIA	Cubierta
10.3.1.08	PERITOMÍA TOTAL	Cubierta
10.3.1.09	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN CONJUNTIVA	Cubierta
10.3.2.	ABLACIÓN DE LESIONES EN CONJUNTIVAS	Cubierta
10.3.2.01	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR DIATERMIA O CRIOCOAGULACIÓN	Cubierta
10.3.2.02	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CONJUNTIVA, POR FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER)	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR VÁRICES CONJUNTIVALES ENTRE OTRAS CAUSAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
10.3.2.03	ABLACIÓN DE LESIÓN DE CONJUNTIVA	Cubierta
10.4.	CONJUNTIVOPLASTIA	
Incluye:	TRASPLANTE, PLASTIA O PERITOMÍA	
10.4.1.	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA	Cubierta
10.4.1.00	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA SOD	Cubierta
10.4.4.	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO DE MUCOSA	Cubierta
10.4.4.00	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO DE MUCOSA EXTRAOCULAR SOD	Cubierta
10.5.	LISIS DE ADHERENCIAS EN CONJUNTIVA Y PÁRPADO	
10.5.1.	DIVISIÓN DE SIMBLÉFARON	Cubierta
10.5.1.00	DIVISIÓN DE SIMBLÉFARON SOD	Cubierta
10.6.	REPARACIÓN DE LACERACIÓN DE CONJUNTIVA	
Excluye:	AQUELLA CON REPARACIÓN DE ESCLERÓTICA (12.8.1.)	
10.6.1.	SUTURA DE LA CONJUNTIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
10.6.1.00	SUTURA DE LA CONJUNTIVA SOD	Cubierta
10.7.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN CONJUNTIVA	
10.7.1.	INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL	Cubierta
10.7.1.00	INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL SOD	Cubierta
11.	PROCEDIMIENTOS EN CÓRNEA	
11.0.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CÓRNEA	
11.0.0.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CÓRNEA	Cubierta
11.0.0.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CÓRNEA SOD	Cubierta
11.1.	INCISIÓN DE CÓRNEA	
11.1.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CÓRNEA, POR INCISIÓN	Cubierta
11.1.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CÓRNEA, POR INCISIÓN SOD	Cubierta
11.1.2.	DRENAJE DE COLECCIÓN EN CÓRNEA	Cubierta
Incluye:	AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
11.1.2.00	DRENAJE DE COLECCIÓN EN CÓRNEA SOD	Cubierta
11.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CÓRNEA	
11.2.1.	FROTIS DE CÓRNEA	Cubierta
11.2.1.00	FROTIS DE CÓRNEA SOD	Cubierta
11.2.2.	BIOPSIA DE CÓRNEA	Cubierta
11.2.2.00	BIOPSIA DE CÓRNEA SOD	Cubierta
11.4.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO U OTRA LESIÓN DE CÓRNEA	
11.4.1.	RESECCIÓN SIMPLE DE TUMOR DE CÓRNEA	Cubierta
11.4.1.00	RESECCIÓN SIMPLE DE TUMOR DE CÓRNEA SOD	Cubierta
11.4.2.	CAUTERIZACIÓN DE CÓRNEA (TERMO, QUIMIO O CRIOAPLICACIÓN)	Cubierta
11.4.2.00	CAUTERIZACIÓN DE CÓRNEA (TERMO, QUIMIO O CRIOAPLICACIÓN) SOD	Cubierta
11.5.	REPARACIÓN DE CÓRNEA	
11.5.1.	SUTURAS DE LACERACIONES EN CÓRNEAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
11.5.1.01	CORNOESCLERORRAFIA (REPARACIÓN DE HERIDA CORNEOESCLERAL)	Cubierta
11.5.1.02	SUTURA DE CÓRNEA	Cubierta
11.5.2.	REPARACIÓN DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL	Cubierta
11.5.2.00	REPARACIÓN DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL SOD	Cubierta
11.5.3.	REPARACIÓN DE LACERACIONES O HERIDAS EN CÓRNEAS	Cubierta
11.5.3.01	REPARACIÓN DE LACERACIÓN O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	Cubierta
11.5.3.02	REPARACIÓN DE LACERACIÓN O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	Cubierta
11.5.3.03	REPARACIÓN DE LACERACIÓN O HERIDA CORNEAL CON MATERIAL (CIANOACRILATO)	Cubierta
11.5.3.04	REPARACIÓN DE LACERACIÓN O HERIDA CORNEAL	Cubierta
11.5.8.	RETIRO DE SUTURA EN CÓRNEA	Cubierta
11.5.8.00	RETIRO DE SUTURA EN CÓRNEA SOD	Cubierta
11.6.	TRASPLANTE DE CÓRNEA	
Excluye:	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CONJUNTIVA CON INJERTO (10.3.1.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
11.6.1.	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL	Cubierta
11.6.1.00	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL SOD	Cubierta
11.6.2.	QUERATOPLASTIA PENETRANTE	Cubierta
11.6.2.00	QUERATOPLASTIA PENETRANTE SOD	Cubierta
11.6.3.	QUERATOPLASTIA PENETRANTE, COMBINADA CON CIRUGÍA DE CATARATA, ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR (CIRUGÍA TRIPLE)	Cubierta
11.6.3.00	QUERATOPLASTIA PENETRANTE, COMBINADA CON CIRUGÍA DE CATARATA, ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR (CIRUGÍA TRIPLE) SOD	Cubierta
11.6.4.	ESCLEROQUERATOPLASTIA	Cubierta
11.6.4.00	ESCLEROQUERATOPLASTIA SOD	Cubierta
11.7.	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA Y REFRACTIVA EN CÓRNEA	
11.7.3.	IMPLANTE DE PRÓTESIS CORNEANA [QUERATOPRÓTESIS]	Cubierta
11.7.3.00	IMPLANTE DE PRÓTESIS CORNEANA [QUERATOPRÓTESIS] SOD	Cubierta
11.7.4.	QUERATOTOMÍA RADIAL MIÓPICA O ASTIGMÁTICA (CIRUGÍA REFRACTIVA INCISIONAL)	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
11.7.4.00	QUERATOTOMÍA RADIAL MIÓPICA O ASTIGMÁTICA (CIRUGÍA REFRACTIVA INCISIONAL) SOD	No Cubierta
11.7.5.	QUERATOTOMÍA FOTORREFRACTIVA CON LÁSER MÁS QUERATOMILEUSIS [LASIK]	Cubierta
11.7.5.00	QUERATOTOMÍA FOTORREFRACTIVA CON LÁSER MÁS QUERATOMILEUSIS [LASIK] SOD	Cubierta
11.7.6.	QUERATECTOMÍA	Cubierta
11.7.6.00	QUERATECTOMÍA SOD	Cubierta
11.7.7.	QUERATECTOMÍA CON EXCIMER LÁSER (FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA) PTK	Cubierta
11.7.7.00	QUERATECTOMÍA CON EXCIMER LÁSER (FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA) PTK SOD	Cubierta
11.7.8.	TERMOQUERATOPLASTIA	Cubierta
11.7.8.00	TERMOQUERATOPLASTIA SOD	Cubierta
11.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN CÓRNEA	
11.8.1.	QUERATOPIGMENTACIÓN [TATUAJE DE LA CÓRNEA]	Cubierta
11.8.1.00	QUERATOPIGMENTACIÓN [TATUAJE DE LA CÓRNEA] SOD	Cubierta
11.8.2.	IMPLANTE Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN CÓRNEA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO	
11.8.2.01	IMPLANTE DE DISPOSITIVO EN CÓRNEA	No Cubierta
11.8.2.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN CÓRNEA	No Cubierta
11.8.3.	ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL	No Cubierta
11.8.3.01	ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL UNILATERAL	No Cubierta
11.8.3.02	ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL BILATERAL	No Cubierta
12.	PROCEDIMIENTOS EN IRIS, CUERPO CILIAR, ESCLERA Y CÁMARA ANTERIOR	
12.0.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	
12.0.0.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO	Cubierta
12.0.0.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO SOD	Cubierta
12.1.	IRIDOTOMÍA E IRIDECTOMÍA SIMPLE	
Excluye:	IRIDECTOMÍA ASOCIADA CON: ESCISIÓN DE LESIÓN (12.4.), EXTRACCIÓN DE CATARATA (13.1., 13.2. Y 13.6.) FISTULIZACIÓN ESCLERAL (12.6.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
12.1.1.	IRIDOTOMÍA CON TRANSFIXIÓN	Cubierta
12.1.1.00	IRIDOTOMÍA CON TRANSFIXIÓN SOD	Cubierta
12.1.2.	IRIDOTOMÍA CON LÁSER	Cubierta
12.1.2.00	IRIDOTOMÍA CON LÁSER SOD	Cubierta
12.1.3.	ESCISIÓN DE IRIS PROLAPSADO [REDUCCIÓN DE HERNIA DE IRIS]	Cubierta
12.1.3.01	REDUCCIÓN DE HERNIA DE IRIS, POR SUTURA DE IRIS	Cubierta
12.1.3.02	ESCISIÓN DE IRIS PROLAPSADO	Cubierta
12.1.4.	IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL)	Cubierta
12.1.4.00	IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL) SOD	Cubierta
12.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN IRIS, CUERPO CILIAR, ESCLERA, Y CÁMARA ANTERIOR	
12.2.1.	ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO	Cubierta
12.2.1.00	PARACENTESIS DIAGNÓSTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO SOD	Cubierta
12.2.2.	BIOPSIA DE IRIS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
12.2.2.00	BIOPSIA DE IRIS SOD	Cubierta
12.2.3.	BIOPSIA DE ESCLERÓTICA	Cubierta
12.2.3.00	BIOPSIA DE ESCLERÓTICA SOD	Cubierta
12.2.4.	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR	Cubierta
12.2.4.00	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR SOD	Cubierta
12.3.	IRIDOPLASTIA Y PUPILOPLASTIA	
12.3.0.	IRIDOPLASTIAS	Cubierta
12.3.0.01	IRIDOPLASTIA, CON SUTURA	Cubierta
12.3.0.02	IRIDOPLASTIA, CON LÁSER	Cubierta
12.3.0.03	IRIDOPLASTIA	Cubierta
12.3.1.	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES	Cubierta
12.3.1.01	LISIS DE GONIOSINEQUIAS POR INYECCIÓN DE AIRE O LÍQUIDO	Cubierta
12.3.1.02	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES DE OJO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
12.3.3.	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES	Cubierta
12.3.3.00	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES SOD	Cubierta
12.3.4.	REPARACIÓN DE IRIDODIÁLISIS	Cubierta
12.3.4.00	REPARACIÓN O SUTURA DE IRIDODIÁLISIS SOD	Cubierta
12.3.5.	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)	Cubierta
12.3.5.00	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA) SOD	Cubierta
12.3.7.	OTRAS IRIDOPLASTIAS	Cubierta
12.3.7.01	REPARACIÓN DE COLOBOMA DEL IRIS	Cubierta
12.4.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE IRIS Y CUERPO CILIAR	
12.4.1.	ABLACIÓN DE LESIONES EN IRIS	Cubierta
12.4.1.01	ABLACIÓN DE LESIÓN DE IRIS POR CAUTERIZACIÓN, CRIOTERAPIA O FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER)	Cubierta
12.4.1.02	ABLACIÓN DE LESIÓN DE IRIS	Cubierta
12.4.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN EN IRIS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
12.4.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE IRIS	Cubierta
12.4.2.02	IRIDOCISTECTOMÍA	Cubierta
12.4.2.03	ESCISIÓN DE LESIÓN DE IRIS	Cubierta
12.4.3.	ABLACIÓN DE LESIONES EN CUERPO CILIAR	Cubierta
12.4.3.01	ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR POR CAUTERIZACIÓN, CRIOTERAPIA O FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER)	Cubierta
12.4.3.02	ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR	Cubierta
12.4.4.	ESCISIÓN DE LESIONES EN CUERPO CILIAR	Cubierta
12.4.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE CUERPO CILIAR	Cubierta
12.4.4.02	IRIDOCICLECTOMÍA	Cubierta
12.4.4.03	ESCISIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR	Cubierta
12.5.	FACILITACIÓN DE CIRCULACIÓN INTRAOCULAR (CIRUGÍA DE GLAUCOMA)	
12.5.1.	GONIOTOMÍA	Cubierta
12.5.1.00	GONIOTOMÍA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
12.5.4.	TRABECULOTOMÍA	Cubierta
12.5.4.00	TRABECULOTOMÍA SOD	Cubierta
12.5.5.	CICLODIÁLISIS	Cubierta
12.5.5.00	CICLODIÁLISIS SOD	Cubierta
12.6.	FISTULIZACIÓN ESCLERAL	
12.6.4.	TRABECULECTOMÍA (CIRUGÍA FILTRANTE)	Cubierta
Incluye:	AQUELLA CON O SIN CITOSTÁTICOS	
12.6.4.01	TRABECULECTOMÍA SECUNDARIA (CON CIRUGÍA OCULAR PREVIA)	Cubierta
12.6.4.02	TRABECULECTOMÍA PRIMARIA	Cubierta
12.6.6.	REVISIÓN POSTOPERATORIA DE PROCEDIMIENTOS DE FISTULIZACIÓN ESCLERAL	Cubierta
12.6.6.01	REVISIÓN DE AMPOLLA FILTRANTE CON AGUJA	Cubierta
12.6.6.02	SUTURA DE COMPRESIÓN DE AMPOLLA FILTRANTE	Cubierta
12.6.6.03	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE FLAP ESCLERAL CON LÁSER	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
12.6.6.04	OBSTRUCCIÓN DE VENTANA FILTRANTE CON LÁSER	Cubierta
12.6.6.05	REVISIÓN POSTOPERATORIA DE FISTULIZACIÓN ESCLERAL	Cubierta
12.6.7.	INSERCIÓN DE IMPLANTES PARA GLAUCOMA	Cubierta
12.6.7.01	INSERCIÓN DE IMPLANTE (GLAUCOMA)	Cubierta
12.6.7.05	REVISIÓN ANTERIOR DE TUBO DE IMPLANTE	Cubierta
12.6.7.06	REVISIÓN DE IMPLANTE CON OBSTRUCCIÓN POSTERIOR	Cubierta
12.7.	OTROS PROCEDIMIENTOS PARA DISMINUIR LA ELEVACIÓN DE PRESIÓN INTRAOCULAR (ANTIGLAUCOMA)	
12.7.5.	TRABECULOPLASTIAS	Cubierta
12.7.5.01	TRABECULOPLASTIA CON LÁSER	Cubierta
12.7.5.02	TRABECULOPLASTIA	Cubierta
12.8.	PROCEDIMIENTOS EN ESCLERA	
Incluye:	<i>REPARACIÓN SIMULTÁNEA DE CONJUNTIVA</i>	
Excluye:	<i>AQUELLAS ASOCIADOS CON: FISTULIZACIÓN ESCLERAL (12.6.), REPARACIÓN DE RETINA (14.3.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
12.8.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCLERA	Cubierta
12.8.1.00	SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA] SOD	Cubierta
12.8.2.	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESCLERAL	Cubierta
12.8.2.00	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESCLERAL (AMPOLLA FILTRANTE) SOD	Cubierta
12.8.4.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES EN ESCLERA	Cubierta
12.8.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA ESCLERÓTICA, VÍA ABIERTA	Cubierta
12.8.4.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA ESCLERÓTICA, POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	Cubierta
12.8.4.03	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA ESCLERÓTICA, POR FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER)	Cubierta
12.8.4.04	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE ESCLERA	Cubierta
12.8.8.	PLASTIAS EN ESCLERA [ESCLEROPLASTIA]	Cubierta
12.8.8.00	PLASTIAS EN ESCLERA [ESCLEROPLASTIA] SOD	Cubierta
12.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN IRIS, CUERPO CILIAR Y CÁMARA ANTERIOR	
12.9.1.	EVACUACIÓN TERAPÉUTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA POR HIFEMA ENTRE OTRAS CAUSAS	
12.9.1.00	PARACENTESIS TERAPÉUTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO SOD	Cubierta
12.9.2.	INYECCIÓN EN CÁMARA ANTERIOR	No Cubierta
12.9.2.00	INYECCIÓN EN CÁMARA ANTERIOR DE AIRE, LÍQUIDO O MEDICAMENTO SOD	No Cubierta
12.9.3.	OTRA INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR	No Cubierta
12.9.3.01	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICO	No Cubierta
12.9.4.	OTRA EXTRACCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR	No Cubierta
12.9.4.01	EXTRACCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICO	No Cubierta
13.	PROCEDIMIENTOS EN CRISTALINO	
13.1.	EXTRACCIÓN INTRACÁPSULAR DE CRISTALINO	
13.1.1.	EXTRACCIÓN INTRACÁPSULAR DE CRISTALINO NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
13.1.1.00	EXTRACCIÓN INTRACÁPSULAR DE CRISTALINO SOD	Cubierta
13.2.	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
13.2.1.	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR TÉCNICA CONVENCIONAL	Cubierta
13.2.1.00	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR TÉCNICA CONVENCIONAL SOD	Cubierta
13.2.2.	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACIÓN	Cubierta
13.2.2.00	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACIÓN SOD	Cubierta
13.2.3.	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACIÓN	Cubierta
13.2.3.00	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACIÓN SOD	Cubierta
13.2.4.	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA	Cubierta
13.2.4.00	EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA SOD	Cubierta
13.6.	OTRA EXTRACCIÓN DE CATARATA	
13.6.4.	DISECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA	Cubierta
13.6.4.00	DISECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUÉS DE CATARATA) SOD	Cubierta
13.6.5.	ESCISIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA	Cubierta
13.6.5.01	CAPSULOTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
13.6.5.02	CAPSULOTOMIA CON LÁSER	Cubierta
13.6.5.03	RESECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA	Cubierta
13.6.6.	FRAGMENTACIÓN MECÁNICA DE MEMBRANA SECUNDARIA	Cubierta
13.6.6.00	FRAGMENTACIÓN MECÁNICA DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUÉS DE CATARATA) SOD	Cubierta
13.7.	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR (CRISTALINO PROTÉSICO)	
13.7.1.	INSERCIÓN DE CRISTALINO INTRAOCULAR PROTÉSICO AL TIEMPO DE EXTRACCIÓN DE CATARATA, UNA SOLA FASE	Cubierta
13.7.1.00	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SUTURADO SOD	Cubierta
13.7.2.	INSERCIÓN SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR	Cubierta
13.7.2.01	INSERCIÓN SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR EN RESTOS CAPSULARES	Cubierta
13.7.2.02	INSERCIÓN SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR FIJADO A ESCLERA	Cubierta
13.7.2.03	INSERCIÓN SECUNDARIA DE LENTE INTRAOCULAR FIJADO AL IRIS	Cubierta
13.8.	EXTRACCIÓN DE CRISTALINO IMPLANTADO	
13.8.1.	EXTRACCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO (PSEUDOCRISTALINO)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
13.8.1.00	EXTRACCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) SOD	Cubierta
14.	PROCEDIMIENTOS EN RETINA, COROIDES, VÍTREO Y CÁMARA POSTERIOR	
14.2.	ABLACIÓN DE LESIÓN EN RETINA Y COROIDES	
Incluye:	<i>AQUELLA POR CORIORETINOPATÍA O LESIÓN CORIORETINAL AISLADA</i>	
Excluye:	<i>AQUELLA PARA REPARACIÓN DE RETINA (14.3., 14.5.)</i>	
14.2.0.	ABLACIÓN DE LESIONES CORIORETINALES	Cubierta
14.2.0.01	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	Cubierta
14.2.0.02	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER)	Cubierta
14.2.0.03	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL POR RADIACIÓN	Cubierta
14.3.	REPARACIÓN DE RETINA	
Incluye:	<i>REPARACIÓN DE DEFECTO, DESGARRO O DESPRENDIMIENTO DE RETINA</i>	
14.3.4.	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR RETINOPEXIA	Cubierta
14.3.4.01	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR RETINOPEXIA POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
14.3.4.02	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER) VÍA INTERNA	Cubierta
14.3.4.03	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR FOTOCOAGULACIÓN (LÁSER) VÍA EXTERNA	Cubierta
14.3.4.04	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR RETINOPEXIA NEUMÁTICA	Cubierta
14.3.5.	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR INDENTACIÓN ESCLERAL CON IMPLANTACIÓN	Cubierta
14.3.5.01	REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR INDENTACIÓN ESCLERAL	Cubierta
14.7.	PROCEDIMIENTOS EN CUERPO VÍTREO	
14.7.1.	VITRECTOMÍAS VÍA ANTERIOR	Cubierta
14.7.1.01	VITRECTOMÍA ANTERIOR	Cubierta
14.7.1.03	ASPIRACION DIAGNÓSTICA DE VÍTREO	Cubierta
14.7.1.04	VITRECTOMÍA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO	Cubierta
14.7.4.	VITRECTOMÍAS VÍA POSTERIOR	Cubierta
14.7.4.01	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON INSERCIÓN DE SILICÓN O GASES	Cubierta
14.7.4.02	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
14.7.4.03	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON ENDOLASER O CRIOTERAPIA	Cubierta
14.7.4.04	VITRECTOMÍA POSTERIOR SIN INSERCIÓN DE SILICÓN O GASES	Cubierta
14.7.4.05	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO	Cubierta
14.7.4.06	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	Cubierta
14.7.4.07	VITRECTOMÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	Cubierta
14.7.4.08	DRENAJE DE HEMORRAGIA COROIDEA	Cubierta
14.7.5.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VÍTREO	Cubierta con aclaración
14.7.5.01	INYECCIÓN DE SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS EN VÍTREO	Cubierta
14.7.5.02	IMPLANTE INTRAVÍTREO	No Cubierta
14.7.5.03	VITRIOLISIS NO QUIRÚRGICA	No Cubierta
15.	PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULOS EXTRAOCULARES	
15.0.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN MÚSCULOS Y TENDONES EXTRAOCULARES	
15.0.1.	BIOPSIA DE MÚSCULO O TENDÓN EXTRAOCULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
15.0.1.00	BIOPSIA DE MÚSCULO O TENDÓN EXTRAOCULAR SOD	Cubierta
15.2.	PROCEDIMIENTOS SOBRE LONGITUD DE MÚSCULO EXTRAOCULAR	
15.2.1.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR	Cubierta
15.2.1.00	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR SOD	Cubierta
15.2.2.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR	Cubierta
15.2.2.00	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR SOD	Cubierta
15.4.	PROCEDIMIENTOS DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES, UNO O AMBOS OJOS	
15.4.1.	REINSERCIONES O RETROINSERCIONES DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ESTRABISMO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
15.4.1.01	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MÚSCULOS RECTOS (UNO O DOS)	Cubierta
15.4.1.02	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MÚSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS)	Cubierta
15.4.1.03	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MÚSCULOS RECTO Y OBLICUO	Cubierta
15.4.1.04	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
15.5.	TRANSPOSICIÓN MÚSCULOS EXTRAOCULARES	
15.5.1.	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES	Cubierta
15.5.1.00	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES SOD	Cubierta
15.7.	REPARACIÓN DE INJURIA DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES	
15.7.1.	REPARACIÓN DE LACERACIÓN DE MÚSCULO EXTRAOCULAR, TENDÓN O CÁPSULA DE TENON	No Cubierta
15.7.1.00	REPARACIÓN DE LACERACIÓN DE MÚSCULO EXTRAOCULAR, TENDÓN O CÁPSULA DE TENON SOD	No Cubierta
16.	PROCEDIMIENTOS EN ÓRBITA Y GLOBO OCULAR	
16.0.	ORBITOTOMÍA	
16.0.1.	ORBITOTOMÍA CON COLGAJO ÓSEO	Cubierta
16.0.1.00	ORBITOTOMÍA CON COLGAJO ÓSEO SOD	Cubierta
16.0.2.	ORBITOTOMÍA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL	Cubierta
16.0.2.00	ORBITOTOMÍA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL SOD	Cubierta
16.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE DE ÓRBITA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
16.1.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ÓRBITA	Cubierta
16.1.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ÓRBITA SOD	Cubierta
16.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ÓRBITA Y GLOBO OCULAR	
16.2.2.	ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE ÓRBITA	Cubierta
16.2.2.00	ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE ÓRBITA SOD	Cubierta
16.2.3.	BIOPSIA DE ÓRBITA Y GLOBO	Cubierta
16.2.3.00	BIOPSIA DE PARED DE ÓRBITA SOD	Cubierta
16.3.	EVISCERACIÓN DEL GLOBO	
16.3.1.	EVISCERACIÓN DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE	Cubierta
16.3.1.00	EVISCERACIÓN DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE SOD	Cubierta
16.4.	ENUCLEACIÓN DEL GLOBO	
16.4.1.	ENUCLEACIÓN CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO	Cubierta
16.4.1.00	ENUCLEACIÓN CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
16.4.2.	ENUCLEACIÓN CON INJERTO DERMOGRASO	Cubierta
16.4.2.00	ENUCLEACIÓN CON INJERTO DERMOGRASO SOD	Cubierta
16.5.	EXENTERACIÓN DE ÓRBITA	
16.5.1.	EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON ESCISIÓN DE ESTRUCTURAS ADYACENTES	Cubierta
16.5.1.00	EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON ESCISIÓN DE ESTRUCTURAS ADYACENTES SOD	Cubierta
16.5.2.	EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON EXTRACCIÓN TERAPÉUTICA DE HUESO ORBITAL	Cubierta
16.5.2.00	EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON EXTRACCIÓN TERAPÉUTICA DE HUESO ORBITAL SOD	Cubierta
16.6.	PROCEDIMIENTO SECUNDARIO DESPUÉS DE ESCISIÓN DE GLOBO	
16.6.1.	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS [IMPLANTE] ORBITARIO	No Cubierta
16.6.1.01	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS CON FORMACIÓN DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES	No Cubierta
16.6.1.02	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS ORBITARIO	No Cubierta
16.6.3.	REVISIÓN Y REINSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO	Cubierta
16.6.3.00	REVISIÓN Y REINSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
16.7.	REMOCIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO U OCULAR	
16.7.1.	RETIRO DE IMPLANTE ORBITARIO U OCULAR	No Cubierta
16.7.1.00	RETIRO DE IMPLANTE ORBITARIO U OCULAR SOD	No Cubierta
16.8.	REPARACIÓN DE LESIÓN DE GLOBO Y ÓRBITA	
16.8.1.	REPARACIÓN DE HERIDA DE ÓRBITA	Cubierta
Excluye:	<i>REDUCCIÓN DE FRACTURA ORBITAL (76.7.8.01) REPARACIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES (15.7.)</i>	
16.8.1.00	REPARACIÓN DE HERIDA DE ÓRBITA SOD	Cubierta
16.8.2.	REPARACIÓN DE RUPTURA DE GLOBO	No Cubierta
Excluye:	<i>SUTURA DE LACERACIÓN DE CÓRNEA (11.5.1.) ESCLERÓTICA (12.8.1.)</i>	
16.8.2.00	REPARACIÓN DE RUPTURA DE GLOBO SOD	No Cubierta
16.8.3.	RECONSTRUCCIÓN DE ÓRBITAS	Cubierta
16.8.3.01	PLASTIA DE ÓRBITA CON RECONSTRUCCIÓN DE FONDOS DE SACO CON INJERTOS	Cubierta
16.8.3.02	RECONSTRUCCIÓN DE ÓRBITA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
16.8.4.	DESCOMPRESIONES DE ÓRBITAS	Cubierta
16.8.4.01	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA TECHO DE ÓRBITA [TÉCNICA TRANSCRANEANA DE NAFZINGER]	Cubierta
16.8.4.02	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA LATERAL [TÉCNICA DE KROMLIEN]	Cubierta
16.8.4.03	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA INFERIOR Y MEDIAL [TÉCNICA DE WALSH-OGURA] VÍA TRANSMAXILAR ENDOSCÓPICA	Cubierta
16.8.4.04	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA INFERIOR Y MEDIAL [TÉCNICA DE WALSH-OGURA] VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
16.8.4.05	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR	Cubierta
16.8.4.07	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA MEDIAL	Cubierta
16.8.4.08	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VÍA TRANSCONJUNTIVAL	Cubierta
16.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ÓRBITA Y GLOBO	
16.9.1.	INYECCIÓN RETROBULBAR DE AGENTE TERAPÉUTICO	No Cubierta
16.9.1.00	INYECCIÓN RETROBULBAR DE AGENTE TERAPÉUTICO SOD	No Cubierta
16.9.2.	ESCISIÓN DE LESIONES EN ÓRBITAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
16.9.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE ÓRBITA	Cubierta
16.9.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE ÓRBITA	Cubierta
16.9.2.03	DRENAJE DE COLECCIÓN ANTERIOR DE ÓRBITA	Cubierta
16.9.2.04	DRENAJE DE COLECCIÓN POSTERIOR DE ÓRBITA	Cubierta
16.9.2.05	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ÓRBITA	Cubierta
Capítulo 04 SISTEMA AUDITIVO		
17.	PROCEDIMIENTOS EN HUESO TEMPORAL	
17.0.	RESECCIÓN DE HUESO TEMPORAL	
17.0.0.	RESECCIÓN DE LESIÓN DE HUESO TEMPORAL	Cubierta con aclaración
17.0.0.01	APICECTOMÍA VÍA INFRACOCLEAR	No cubierta
17.0.0.02	APICECTOMÍA VÍA TRASCOCLEAR	No cubierta
17.0.0.03	APICECTOMÍA VÍA RETROLABERÍNTICA O TRANSLABERÍNTICA	No cubierta
17.0.0.04	APICECTOMÍA FOSA MEDIA	No cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
17.0.0.05	PETROSECTOMÍA	No cubierta
17.0.0.06	RESECCIÓN PARCIAL DE HUESO TEMPORAL	Cubierta
17.0.0.07	RESECCIÓN SUBTOTAL DE HUESO TEMPORAL	Cubierta
17.0.0.08	RESECCIÓN TOTAL DE HUESO TEMPORAL	Cubierta
17.0.0.09	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO VÍA TRANSCANAL	Cubierta
17.0.0.10	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO Y MASTOIDES VÍA TRANSMASTOIDEA	Cubierta
17.0.0.11	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VÍA FOSA INFRATEMPORAL	Cubierta
17.0.0.12	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VÍA TRANSMASTOIDEA	Cubierta
17.0.0.13	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VÍA TRANSLABERÍNTICA	Cubierta
17.0.0.14	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VÍA TRANSCOCLEAR O TRANSCONDILAR O TRANSÓTICO	Cubierta
18.	PROCEDIMIENTOS EN OÍDO EXTERNO	
Incluye:	<i>CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, PIEL Y CARTÍLAGO DE PABELLÓN AURÍCLAR Y MEATO</i>	
18.0.	INCISIÓN DE OÍDO EXTERNO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
18.0.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PABELLÓN AURÍCLAR	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCEO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
18.0.1.00	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PABELLÓN AURÍCLAR SOD	Cubierta
18.0.2.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCEO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
18.0.2.00	DRENAJE DE COLECCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	Cubierta
18.0.3.	EXTRACCIÓN DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	Cubierta
18.0.3.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISIÓN	Cubierta
18.0.3.02	EXTRACCIÓN DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA	Cubierta
18.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN OÍDO EXTERNO	
18.1.1.	BIOPSIAS EN OÍDO EXTERNO	Cubierta
18.1.1.01	BIOPSIA DE AURÍCLAR (PABELLÓN AURÍCLAR)	Cubierta
18.1.1.02	BIOPSIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
18.1.1.03	BIOPSIA DE OÍDO EXTERNO	Cubierta
18.2.	ESCISIÓN DE TEJIDO O ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO	
18.2.1.	RESECCIÓN DE FÍSTULA PREAURÍCULAR	Cubierta
18.2.1.00	RESECCIÓN DE FÍSTULA O QUISTE PREAURÍCULAR SOD	Cubierta
18.2.2.	RESECCIÓN DE APÉNDICE PREAURÍCULAR	Cubierta
18.2.2.00	RESECCIÓN DE APÉNDICE PREAURÍCULAR SOD	Cubierta
18.2.3.	RESECCIÓN DE QUISTE DE PABELLÓN AURÍCULAR	Cubierta
18.2.3.00	RESECCIÓN DE QUISTE DE PABELLÓN AURÍCULAR SOD	Cubierta
18.2.4.	ABLACIÓN DE LESIÓN EN OÍDO EXTERNO	Cubierta
18.2.4.01	ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO POR COAGULACIÓN, CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN, CRIOTERAPIA U OTRA TÉCNICA	Cubierta
18.2.4.02	ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO	Cubierta
18.2.5.	TOMA DE INJERTO CONDRAL DEL PABELLÓN AURICULAR	Cubierta
18.2.5.01	TOMA DE INJERTO CONDRAL DE PABELLÓN AURICULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
18.3.	OTRA ESCISIÓN DEL OÍDO EXTERNO	
18.3.1.	ESCISIÓN RADICAL DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO	Cubierta
Simultáneo:	<i>CUALQUIER ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL (40.3.) O CERVICAL (40.4.)</i>	
18.3.1.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	Cubierta
18.3.1.02	AURICULECTOMÍA PARCIAL	Cubierta
18.3.1.03	AURICULECTOMÍA TOTAL	Cubierta
18.4.	SUTURA DE LACERACIÓN DE OÍDO EXTERNO	
Incluye:	<i>AQUELLA POR HERIDA CON COMPROMISO DEL CARTÍLAGO; POR CUALQUIER CAUSA</i>	
18.4.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE PABELLÓN AURÍCULAR	Cubierta
18.4.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN DE PABELLÓN AURÍCULAR SOD	Cubierta
18.5.	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE PABELLÓN AURÍCULAR PROMINENTE	
18.5.1.	PLASTIA EN OREJA [OTOPLASTIA]	Cubierta con aclaración
18.5.1.01	OTOPLASTIA SIN REDUCCIÓN DE TAMAÑO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
18.5.1.02	OTOPLASTIA CON REDUCCIÓN DE TAMAÑO	No Cubierta
18.5.1.04	PLASTIA EN LÓBULO DE OREJA	Cubierta
18.6.	RECONSTRUCCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	
18.6.2.	MEATOPLASTIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR ESTENOSIS CONGÉNITA O ADQUIRIDA, AGENESIA; RECONSTRUCCIÓN DE CAVIDAD OPERATORIA EN RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO</i>	
18.6.2.01	RECONSTRUCCIÓN DE MEATO AUDITIVO EXTERNO CON INJERTO LIBRE MICROVASCULARIZADO	Cubierta
18.6.2.02	RECONSTRUCCIÓN DE MEATO AUDITIVO EXTERNO	Cubierta
18.6.2.03	RECONSTRUCCIÓN DE MEATO AUDITIVO EXTERNO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
18.7.	OTRA REPARACIÓN DEL OÍDO EXTERNO	
Incluye:	<i>AQUELLA POR CUALQUIER CAUSA CONGÉNITA O ADQUIRIDA (TRAUMA)</i>	
18.7.1.	RECONSTRUCCIÓN EN PABELLÓN AURÍCULAR	Cubierta
18.7.1.01	RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA DE AURÍCULA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
18.7.1.02	RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA DE AURÍCULA, CON MINIPLACAS DE FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
18.7.1.03	RECONSTRUCCIÓN POR AGENESIA DE LA AURÍCULA (PRIMER TIEMPO), CON IMPLANTE ALOPLÁSTICO	Cubierta
18.7.1.04	RECONSTRUCCIÓN POR AGENESIA DE LA AURÍCULA (PRIMER TIEMPO), CON INJERTO DE CARTÍLAGO COSTAL	Cubierta
18.7.1.05	RECONSTRUCCIÓN POR AGENESIA DE LA AURÍCULA; TRANSPOSICIÓN DEL LÓBULO EN MICROTIA (SEGUNDO TIEMPO)	Cubierta
18.7.1.06	RECONSTRUCCIÓN POR AGENESIA DE LA AURÍCULA CON RECONSTRUCCIÓN DEL TRAGO Y SURCO RETROAURÍCULAR (TERCER TIEMPO)	Cubierta
18.7.1.07	RECONSTRUCCIÓN DE PABELLÓN AURÍCULAR	Cubierta
18.7.2.	REPOSICION DE AURÍCULA (PABELLÓN AURÍCULAR) AMPUTADA	Cubierta
18.7.2.00	REIMPLANTE DE AURÍCULA (PABELLÓN AURÍCULAR) SOD	Cubierta
19.	PROCEDIMIENTOS RECONSTRUCTIVOS EN OÍDO MEDIO	
19.3.	CIRUGÍA DEL ESTRIBO	
19.3.0.	MOVILIZACIÓN DEL ESTRIBO [ESTAPEDIOLISIS]	Cubierta
19.3.0.01	ESTAPEDIOLISIS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
19.3.0.02	ESTAPEDIOLISIS VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
19.3.1.	ESTAPEDECTOMÍAS O ESTAPEDOTOMÍAS CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS	Cubierta
19.3.1.01	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS	Cubierta
19.3.1.02	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
19.3.2.	REVISIONES DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA	Cubierta
19.3.2.01	REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA	Cubierta
19.3.2.02	REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
19.4.	TIMPANOPLASTIA	
Incluye:	<i>ATICOTOMÍA, LISIS DE ADHERENCIAS DE OÍDO MEDIO</i>	
19.4.1.	TIMPANOPLASTIAS O MIRINGOPLASTIAS	Cubierta
19.4.1.05	CIERRE DE PERFORACIÓN DE MEMBRANA TIMPÁNICA [MIRINGOPLASTIA]	Cubierta
19.4.1.06	CIERRE DE PERFORACIÓN DE MEMBRANA TIMPÁNICA [MIRINGOPLASTIA] VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
19.4.1.07	TIMPANOPLASTIA CON REVISIÓN DE LA CADENA OSICULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
19.4.1.08	TIMPANOPLASTIA CON REVISIÓN DE LA CADENA OSICULAR VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
19.4.2.	RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA]	Cubierta
19.4.2.01	RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PRÓTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA ÓSEA	Cubierta
19.4.2.02	RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PRÓTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA ÓSEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
19.4.2.03	RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PRÓTESIS SOBRE VENTANA SIN CADENA ÓSEA	Cubierta
19.4.2.04	RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PRÓTESIS SOBRE VENTANA SIN CADENA ÓSEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
19.9.	OTRA REPARACIÓN DE OÍDO MEDIO	
19.9.1.	REPARACIÓN DE FÍSTULA PERILINFÁTICA DE OÍDO MEDIO	Cubierta
19.9.1.01	CIERRE DE FÍSTULA PERILINFÁTICA DE OÍDO MEDIO	Cubierta
19.9.1.02	CIERRE DE FÍSTULA PERILINFÁTICA DE OÍDO MEDIO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
19.9.3.	MASTOIDOPLASTIA	Cubierta
19.9.3.00	MASTOIDOPLASTIA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
20.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN EL OÍDO MEDIO Y EL OÍDO INTERNO	
Simultáneo:	<i>CUALQUIER TIMPANOPLASTIA (19.4.)</i>	
20.0.	TIMPANOTOMÍA	
20.0.1.	TIMPANOTOMÍA O TIMPANOSTOMÍA	Cubierta
20.0.1.02	TIMPANOTOMÍA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPÁNICA	Cubierta
20.0.1.03	TIMPANOTOMÍA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPÁNICA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
20.0.1.04	TIMPANOSTOMÍA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO	Cubierta
20.0.1.05	TIMPANOSTOMÍA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
20.2.	INCISIÓN DE MASTOIDES Y OÍDO MEDIO	
20.2.1.	INCISIÓN DE MASTOIDES	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
20.2.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE MASTOIDES	Cubierta
20.2.3.	INCISIÓN DE OÍDO MEDIO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
20.2.3.01	TIMPANOTOMÍA EXPLORATORIA	Cubierta
20.2.3.02	TIMPANOTOMÍA EXPLORATORIA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
20.2.4.	ASPIRACIONES DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA	Cubierta
20.2.4.01	ASPIRACIÓN DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA	Cubierta
20.2.4.02	ASPIRACIÓN DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
20.2.5.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN OIDO MEDIO	Cubierta
20.2.5.01	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA INTRATIMPÁNICA	Cubierta
20.3.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN OÍDO MEDIO E INTERNO	
20.3.1.	BIOPSIAS DE OÍDO MEDIO E INTERNO	No Cubierta
20.3.1.01	BIOPSIA DE OÍDO MEDIO E INTERNO	No cubierta
20.3.1.02	BIOPSIA DE OÍDO MEDIO E INTERNO VÍA ENDOSCÓPICA	No cubierta
20.4.	MASTOIDECTOMÍAS	
Incluye:	INCISIÓN DE CELDAS EN PIRÁMIDE PETROSA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	AQUELLA CON IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR (20.9.6.)	
20.4.0.	MASTOIDECTOMÍA CON PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR	cubierta
20.4.0.01	ÁTICO ANTROMASTOIDECTOMÍA	Cubierta
20.4.0.02	ÁTICO ANTROMASTOIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
20.4.0.03	MASTOIDECTOMÍA CON EPITIMPANECTOMÍA O TIMPANOTOMÍA POSTERIOR	Cubierta
20.4.0.04	MASTOIDECTOMÍA CON EPITIMPANECTOMÍA O TIMPANOTOMÍA POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
20.4.2.	MASTOIDECTOMÍAS SIN PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR	Cubierta
20.4.2.01	MASTOIDECTOMÍA SIN PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR	Cubierta
20.4.2.02	MASTOIDECTOMÍA SIN PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
20.4.3.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN LA MASTOIDES	Cubierta
20.4.3.01	DESFUNCIONALIZACIÓN DE LA MASTOIDES	Cubierta
20.4.3.02	DESFUNCIONALIZACIÓN DE LA MASTOIDES VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
20.4.3.03	CORRECCIÓN DE DIVERTÍCULO DEL SENO SIGMOIDES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
20.4.3.04	CORRECCIÓN DE DIVERTÍCULO DEL SENOS SIGMOIDES VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
20.4.3.05	CORRECCIÓN DE DEFECTO ÓSEO EN EL TEGMEN TIMPÁNICO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA TRANSMASTOIDEA	Cubierta
20.4.3.06	CORRECCIÓN DE DEFECTO ÓSEO EN EL TEGMEN TIMPÁNICO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA FOSA MEDIA	Cubierta
20.4.3.07	CORRECCIÓN DE DEFECTO ÓSEO EN EL TEGMEN MASTOIDEO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA TRANSMASTOIDEA	Cubierta
20.4.3.08	CORRECCIÓN DE DEFECTO ÓSEO EN EL TEGMEN MASTOIDEO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA FOSA MEDIA	Cubierta
20.7.	INCISIÓN, ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN OÍDO INTERNO	
Incluye:	AQUELLA CON DIATERMIA, CRIOTERAPIA, ELECTROCOAGULACIÓN O ULTRASONIDO	
20.7.3.	DESCOMPRESIÓN DE LABERINTO	Cubierta
Incluye:	DRENAJE O FISTULIZACIÓN DE SACO ENDOLINFÁTICO O LABERINTO	
20.7.3.01	DESCOMPRESIÓN DE SACO ENDOLINFÁTICO CON DERIVACIÓN	Cubierta
20.7.3.02	DESCOMPRESIÓN DE SACO ENDOLINFÁTICO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
20.7.5.	LABERINTECTOMÍA	Cubierta
20.7.5.01	LABERINTECTOMÍA Y VESTIBULOTOMÍA, VÍA TRANSMASTOIDEA	Cubierta
20.7.5.02	LABERINTECTOMÍA O VESTIBULOTOMÍA	Cubierta
20.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN OÍDO MEDIO E INTERNO	
20.9.0.	CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE CANALES SEMICIRCULARES	Cubierta
20.9.0.01	CIERRE DE FÍSTULA DE CANALES SEMICIRCULARES BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA TRANSMASTOIDEA	Cubierta
20.9.0.02	CIERRE DE FÍSTULA DE CANALES SEMICIRCULARES BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA VÍA FOSA MEDIA	Cubierta
20.9.1.	REVISIÓN DE MASTOIDECTOMÍAS O MASTOIDOPLASTIAS	Cubierta
20.9.1.00	REVISIÓN DE MASTOIDECTOMÍAS O MASTOIDOPLASTIAS SOD	Cubierta
20.9.6.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES	Cubierta con aclaración
Incluye:	MASTOIDECTOMÍA	
20.9.6.04	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE CONDUCCIÓN ÓSEA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
20.9.6.05	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE OIDO MEDIO	No Cubierta
20.9.6.06	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR CON PRESERVACIÓN DE RESTOS AUDITIVOS	Cubierta para menores de 3 años
20.9.6.07	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR SIN PRESERVACIÓN DE RESTOS AUDITIVOS	Cubierta para menores de 3 años
20.9.7.	REVISIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES	No cubierta
20.9.7.01	REVISIÓN DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE	No cubierta
20.9.8.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES	No cubierta
20.9.8.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE	No cubierta
Capítulo 05 NARIZ, BOCA Y FARINGE		
21.	PROCEDIMIENTOS EN NARIZ	
Incluye:	ESQUELETO NASAL Y PIEL DE NARIZ	
21.0.	CONTROL DE EPISTAXIS	
21.0.0.	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
21.0.0.01	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACIÓN VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.0.0.02	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACIÓN VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.0.1.	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	Cubierta
21.0.1.01	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.0.2.	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR Y ANTERIOR	Cubierta
21.0.2.01	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.0.2.02	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.0.2.03	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR	Cubierta
21.0.4.	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES	Cubierta
21.0.4.01	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.0.4.02	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.0.5.	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA	Cubierta
21.0.5.01	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VÍA TRANSNASAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
21.0.5.02	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.0.8.	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA	Cubierta
21.0.8.01	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.0.8.02	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.0.9.	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA	Cubierta
21.0.9.01	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.0.9.02	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.1.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN NARIZ	
21.1.2.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISIÓN	Cubierta
Incluye:	<i>RINOTOMÍA LATERAL</i>	
21.1.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISIÓN VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.1.2.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISIÓN VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
21.1.2.04	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ VÍA ABIERTA	Cubierta
21.1.3.	DRENAJE DE COLECCIÓN EN NARIZ	Cubierta
21.1.3.01	DRENAJE DE LESIÓN (COLECCIÓN) EN PIRÁMIDE NASAL	Cubierta
21.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN NARIZ	
21.2.0.	BIOPSIA DE NARIZ VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.2.0.01	BIOPSIA NASAL VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.2.1.	BIOPSIA DE NARIZ VÍA ABIERTA	Cubierta
21.2.1.01	BIOPSIA NASAL VÍA ABIERTA	Cubierta
21.2.2.	BIOPSIA DE NARIZ VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.2.2.01	BIOPSIA NASAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.8.	PROCEDIMIENTOS EN LA PIRÁMIDE NASAL	
Incluye:	<i>AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE APLANAMIENTO DE FOSAS NASALES, EN SILLA DE MONTAR Y RINOPLASTIA SECUNDARIA</i>	
21.8.0.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LA PIRÁMIDE NASAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
21.8.0.01	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PIRÁMIDE NASAL	Cubierta
21.8.0.02	RINECTOMÍA	Cubierta
21.8.1.	SUTURA DE LACERACIÓN EN NARIZ	Cubierta
21.8.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE NARIZ	Cubierta
Incluye:	AQUELLA CON COMPROMISO DE CARTÍLAGO O MUCOSA NASAL Y PIEL	
21.8.2.	CIERRE DE FÍSTULA NASAL	Cubierta
21.8.2.01	FISTULECTOMÍA GINGIVONASAL	Cubierta
21.8.3.	RECONSTRUCCIÓN NASAL	Cubierta
21.8.3.01	RECONSTRUCCIÓN NASAL CON INJERTO	Cubierta
21.8.3.02	RECONSTRUCCIÓN NASAL CON COLGAJO FRONTAL	Cubierta
21.8.3.04	RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA DE NARIZ CON MINIPLACAS DE FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
21.8.3.05	RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA DE NARIZ CON IMPLANTE ÓSEOINTEGRADO	Cubierta
21.8.3.06	RECONSTRUCCION NASAL REMODELACIONES EN VARIOS TIEMPOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
21.8.3.07	RECONSTRUCCIÓN NASAL CON TEJIDO HETERÓLOGO U HOMÓLOGO O DISPOSITIVO	Cubierta
21.8.4.	SEPTORRINOPLASTIAS	Cubierta
Incluye:	<i>TOMA DE INJERTO CONDRAL DEL SEPTUM</i>	
21.8.4.03	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.8.4.04	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA VÍA ABIERTA	Cubierta
21.8.4.05	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL SECUNDARIA VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.8.4.06	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL SECUNDARIA VÍA ABIERTA	Cubierta
21.8.4.07	REVISIÓN DE RINOPLASTIA VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.8.4.08	REVISIÓN DE RINOPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
21.8.5.	RINOPLASTIA DE AUMENTO	No Cubierta
21.8.5.03	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON IMPLANTE SINTÉTICO VÍA TRANSNASAL	No cubierta
21.8.5.04	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON IMPLANTE SINTÉTICO VÍA ABIERTA	No cubierta
21.8.5.05	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO ÓSEO O CONDRAL VÍA TRANSNASAL	No cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
21.8.5.06	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO ÓSEO O CONDRAL VÍA ABIERTA	No cubierta
21.8.6.	PLASTIA DE NARIZ [RINOPLASTIA] LIMITADA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR RINOFIMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
21.8.6.03	RINOPLASTIA LIMITADA VÍA TRANSNASAL	cubierta
21.8.6.04	RINOPLASTIA LIMITADA VÍA ABIERTA	Cubierta
21.8.6.05	RECONSTRUCCIÓN DE VÁLVULA NASAL	Cubierta
21.8.9.	OTRAS REPARACIONES EN LA NARIZ	Cubierta con aclaración
21.8.9.01	REIMPLANTACIÓN DE NARIZ AMPUTADA	Cubierta
21.8.9.05	RINOQUEILOPLASTIA UNILATERAL	Cubierta
21.8.9.06	RINOQUEILOPLASTIA BILATERAL	Cubierta
21.8.9.12	RINOPLASTIA ESTÉTICA VÍA ABIERTA	No Cubierta
21.8.9.13	RINOPLASTIA ESTÉTICA VÍA CERRADA	No Cubierta
21.8.9.14	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA NASAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
21.8.9.15	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA NASAL	Cubierta
21.9.	PROCEDIMIENTOS ENDONASALES	
21.9.0.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES INTRANASALES	Cubierta
21.9.0.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FOSA NASAL VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.9.0.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FOSA NASAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.9.0.03	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FOSA NASAL VÍA ABIERTA	Cubierta
21.9.0.04	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.9.0.05	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VÍA CRANEOFACIAL	Cubierta
21.9.0.06	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VÍA TRANSORBITARIA	Cubierta
21.9.0.07	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR RINOTOMÍA LATERAL	Cubierta
21.9.0.08	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR DESPEGAMIENTO FACIAL VÍA SUBLABIAL	Cubierta
21.9.0.09	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN INTRANASAL	Cubierta
21.9.0.10	ABLACIÓN DE LESIÓN INTRANASAL POR INFILTRACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA CON ESTEROIDES	
21.9.1.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN CAVUM	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO, PAPILOMA INVERTIDO O TUMOR MALIGNO DE CAVUM	
21.9.1.01	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANAS VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.9.1.02	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANAS VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.9.1.03	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COANAS VÍA TRANSPALATINA	Cubierta
21.9.1.04	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE CAVUM VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.9.1.05	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE CAVUM VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.9.1.06	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE CAVUM CON EXTENSIÓN INTRACRANEANA	Cubierta
21.9.1.07	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CAVUM VÍA TRANSPALATINA	Cubierta
21.9.1.08	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CAVUM VÍA TRANSCLIVAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.9.1.09	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CAVUM VÍA TRANSPTERIGOIDEO ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.9.2.	TURBINECTOMÍAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>AQUELLA COMO ACTIVIDAD DE LA TURBINOPLASTIA (21.9.3.)</i>	
21.9.2.01	TURBINECTOMÍA VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.9.2.02	TURBINECTOMÍA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.9.3.	TURBINOPLASTIAS	Cubierta
Incluye:	<i>TURBINECTOMÍA; RESECCIÓN DE CONCHA BULOSA</i>	
21.9.3.02	TURBINOPLASTIA VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.9.3.03	TURBINOPLASTIA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.9.4.	SEPTECTOMÍAS	Cubierta
21.9.4.01	SEPTECTOMÍA VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.9.4.02	SEPTECTOMÍA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.9.5.	SEPTOPLASTIAS	Cubierta
21.9.5.01	SEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL	Cubierta
21.9.5.02	SEPTOPLASTIA PRIMARIA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
21.9.5.03	SEPTOPLASTIA EXTRACORPÓREA	Cubierta
21.9.5.04	SEPTOPLASTIA REVISIONAL TRANSNASAL	Cubierta
21.9.5.05	SEPTOPLASTIA REVISIONAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.9.6.	RECONSTRUCCIÓN ENDONASAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLAS POR LESIONES DE OZENA</i>	
21.9.6.01	RECONSTRUCCIÓN ENDONASAL VÍA TRANSNASAL	Cubierta
21.9.6.02	RECONSTRUCCIÓN ENDONASAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
21.9.6.03	RECONSTRUCCIÓN ENDONASAL VÍA ABIERTA	Cubierta
21.9.6.04	CIERRE DE PERFORACIÓN SEPTAL	Cubierta
22.	PROCEDIMIENTOS EN SENOS PARANASALES	
22.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN SENOS PARANASALES	
22.1.1.	BIOPSIA DE SENO PARANASAL	Cubierta
Incluye:	<i>TOMA DE MUESTRA DE SECRECIÓN DE SENO PARANASAL</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
22.1.1.01	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VÍA OROANTRAL	Cubierta
22.1.1.02	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.1.1.03	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.1.4.	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA EN SENOS PARANASALES	Cubierta
22.1.4.01	NASOSINUSCOPIA	Cubierta
22.1.4.02	ANTROSCOPIA	Cubierta
22.2.	ANTROTOMÍA INTRANASAL	
22.2.1.	ANTROTOMÍA MAXILAR	Cubierta
22.2.1.04	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO INFERIOR VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.2.1.05	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO INFERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.2.1.06	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.2.1.07	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.2.1.08	ASPIRACIÓN O LAVADO O DRENAJE DE SENO MAXILAR VÍA OROANTRAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
22.2.1.09	ASPIRACIÓN O LAVADO O DRENAJE DE SENO MAXILAR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.3.	ANTROTOMÍA MAXILAR EXTERNA	
Simultáneo:	BIOPSIA DE SENO PARANASAL (22.1.1.)	
22.3.1.	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL	Cubierta
22.3.1.01	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VÍA OROANTRAL	Cubierta
22.3.1.02	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.3.1.03	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.3.1.04	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
22.3.9.	OTRA ANTROTOMÍA MAXILAR EXTERNA	Cubierta
22.3.9.01	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.3.9.02	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VÍA OROANTRAL	Cubierta
22.3.9.03	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.4.	SINUSOTOMÍAS Y SINUSECTOMÍAS FRONTALES	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
22.4.1.	SINUSOTOMÍAS FRONTALES	Cubierta
22.4.1.01	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.4.1.02	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.4.1.03	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA CORONAL CON COLGAJO OSTEOPLÁSTICO	Cubierta
22.4.1.04	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA CORONAL CON FRONTOTOMIA RADICAL	Cubierta
22.4.1.05	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA CORONAL CON CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL	Cubierta
22.4.1.06	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA CILIAR CON TREPANACIÓN OBLITERATIVA, SIN COLGAJO OSTEOPLÁSTICO	Cubierta
22.4.1.07	SINUSOTOMÍA FRONTAL VÍA CILIAR CON TREPANACIÓN OBLITERATIVA, CON COLGAJO OSTEOPLÁSTICO	Cubierta
22.4.1.08	SINUSOTOMÍA FRONTAL BILATERAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.4.2.	SINUSECTOMÍAS FRONTALES O ETMOIDALES	Cubierta
22.4.2.03	RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.4.2.04	RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.4.2.05	SINUSECTOMÍA FRONTAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
22.4.2.06	SINUSECTOMÍA FRONTAL VÍA ABIERTA	cubierta
22.5.	OTRA SINUSOTOMÍA PARANASAL	
22.5.0.	SINUSOTOMÍAS REVISIONALES	Cubierta
22.5.0.01	ANTROSTOMÍA MAXILAR REVISIONAL	Cubierta
22.5.0.02	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR REVISIONAL	Cubierta
22.5.0.03	ETMOIDECTOMÍA POSTERIOR REVISIONAL	Cubierta
22.5.0.04	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR Y POSTERIOR REVISIONAL	Cubierta
22.5.0.05	SINUSOTOMÍA FRONTAL REVISIONAL	Cubierta
22.5.0.06	ESFENOIDECTOMÍA REVISIONAL	Cubierta
22.5.3.	INCISIÓN DE MÚLTIPLES SENOS PARANASALES	Cubierta
Incluye:	<i>INCISIÓN EN TRES O MÁS SENOS PARANASALES</i>	
22.5.3.01	INCISIÓN DE MÚLTIPLES SENOS PARANASALES VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.5.3.02	INCISIÓN DE MÚLTIPLES SENOS PARANASALES VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
22.6.	OTRA SINUSECTOMÍA (ESCISIÓN DE LESIÓN) PARANASAL	
22.6.0.	SINUSECTOMÍA DE OTROS SENOS PARASANALES	Cubierta
Excluye:	<i>BIOPSIA DE SENO PARANASAL (22.1.1.)</i>	
22.6.0.01	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE SENO PARANASAL VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
Simultáneo:	<i>EXCENTERACION DE ÓRBITA (16.5.)</i>	
22.6.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR	Cubierta
22.6.1.01	ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR VÍA OROANTRAL	Cubierta
22.6.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR CON OTRO ABORDAJE	Cubierta
Incluye:	<i>ELEVACIÓN DEL PISO DEL SENO MAXILAR</i>	
22.6.2.03	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA EN SENO MAXILAR VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.6.2.04	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA EN SENO MAXILAR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.6.2.05	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA EN SENO MAXILAR VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.6.2.06	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA EN SENO MAXILAR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
22.6.2.07	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA EN SENO MAXILAR CON MAXILECTOMÍA MEDIA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.6.2.08	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA EN SENO MAXILAR VÍA ABIERTA	Cubierta
22.6.3.	ESCISIÓN DE CÉLULAS ETMOIDALES O RESECCIÓN HUESO ETMOIDES [ETMOIDECTOMÍA]	Cubierta
Incluye:	ETMOIDOTOMÍA	
22.6.3.01	FRONTO ETMOIDECTOMIA EXTERNA	Cubierta
22.6.3.02	ETMOIDECTOMÍA EXTERNA	Cubierta
22.6.3.03	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR TRANSNASAL	Cubierta
22.6.3.04	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.6.3.05	ETMOIDECTOMÍA ANTERIOR Y POSTERIOR VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.6.3.07	MAXILOETMOIDECTOMÍA VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.6.3.09	MAXILOETMOIDECTOMÍA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.6.4.	ESFENOIDECTOMÍA	Cubierta
Incluye:	ESFENOIDOTOMÍA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
22.6.4.03	ESFENOIDECTOMÍA VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.6.4.04	ESFENOIDECTOMÍA VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.6.4.05	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.6.4.06	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.7.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN SENOS PARANASALES	
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO	
22.7.0.	CURACIÓN DE SENOS PARANASALES	Cubierta
22.7.0.01	CURACIÓN DE SENOS PARANASALES VÍA TRANSNASAL	Cubierta
22.7.0.02	CURACIÓN DE SENOS PARANASALES VÍA TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
22.7.1.	CIERRE DE FÍSTULA EN SENO MAXILAR	Cubierta
22.7.1.01	CIERRE DE FÍSTULA OROANTRAL	Cubierta
22.7.1.02	CIERRE DE FÍSTULA DE SENO MAXILAR	Cubierta
22.7.2.	PLASTIAS DE SENOS PARANASALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>DILATACIÓN DE SENO PARANASAL. DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
22.7.2.01	SINUPLASTIA FRONTAL	Cubierta
22.7.2.02	SINUPLASTIA ETMOIDAL	Cubierta
22.7.2.03	SINUPLASTIA ESFENOIDAL	Cubierta
22.7.2.04	SINUPLASTIA MAXILAR	Cubierta
22.7.9.	OTRAS REPARACIONES DE SENOS PARANASALES	No Cubierta
22.7.9.01	RECONSTRUCCIÓN DE CONDUCTO FRONTAL NASAL	No Cubierta
22.8.	PROCEDIMIENTOS EN TROMPA DE EUSTAQUIO	
22.8.0.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN TROMPA DE EUSTAQUIO	No cubierta
22.8.0.01	EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	No cubierta
22.8.0.02	EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO POR ESTROBOSCOPIA	No cubierta
22.8.1.	CIERRE O DILATACIÓN DE TROMPA DE EUSTAQUIO	No cubierta
22.8.1.01	DILATACIÓN DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSNASAL VÍA ENDOSCÓPICA	No cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
22.8.1.02	DILATACIÓN DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSTIMPÁNICA VÍA ENDOSCÓPICA	No cubierta
22.8.1.03	CIERRE DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON INJERTO O DISPOSITIVO TRANSNASAL VÍA ENDOSCÓPICA	No cubierta
22.8.1.04	CIERRE DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON INJERTO O DISPOSITIVO TRANSTIMPÁNICA VÍA ENDOSCÓPICA	No cubierta
23.	PROCEDIMIENTOS EN DIENTES	
23.0.	EXODONCIA SIMPLE	
23.0.1.	EXODONCIAS DE DIENTES PERMANENTES	Cubierta
23.0.1.01	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	Cubierta
23.0.1.02	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	Cubierta
23.0.1.03	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	Cubierta
23.0.2.	EXODONCIAS DE DIENTES TEMPORALES	Cubierta
23.0.2.01	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	Cubierta
23.0.2.02	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	Cubierta
23.0.2.03	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
23.1.	EXODONCIA QUIRÚRGICA [EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTES]	
23.1.1.	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR	Cubierta
23.1.1.00	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	Cubierta
23.1.2.	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR	Cubierta
23.1.2.00	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	Cubierta
23.1.3.	EXODONCIAS DE DIENTES INCLUIDOS	Cubierta
23.1.3.01	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	Cubierta
23.1.3.02	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	Cubierta
23.1.3.03	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	Cubierta
23.1.4.	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA	Cubierta
23.1.4.00	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	Cubierta
23.1.5.	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA)	Cubierta
23.1.5.00	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
23.2.	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE OBTURACIONES (OPERATORIA DENTAL)	
23.2.1.	OBTURACIONES DENTALES	Cubierta
23.2.1.01	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	Cubierta
23.2.1.02	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	Cubierta
23.2.1.03	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	Cubierta
23.2.1.04	OBTURACIÓN DENTAL	Cubierta
23.2.2.	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE	Cubierta
23.2.2.00	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	Cubierta
23.2.3.	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO	Cubierta
23.2.3.00	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	Cubierta
23.2.4.	RECONSTRUCCIONES DENTALES	Cubierta
23.2.4.01	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	Cubierta
23.2.4.02	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
23.2.4.03	RECONSTRUCCIÓN DENTAL	Cubierta
23.3.	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIONES (OPERATORIA DENTAL)	
23.3.1.	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA	No Cubierta
23.3.1.00	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD	No Cubierta
23.3.2.	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA	No Cubierta
23.3.2.00	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA SOD	No Cubierta
23.4.	INSERCIÓN DE CORONAS Y PRÓTESIS	
23.4.1.	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	No Cubierta
23.4.1.01	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	No Cubierta
23.4.1.02	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	No Cubierta
23.4.1.03	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	No Cubierta
23.4.1.04	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	No Cubierta
23.4.1.05	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
23.4.2.	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA	No Cubierta
23.4.2.01	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	No Cubierta
23.4.2.02	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	No Cubierta
23.4.2.03	PATRÓN DE NÚCLEO	No Cubierta
23.4.2.04	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	No Cubierta
23.4.3.	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	No Cubierta
23.4.3.01	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	No Cubierta
23.4.3.02	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	No Cubierta
23.4.3.03	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	No Cubierta
23.4.4.	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL	Cubierta
23.4.4.01	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR	Cubierta
Incluye:	PRÓTESIS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
23.4.4.02	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR	Cubierta
Incluye:	PRÓTESIS	
23.5.	IMPLANTE DE DIENTE	
23.5.1.	REIMPLANTE DE DIENTE	Cubierta
Incluye:	AQUELLA COLOCACIÓN DEL DIENTE EXFOLIADO (POR CAUSA EXTERNA) EN EL MISMO SITIO	
23.5.1.00	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	Cubierta
23.5.2.	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL)	No Cubierta
23.5.2.00	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	No Cubierta
23.6.	IMPLANTE DENTAL PROTÉSICO	
23.6.1.	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO	No Cubierta
23.6.1.00	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	No Cubierta
23.6.2.	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO	No Cubierta
23.6.2.00	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
23.6.3.	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN)	No Cubierta
23.6.3.00	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD	No Cubierta
23.7.	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR Y PROCEDIMIENTOS ENDODÓNTICOS	
23.7.1.	PULPOTOMÍAS	Cubierta
23.7.1.01	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA	Cubierta
23.7.1.02	PULPOTOMÍA	Cubierta
23.7.2.	APEXIFICACIÓN	Cubierta
23.7.2.00	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD	Cubierta
23.7.3.	TERAPIAS DE CONDUCTOS RADICULARES	Cubierta
23.7.3.01	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	Cubierta
23.7.3.02	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	Cubierta
23.7.3.03	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	Cubierta
23.7.3.04	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
23.7.3.05	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	Cubierta
23.7.3.06	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	Cubierta
23.7.4.	PROCEDIMIENTOS PERIRRADICULARES	No Cubierta
23.7.4.01	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	No Cubierta
23.7.5.	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS	Cubierta con aclaración
23.7.5.01	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	No Cubierta
23.7.5.02	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	Cubierta
23.7.6.	FISTULIZACIONES ENDODÓNTICAS	Cubierta
23.7.6.01	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	Cubierta
23.7.6.02	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	Cubierta
23.7.6.03	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	Cubierta
23.7.7.	RADECTOMIAS (AMPUTACIÓN RADICULAR)	Cubierta
23.7.7.01	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
23.7.7.02	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	Cubierta
23.7.7.03	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	Cubierta
23.7.8.	HEMISECCIÓN DEL DIENTE	Cubierta
23.7.8.00	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD	Cubierta
23.7.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS DENTALES	Cubierta con aclaración
23.7.9.01	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	No Cubierta
23.7.9.02	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIOS DENTARIOS INFERIORES	Cubierta
24.	PROCEDIMIENTOS EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVÉOLOS [TERAPIA PERIODONTAL]	
24.0.	INCISIÓN DE ENCÍA O HUESO ALVEOLAR	
24.0.2.	DETARTRAJE SUBGINGIVAL	No Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL DETARTRAJE QUIRÚRGICO SUPRAGINGIVAL Y SUBGINGIVAL</i>	
24.0.2.00	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	No Cubierta
24.0.3.	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
24.0.3.00	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	Cubierta
24.0.4.	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL	Cubierta
24.0.4.00	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	Cubierta
24.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN DIENTES, ENCIAS Y ALVÉOLOS	
24.1.1.	BIOPSIAS EN ENCÍAS	Cubierta
24.1.1.01	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	Cubierta
24.1.1.02	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	Cubierta
24.1.1.03	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	Cubierta
24.1.1.04	BIOPSIA DE ENCÍA	Cubierta
24.1.2.	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR	Cubierta
24.1.2.00	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	Cubierta
24.2.	REPARACIÓN Y PLASTIA PERIODONTAL [CIRUGÍA PERIODONTAL]	
24.2.1.	PLASTIAS MUCOGINGIVALES	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
24.2.1.01	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	No Cubierta
24.2.1.02	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	No Cubierta
24.2.1.03	PLASTIA MUCOGINGIVAL	No Cubierta
24.2.2.	OTRAS REPARACIONES O PLASTIAS PERIODONTALES	Cubierta con aclaración
24.2.2.01	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	No Cubierta
24.2.2.02	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)	Cubierta
24.2.2.04	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	No Cubierta
24.2.2.05	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	No Cubierta
24.2.3.	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA)	No Cubierta
24.2.3.00	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD	No Cubierta
24.2.4.	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS)	No Cubierta
24.2.4.00	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	No Cubierta
24.3.	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE ENCÍA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
24.3.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	Cubierta
24.3.1.01	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	Cubierta
24.3.1.02	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	Cubierta
24.3.1.03	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	Cubierta
24.3.1.04	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	Cubierta
24.3.1.05	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	Cubierta
24.3.1.06	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	Cubierta
24.3.1.07	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	Cubierta
24.3.1.08	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	Cubierta
24.3.1.09	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
24.3.1.10	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	Cubierta
24.3.2.	SUTURA DE LACERACIÓN EN ENCÍA	Cubierta
24.3.2.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	Cubierta
24.3.2.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	Cubierta
24.3.2.03	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	Cubierta
24.3.3.	ENUCLEACIÓN DE QUISTES EPIDERMÓIDES	Cubierta
24.3.3.01	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMÓIDE, VÍA INTRAORAL	Cubierta
24.3.3.02	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMÓIDE, VÍA EXTRAORAL	Cubierta
24.3.3.03	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMÓIDE	Cubierta
24.3.4.	GINGIVECTOMIA	No Cubierta
24.3.4.00	GINGIVECTOMIA SOD	No Cubierta
24.3.5.	OPERCULECTOMÍAS	Cubierta
24.3.5.01	CUÑA DISTAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
24.3.5.02	OPERCULECTOMÍA	Cubierta
24.4.	ESCISIÓN DE LESIÓN MAXILAR DE ORIGEN DENTARIO	
24.4.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN ODONTOGENICA	Cubierta
24.4.1.01	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	Cubierta
24.4.1.02	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	Cubierta
24.4.1.03	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO	Cubierta
24.4.1.04	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	Cubierta
24.4.1.05	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	Cubierta
24.4.1.06	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	Cubierta
24.4.1.07	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	Cubierta
24.4.1.08	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	Cubierta
24.4.1.09	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
24.5.	ALVEOLOPLASTIA	
24.5.1.	REGULARIZACIÓN DE REBORDES	No Cubierta
24.5.1.00	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	No Cubierta
24.5.2.	ALVEOLECTOMÍA	Cubierta
Incluye:	<i>INTERRADICULAR, INTRASEPTAL, RADICAL, SIMPLE, CON INJERTO O IMPLANTE</i>	
24.5.2.00	ALVEOLECTOMÍA SOD	Cubierta
24.7.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO ORTODÓNTICO (ORTODONCIA Y ORTOPEDIA)	
Incluye:	<i>ESTUDIO COMPLETO</i>	
24.7.1.	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA	No Cubierta
24.7.1.00	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD	No Cubierta
24.7.2.	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE PARA ORTODONCIA	No Cubierta
24.7.2.01	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	No Cubierta
24.7.2.02	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
24.7.3.	COLOCACIÓN DE APARATOS DE RETENCIÓN	No Cubierta
24.7.3.00	COLOCACIÓN DE APARATOS DE RETENCIÓN SOD	No Cubierta
24.7.4.	FERULIZACIONES	Cubierta
24.7.4.01	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	Cubierta
24.7.4.02	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	Cubierta
24.7.4.03	FERULIZACIÓN	Cubierta
24.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS ORTODÓNTICOS	
24.8.1.	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL)	No Cubierta
24.8.1.00	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	No Cubierta
24.8.2.	AJUSTAMIENTO OCLUSAL	No Cubierta
Incluye:	TALLADO SELECTIVO	
24.8.2.00	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	No Cubierta
24.8.4.	REPARACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA O REMOVIBLE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
24.8.4.00	REPARACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA O REMOVIBLE SOD	Cubierta
24.8.8.	MÁSCARA FACIAL TERAPÉUTICA	No Cubierta
24.8.8.00	MÁSCARA FACIAL TERAPÉUTICA SOD	No Cubierta
24.9.	CONTROL DE HEMORRAGIA DE ORIGEN DENTAL	
24.9.1.	CONTROL DE HEMORRAGIA DE ORIGEN DENTAL POS QUIRÚRGICA	Cubierta
24.9.1.00	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD	Cubierta
25.	PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN LENGUA	
Simultáneo:	<i>CUALQUIER VACIAMIENTO LINFÁTICO DE CUELLO (40.4.); TRAQUEOSTOMÍA (31.1.)</i>	
25.0.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LENGUA	
25.0.0.	BIOPSIA DE LENGUA	Cubierta
25.0.0.01	BIOPSIA CERRADA (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN) DE LENGUA	Cubierta
25.0.0.02	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)	Cubierta
25.2.	GLOSECTOMÍAS PARCIALES	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
25.2.0.	GLOSECTOMÍA PARCIAL	Cubierta
25.2.0.01	RESECCIÓN DE LENGUA EN CUÑA	Cubierta
25.2.0.02	RESECCIÓN O ABLACIÓN PARCIAL DE LENGUA	Cubierta
25.2.5.	HEMIGLOSECTOMÍA	Cubierta
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO	
25.2.5.01	HEMIGLOSECTOMÍA CON CIERRE PRIMARIO	Cubierta
25.2.5.06	HEMIGLOSECTOMÍA CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA VÍA ABIERTA	Cubierta
25.2.5.07	HEMIGLOSECTOMÍA CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
25.2.5.08	HEMIGLOSECTOMÍA CON RESECCIÓN ÓSEA VÍA ABIERTA	Cubierta
25.2.5.09	HEMIGLOSECTOMÍA CON RESECCIÓN ÓSEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
25.3.	GLOSECTOMÍAS TOTALES	
25.3.4.	GLOSECTOMÍA TOTAL	Cubierta
25.3.4.01	GLOSECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
25.3.4.02	GLOSECTOMÍA TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
25.4.	GLOSECTOMÍA RADICAL	
Simultáneo:	<i>CUALQUIER ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL (40.3.) O CERVICAL (40.4.)</i>	
25.4.0.	GLOSECTOMÍA RADICAL (ONCOLÓGICA)	Cubierta
25.4.0.01	GLOSECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
25.4.0.02	GLOSECTOMÍA RADICAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
25.5.	REPARACIÓN DE LENGUA Y GLOSOPLASTIA	
25.5.0.	REPARACIONES Y PROCEDIMIENTOS EN LENGUA	Cubierta
25.5.0.01	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTÁNEO O MUCOSO	Cubierta
25.5.0.02	GLOSOPEXIA ANTERIOR	Cubierta
25.5.0.03	GLOSOPEXIA POSTERIOR VÍA ABIERTA	Cubierta
25.5.0.04	GLOSOPEXIA POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
25.5.0.06	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS (LENGUA EN ANQUILOGLOSIA)	
25.5.0.07	DRENAJE DE COLECCIÓN EN LENGUA	Cubierta
25.5.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA)	Cubierta
25.5.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VÍA ABIERTA	Cubierta
26.	PROCEDIMIENTOS EN GLÁNDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES	
Incluye:	GLÁNDULA Y CONDUCTOS PAROTIDEOS, SALIVALES MENORES, SUBLINGUALES, SUBMAXILARES	
Simultáneo:	CUALQUIER VACIAMIENTO LINFÁTICO DE CUELLO (40.4.)	
26.0.	INCISIÓN DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL	
26.0.1.	SIALOLITOTOMÍA	Cubierta
26.0.1.01	SIALOLITOTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
26.0.2.	EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL	Cubierta
26.0.2.01	EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ABIERTA	Cubierta
26.0.2.02	EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
26.0.2.03	CATETERIZACIÓN Y SIALOMETRÍA	Cubierta
26.0.3.	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL	Cubierta
26.0.3.01	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ABIERTA	Cubierta
26.0.3.02	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
26.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN GLÁNDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES	
26.1.0.	BIOPSIA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL	Cubierta
26.1.0.01	BIOPSIA CERRADA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA O TRUCUT)	Cubierta
26.1.0.02	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	Cubierta
26.1.0.03	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA SALIVAL MAYOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	Cubierta
26.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL	
26.2.0.	RESECCIÓN DE LESIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL	Cubierta
26.2.0.01	MARSUPIALIZACIÓN DE LA RÁNULA	Cubierta
26.2.0.02	RESECCIÓN DE MUOCOCELE DE GLÁNDULA SALIVAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
26.3.	SIALOADENECTOMÍA	
26.3.1.	SIALOADENECTOMÍAS PARCIALES	Cubierta
26.3.1.01	PAROTIDECTOMÍA DEL LÓBULO SUPERFICIAL	Cubierta
26.3.1.02	SIALOADENECTOMÍA PARCIAL	Cubierta
26.3.2.	SIALOADENECTOMÍAS TOTALES	Cubierta
26.3.2.01	PAROTIDECTOMÍA TOTAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR RECIDIVA TUMORAL, ENTRE OTRAS</i>	
26.3.2.03	SIALOADENECTOMÍA DE GLÁNDULA SUBLINGUAL	Cubierta
26.3.2.04	SIALOADENECTOMIA DE GLÁNDULA SUBMAXILAR (SUBMANDIBULAR)	Cubierta
26.3.2.06	SIALOADENECTOMIA DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES	Cubierta
26.3.2.08	REINTERVENCIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL MAYOR	Cubierta
26.4.	REPARACIÓN DE GLÁNDULAS O CONDUCTOS SALIVALES	
26.4.0.	REPARACIÓN O CIERRE O PLASTIA DE GLÁNDULAS O CONDUCTOS SALIVALES O FÍSTULA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
26.4.0.01	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL CON INJERTO VÍA ABIERTA	Cubierta
26.4.0.02	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL CON INJERTO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
26.4.0.03	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL SIN INJERTO VÍA ABIERTA	Cubierta
26.4.0.04	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL SIN INJERTO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
26.4.0.05	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) CON INJERTO	Cubierta
26.4.0.06	FISTULIZACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL	Cubierta
26.4.0.07	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) VÍA ABIERTA	Cubierta
26.4.0.08	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
27.	PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN BOCA Y CARA	
Incluye:	<i>LABIOS, PALADAR, TEJIDOS BLANDOS DE CARA Y BOCA,</i>	
27.0.	DRENAJE DE CARA Y PISO DE LA BOCA	
27.0.1.	INCISIONES Y DRENAJES EN CAVIDAD BUCAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
27.0.1.01	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	Cubierta
27.0.1.02	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	Cubierta
27.0.1.03	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	Cubierta
27.1.	INCISIÓN DE PALADAR	
27.1.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
27.1.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR VÍA ABIERTA	Cubierta
27.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CAVIDAD ORAL	
27.2.1.	BIOPSIA DE PALADAR BLANDO	Cubierta
27.2.1.01	BIOPSIA DE ÚVULA	Cubierta
27.2.1.02	BIOPSIA INCISIONAL DE PALADAR	Cubierta
27.2.1.03	BIOPSIA ESCISIONAL DE PALADAR	Cubierta
27.2.3.	BIOPSIA EN LABIO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
27.2.3.01	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO	Cubierta
27.2.3.02	BIOPSIA ESCISIONAL DE LABIO	Cubierta
27.2.4.	BIOPSIA DE CAVIDAD ORAL	Cubierta
27.2.4.01	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN CAVIDAD ORAL [BACAF]	Cubierta
27.2.4.02	BIOPSIA DE PARED DE CAVIDAD BUCAL	Cubierta
27.3.	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PALADAR	
Incluye:	<i>AQUELLA POR ADENOMA, LESIONES SUPERFICIALES EXTENSAS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
27.3.1.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL EN PALADAR ÓSEO	Cubierta
27.3.1.05	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL DE PALADAR ÓSEO	Cubierta
27.3.2.	ESCISIÓN AMPLIA DE LESIÓN EN PALADAR ÓSEO	Cubierta
27.3.2.01	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN PROFUNDA DE PALADAR ÓSEO	Cubierta
27.3.2.02	RESECCIÓN EN BLOQUE DE APÓFISIS ALVEOLAR Y PALADAR ÓSEO	Cubierta
27.3.2.03	PALATECTOMÍA DE PALADAR ÓSEO PARCIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
27.3.2.04	PALATECTOMÍA DE PALADAR ÓSEO TOTAL	Cubierta
27.3.3.	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN EN PALADAR BLANDO	Cubierta
27.3.3.01	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL DE PALADAR BLANDO	Cubierta
27.3.4.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN PROFUNDA EN PALADAR BLANDO	Cubierta
27.3.4.01	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN PROFUNDA DE PALADAR BLANDO	Cubierta
27.3.4.02	PALATECTOMÍA DE PALADAR BLANDO PARCIAL	Cubierta
27.3.4.03	PALATECTOMÍA DE PALADAR BLANDO TOTAL	Cubierta
27.4.	ESCISIÓN DE OTRAS PARTES DE LA BOCA	
27.4.1.	FRENILLECTOMIA LABIAL	Cubierta
27.4.1.01	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
27.4.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE LABIO	Cubierta
27.4.2.01	RESECCIÓN PARCIAL DE LABIO	Cubierta
27.4.2.02	RESECCIÓN PARCIAL DE LABIO CON ROTACIÓN DE COLGAJO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
27.4.2.03	RESECCIÓN TOTAL DE LABIO	Cubierta
27.4.3.	ESCISIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL	Cubierta
27.4.3.01	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, HASTA DE DOS CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	Cubierta
27.4.3.02	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, MAYOR DE DOS CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	Cubierta
27.4.3.03	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL	Cubierta
27.4.3.04	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL, CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA	Cubierta
27.4.3.05	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL	Cubierta
27.4.4.	RESECCIÓN DE FOSETAS LABIALES	Cubierta
27.4.4.00	RESECCIÓN DE FOSETAS LABIALES SOD	Cubierta
27.4.9.	OTRA ESCISIÓN DE BOCA	Cubierta
27.4.9.01	REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	Cubierta
27.4.9.02	RESECCIÓN DE BRIDAS INTRAORALES	Cubierta
27.5.	REPARACIÓN PLÁSTICA DE BOCA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>PALATOPLASTIA (27.6.)</i>	
27.5.1.	SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIO	Cubierta
27.5.1.01	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTÍMETROS	Cubierta
27.5.1.02	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) EN LABIOS DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	Cubierta
27.5.1.03	SUTURA O PLASTIA EN AVULSIÓN DE LABIOS	Cubierta
27.5.1.04	SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIOS	Cubierta
27.5.2.	SUTURA DE LACERACIÓN EN OTRA PARTE DE LA BOCA	Cubierta
27.5.2.01	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTÍMETROS	Cubierta
27.5.2.02	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	Cubierta
27.5.2.03	SUTURA DE LACERACIÓN DE OTRA PARTE DE LA BOCA	Cubierta
27.5.3.	CIERRE DE FÍSTULA DE BOCA	Cubierta
27.5.3.01	RESECCIÓN INTRAORAL DE FÍSTULA DE BOCA	Cubierta
27.5.3.02	RESECCIÓN EXTRAORAL DE FÍSTULA DE BOCA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
27.5.3.03	CIERRE DE FÍSTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	Cubierta
27.5.3.04	CIERRE DE FÍSTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMÍA, CON O SIN REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	Cubierta
27.5.3.05	ALARGAMIENTO DE PALADAR CON COLGAJO EN ISLA	Cubierta
27.5.4.	REPARACIÓN EN LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA)	Cubierta
27.5.4.01	CORRECCIÓN PARCIAL DE LABIO FISURADO POR ADHESION	Cubierta
27.5.4.02	CORRECCIÓN PRIMARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL	Cubierta
27.5.4.03	CORRECCIÓN SECUNDARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL	Cubierta
27.5.4.04	CORRECCION DE LABIO FISURADO BILATERAL	Cubierta
27.5.4.05	REPARACIÓN DE LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA)	Cubierta
27.5.5.	INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL	Cubierta
27.5.5.00	INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL SOD	Cubierta
27.5.6.	OTRO INJERTO DE PIEL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL	Cubierta
27.5.6.01	LIPOINJERTO EN CARA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
27.5.7.	UNIÓN DE PEDÍCULO O DE COLGAJO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL	Cubierta
27.5.7.01	INJERTO DE PIEL EN LABIOS CON ADHESIÓN DE COLGAJO PEDICULADO	Cubierta
27.5.8.	PROFUNDIZACIÓN EN PISO DE BOCA	Cubierta
27.5.8.01	PROFUNDIZACIÓN O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCIÓN DE MILOHIODEO O GENIHIODEO	Cubierta
27.5.8.02	PROFUNDIZACIÓN DE PISO DE BOCA	Cubierta
27.5.9.	PROFUNDIZACIÓN EN SURCO VESTIBULAR	Cubierta
27.5.9.01	PROFUNDIZACIÓN DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO MUCOSO	Cubierta
27.5.9.02	PROFUNDIZACIÓN DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTÁNEO	Cubierta
27.5.9.03	PROFUNDIZACIÓN DE SURCO VESTIBULAR	Cubierta
27.6.	PALATOPLASTIA	
27.6.1.	SUTURA DE LACERACIÓN EN PALADAR	Cubierta
27.6.1.01	PALATORRAFIA EN Z [FURLOW]	Cubierta
27.6.1.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE PALADAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
27.6.2.	CORRECCIÓN EN PALADAR	Cubierta
27.6.2.01	CORRECCIÓN DE HENDIDURA ALVEOLOPALATINA	Cubierta
27.6.2.02	CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR CON INJERTO	Cubierta
27.6.2.03	CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR SIN INJERTO	Cubierta
27.6.2.04	RECONSTRUCCIÓN DE BÓVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS	Cubierta
27.6.2.05	CORRECCIÓN DE FISURA PALATINA, CON COLGAJO VOMERIANO	Cubierta
27.6.2.06	INJERTO ÓSEO DE PALADAR O ALVEOLAR	Cubierta
27.6.2.07	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA	Cubierta
27.6.2.09	CORRECCIÓN DE PALADAR FISURADO	Cubierta
27.6.2.10	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA POR ABLACIÓN	Cubierta
27.6.2.11	PALATOPLASTIA POR ABLACIÓN	Cubierta
27.6.2.12	PALATOPLASTIA CON COLGAJO UVULO-PALATAL	Cubierta
27.6.3.	REVISIÓN DE REPARACIÓN DE PALADAR FISURADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
27.6.3.01	REVISIÓN DE REPARACIÓN DEL PALADAR FISURADO	Cubierta
27.7.	PROCEDIMIENTOS EN ÚVULA	
27.7.1.	INCISIÓN DE ÚVULA	Cubierta
27.7.1.01	INCISIÓN DE LA ÚVULA	Cubierta
27.7.2.	RESECCIÓN DE ÚVULA	Cubierta
27.7.2.01	RESECCIÓN PARCIAL DE ÚVULA	Cubierta
27.7.2.02	RESECCIÓN TOTAL DE ÚVULA	Cubierta
27.7.2.03	RESECCIÓN DE ÚVULA POR ABLACIÓN	Cubierta
27.7.3.	REPARACIÓN DE ÚVULA	Cubierta
27.7.3.01	UVULORRAFIA	Cubierta
27.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN BOCA Y CARA	
27.8.2.	INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECÍFICA	Cubierta
27.8.2.00	INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECÍFICA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
27.8.3.	OTRAS PLASTIAS EN CAVIDAD BUCAL	Cubierta
27.8.3.01	CIERRE VELOFARÍNGEO CON COLGAJO FARINGEO	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR INCOMPETENCIA VELOFARÍNGEA</i>	
27.8.4.	CORRECCIÓN DE MACRO O MICROSTOMA	Cubierta
27.8.4.01	CORRECCIÓN DE MACROSTOMA	Cubierta
27.8.4.02	CORRECCIÓN DE MICROSTOMA	Cubierta
28.	PROCEDIMIENTOS EN AMÍGDALAS Y ADENOIDES	
28.0.	INCISIÓN Y DRENAJE DE AMÍGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES	
28.0.0.	DRENAJE EN AMÍGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMÍGDALARES	Cubierta
28.0.0.01	DRENAJE EN AMÍGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMÍGDALARES VÍA TRANSORAL	Cubierta
28.0.0.02	DRENAJE EN AMÍGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMÍGDALARES VÍA TRANSCERVICAL	Cubierta
28.2.	AMIGDALECTOMÍAS	
28.2.1.	AMIGDALECTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN AMÍGDALAS POR INCISIÓN	
28.2.1.01	AMIGDALECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
28.4.	ESCISIÓN DE RESTO AMIGDALINO	
28.4.1.	RESECCIONES DE RESTOS ADENOAMIGDALINOS	Cubierta
28.4.1.01	RESECCIÓN DE RESTOS ADENOAMIGDALINOS	Cubierta
28.5.	ESCISIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL	
28.5.1.	RESECCIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL, BANDAS FARÍNGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA	Cubierta
28.5.1.03	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL, BANDAS FARÍNGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA VÍA ABIERTA	Cubierta
28.5.1.04	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL, BANDAS FARÍNGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
28.6.	ADENOIDECTOMÍAS	
28.6.1.	ADENOIDECTOMÍA	Cubierta
28.6.1.01	ADENOIDECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
28.6.1.02	ADENOIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
28.7.	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA	
28.7.1.	REVISIÓN Y CONTROL POR HEMORRAGIA POS ADENOAMIGDALECTOMÍA	Cubierta
28.7.1.01	CONTROL DE HEMORRAGIA POS AMIGDALECTOMÍA	Cubierta
28.7.1.02	CONTROL DE HEMORRAGIA POS ADENOIDECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
28.7.1.03	CONTROL DE HEMORRAGIA POS ADENOIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
28.9.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN AMÍGDALAS Y ADENOIDES	
28.9.1.	BIOPSIA DE AMÍGDALA O ADENOIDE	Cubierta
28.9.1.01	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE AMÍGDALAS Y ADENOIDES	Cubierta
28.9.1.02	BIOPSIA DE AMÍGDALAS O VEGETACIONES ADENOIDES	Cubierta
28.9.1.03	BIOPSIA DE ADENOIDES VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
29.	PROCEDIMIENTOS EN FARINGE	
Incluye:	NASOFARINGE, OROFARINGE, HIPOFARINGE	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
29.0.	FARINGOTOMÍA	
Excluye:	<i>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE (98.1.3.); INCISIÓN Y DRENAJE DE AMÍGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMÍGDALARES (28.0.)</i>	
29.0.0.	EXPLORACIÓN DE ÁREA FARÍNGEA E HIPOFARÍNGEA	Cubierta
29.0.0.01	EXPLORACIÓN DE ÁREA FARÍNGEA E HIPOFARÍNGEA VÍA ABIERTA	Cubierta
29.0.2.	FARINGOSTOMÍA	Cubierta
29.0.2.01	FARINGOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
29.0.3.	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS ENCLAVADOS EN FARINGE	Cubierta
29.0.3.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE VÍA ABIERTA	Cubierta
29.0.3.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
29.0.4.	DRENAJE DE FARINGE	Cubierta
29.0.4.01	DRENAJE DE FARINGE VÍA ABIERTA	Cubierta
29.0.4.02	DRENAJE DE FARINGE VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
29.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN FARINGE	
29.1.1.	FARINGOSCOPIA	Cubierta
29.1.1.01	FARINGOSCOPIA DIAGNÓSTICA	Cubierta
29.1.2.	BIOPSIAS EN FARINGE	Cubierta
29.1.2.03	BIOPSIA DE NASOFARINGE	Cubierta
29.1.2.04	BIOPSIA DE OROFARINGE	Cubierta
29.1.2.05	BIOPSIA DE HIPOFARINGE	Cubierta
29.3.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE FARINGE	
29.3.1.	MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA	Cubierta
29.3.1.01	MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA VÍA ABIERTA	Cubierta
29.3.1.02	MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
29.3.3.	RESECCIÓN PARCIAL DE FARINGE [FARINGECTOMÍA]	Cubierta con aclaración
29.3.3.05	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
29.3.3.06	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
29.3.3.07	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VÍA ABIERTA	Cubierta
29.3.3.08	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
29.3.3.09	DIVERTICULECTOMÍA FARÍNGEA VÍA ABIERTA	Cubierta
29.3.3.10	DIVERCUTILOSTOMÍA FARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
29.3.3.11	DIVERCUTILOPEXIA FARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
29.3.4.	RESECCIÓN TOTAL DE FARINGE	Cubierta
29.3.4.02	FARINGECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
29.3.4.03	FARINGECTOMÍA TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
29.3.5.	RESECCIÓN RADICAL DE OROFARINGE (MONOBLOQUE)	Cubierta
29.3.5.01	RESECCIÓN RADICAL DE OROFARINGE (TEJIDOS BLANDOS Y DUROS) VÍA ABIERTA	Cubierta
29.4.	PROCEDIMIENTOS Y REPARACIONES PLÁSTICAS EN FARINGE	
29.4.0.	DILATACIÓN DE FARINGE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
29.4.0.01	DILATACIÓN DE NASOFARINGE	Cubierta
29.4.0.02	DILATACIÓN DE OROFARINGE	Cubierta
29.4.0.03	DILATACIÓN DE HIPOFARINGE	Cubierta
29.4.1.	CORRECCIÓN DE ATRESIA NASOFARÍNGEA	Cubierta
29.4.1.01	CORRECCIÓN DE ATRESIA NASOFARÍNGEA VÍA ABIERTA	Cubierta
29.4.1.02	CORRECCIÓN DE ATRESIA NASOFARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
29.4.2.	CORRECCIÓN DE ESTENOSIS NASOFARÍNGEA	Cubierta
29.4.2.01	CORRECCIÓN DE ESTENOSIS NASOFARÍNGEA VÍA ABIERTA	Cubierta
29.4.2.02	CORRECCIÓN DE ESTENOSIS NASOFARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
29.4.3.	CIERRE DE OTRA FÍSTULA FARÍNGEA	Cubierta
29.4.3.01	FISTULECTOMÍA FARÍNGEA	Cubierta
29.4.4.	LISIS DE ADHERENCIAS FARINGEAS	Cubierta
29.4.4.01	LISIS DE ADHERENCIAS FARÍNGEAS VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
29.4.4.02	LISIS DE ADHERENCIAS FARÍNGEAS VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
29.5.	OTRA REPARACIÓN DE FARINGE (CON COLGAJOS LIBRES O PEDICULADOS)	
29.5.1.	SUTURA DE LACERACIÓN EN FARINGE	Cubierta
29.5.1.01	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARÍNGEO	Cubierta
29.5.1.03	FARINGORRAFIA	Cubierta
29.5.2.	RESECCIONES DE LESIONES DE HENDIDURA BRANQUIAL	Cubierta
29.5.2.01	RESECCIÓN DE FÍSTULA BRANQUIAL	Cubierta
29.5.2.02	RESECCIÓN DE QUISTE BRANQUIAL	Cubierta
29.5.6.	OTRAS PLASTIAS EN FARINGE	Cubierta
29.5.6.01	FARINGOPLASTIA POR IMPLANTE FARÍNGEO	Cubierta
29.5.6.02	FARINGOPLASTIA POR COLGAJO FARÍNGEO DE BASE SUPERIOR O INFERIOR	Cubierta
29.5.6.03	FARINGOPLASTIA POR ENTRECRUZAMIENTO DE PILARES	Cubierta
29.5.6.04	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARÍNGEO POSTERIOR Y DESPLAZAMIENTO DE PILARES [TÉCNICA HOGAN]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
29.5.6.05	FARINGOPLASTIA LATERAL	Cubierta
29.5.6.06	ESFINTEROPLASTIA DE EXPANSIÓN	Cubierta
29.5.6.07	ZPLASTIA FARINGEA LATERAL	Cubierta
29.5.6.08	FARINGOPLASTIA DE TRACCIÓN CON SUTURAS	Cubierta
29.5.7.	RECONSTRUCCIÓN DE FARINGE	Cubierta
29.5.7.01	RECONSTRUCCIÓN DE FARINGE CON COLGAJO FASCIOCUTÁNEO O MIOCUTÁNEO A DISTANCIA	Cubierta
29.5.7.02	RECONSTRUCCIÓN DE FARINGE CON COLGAJO LIBRE MICROVASCULAR	Cubierta
29.6.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN FARINGE	
29.6.4.	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO HIPOGLOSO	No Cubierta
29.6.4.01	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE NEUROESTIMULADOR DEL NERVIO HIPOGLOSO	No Cubierta
29.6.4.02	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE CIRCUITO DE NERVIO HIPOGLOSO	No Cubierta
29.6.4.03	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE ESTIMULADOR DE NERVIO HIPOGLOSO	No Cubierta
29.6.5.	EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO HIPOGLOSO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
29.6.5.01	EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR DEL NERVIO HIPOGLOSO	No Cubierta
29.6.5.02	EXTRACCIÓN DE CIRCUITO DE NERVIO HIPOGLOSO	No Cubierta
29.6.5.03	EXTRACCIÓN DE ESTIMULADOR DE NERVIO HIPOGLOSO	No Cubierta
Capítulo 06 SISTEMA RESPIRATORIO		
30.	PROCEDIMIENTOS EN LARINGE	
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO	
30.0.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LARINGE	
30.0.1.	RESECCIÓN DE QUISTE LARÍNGEO	Cubierta
30.0.1.01	RESECCIÓN DE QUISTE VENTRICULAR VÍA ABIERTA	Cubierta
30.0.1.03	RESECCIÓN DE QUISTE VENTRICULAR (MARSUPIALIZACIÓN) VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
30.0.2.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN LARÍNGE	Cubierta
30.0.2.01	RESECCIÓN DE LESIÓN EN LARÍNGE VÍA ABIERTA	Cubierta
30.0.2.02	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN EN LARÍNGE	Cubierta
30.0.4.	RESECCIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS EN LARÍNGE	Cubierta
30.0.4.01	RESECCIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARÍNGE VÍA ANTERIOR [LARINGOFISURA]	Cubierta
30.0.4.02	RESECCIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARÍNGE VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.1.	LARINGECTOMÍA PARCIAL	
30.1.0.	LARÍNGECTOMÍA SUPRACRICOIDEA	Cubierta
30.1.0.01	LARÍNGECTOMÍA SUPRACRICOIDEA CON CRICOHIOEPIGLOTOPEXIA	Cubierta
30.1.1.	LARINGECTOMÍA PARCIAL O HEMILARINGECTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
30.1.1.05	HEMILARÍNGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA VÍA ABIERTA	Cubierta
30.1.1.06	HEMILARÍNGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.1.1.07	HEMILARÍNGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA AMPLIADA VÍA ABIERTA	Cubierta
30.1.1.08	HEMILARÍNGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA AMPLIADA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.1.1.09	HEMILARÍNGECTOMÍA VERTICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
30.1.1.10	HEMILARÍNGECTOMÍA VERTICAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.1.1.11	HEMILARÍNGECTOMÍA VERTICAL AMPLIADA VÍA ABIERTA	Cubierta
30.1.1.12	HEMILARÍNGECTOMÍA VERTICAL AMPLIADA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.1.2.	EPIGLOTIDECTOMÍA	Cubierta
30.1.2.01	EPIGLOTIDECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
30.1.2.02	EPIGLOTIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.1.3.	RESECCIÓN DE ARITENOIDES [ARITENOIDECTOMÍA]	Cubierta con aclaración
30.1.3.01	ARITENOIDECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
30.1.3.02	ARITENOIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
30.1.4.	CORDECTOMÍA VOCAL	Cubierta
30.1.4.01	CORDECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
30.1.4.02	CORDECTOMÍA PARCIAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.1.4.03	CORDECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
30.1.4.04	CORDECTOMÍA TOTAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.2.	REPARACIÓN DE LARÍNGE	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
30.2.0.	SUTURA DE LACERACIÓN DE LARÍNGE	Cubierta
30.2.0.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE LARÍNGE VÍA ABIERTA	Cubierta
30.2.0.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE LARÍNGE VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.2.1.	CIERRE DE FÍSTULA DE LARÍNGE	Cubierta
30.2.1.02	FISTULECTOMÍA LARINGOTRAQUEAL VÍA ABIERTA	Cubierta
30.2.1.03	FISTULECTOMÍA LARINGOTRAQUEAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.2.2.	REVISIÓN DE LARINGOSTOMÍA	No Cubierta
30.2.2.01	REVISIÓN LARINGOSTOMÍA	No Cubierta
30.2.3.	REPARACIÓN DE FRACTURA O LUXACIÓN LARÍNGEA	Cubierta
30.2.3.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LARÍNGEA CON SUTURA O ALAMBRE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
30.2.3.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LARÍNGEA CON MINIPLACAS DE FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
30.2.3.03	REDUCCIÓN DE LUXACIÓN DE ARITENOIDES VÍA ABIERTA	Cubierta
30.2.3.04	REDUCCIÓN DE LUXACIÓN DE ARITENOIDES VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.2.4.	RECONSTRUCCIÓN LARÍNGEA Y PEXIAS LARÍNGEAS (LARINGOPLASTIA O SUPRAGLOTOPLASTIA)	Cubierta
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO O MATERIAL INERTE, ENTRE OTROS	
30.2.4.01	EPIGLOTOPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
30.2.4.02	EPIGLOTOPLASTIA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.2.4.03	EPIGLOTOPEXIA VÍA ABIERTA	Cubierta
30.2.4.04	EPIGLOTOPEXIA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.2.4.05	ARITENOPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
30.2.4.06	ARITENOPLASTIA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.2.4.07	ARITENOPEXIA VÍA ABIERTA	Cubierta
30.2.4.08	ARITENOPEXIA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.2.4.09	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
30.2.4.10	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
30.2.4.11	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.2.5.	REINERVACIÓN DE LARÍNGE CON PEDÍCULO NEUROMUSCULAR	No Cubierta
30.2.5.01	REINERVACIÓN EN LARÍNGE CON PEDÍCULO NEUROMUSCULAR	No Cubierta
30.3.	LARÍNGECTOMÍAS TOTALES	
30.3.1.	EXTIRPACIÓN DE LARÍNGE Y FARINGE [LARINGOFARINGECTOMÍA]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
30.3.1.03	LARINGOFARINGECTOMÍA CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO FASCIOCUTÁNEO O MIOCUTÁNEO A DISTANCIA	Cubierta
30.3.1.04	LARINGOFARINGECTOMÍA CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO MICROVASCULAR	Cubierta
30.3.2.	LARÍNGECTOMÍA TOTAL	Cubierta
30.3.2.01	LARÍNGECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
30.4.	LARINGECTOMÍA (RADICAL)	
Incluye:	<i>DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO CON TIROIDECTOMÍA, TRAQUEOSTOMÍA, ESOFAGUECTOMÍA SIMULTÁNEA Y FARINGOPLASTIA</i>	
30.4.1.	LARINGECTOMÍA RADICAL	Cubierta
30.4.1.01	LARINGECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
30.4.1.02	EXANTERACIÓN CERVICAL	Cubierta
30.5.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN LARÍNGE	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
30.5.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LARÍNGE	Cubierta
30.5.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LARÍNGE VÍA ABIERTA	Cubierta
30.5.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.6.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN LARINGE	
30.6.0.	EXPLORACIÓN DE LARÍNGE VÍA ENDOSCÓPICA [LARINGOSCOPIA]	Cubierta con aclaración
Incluye:	USO DE VIDEO	
30.6.0.01	NASOLARINGOSCOPIA	Cubierta
30.6.0.02	MICROENDOSCOPIA LARÍNGEA	Cubierta
30.6.0.03	ESTROBOSCOPIA LARÍNGEA	No Cubierta
30.6.0.04	LARINGOSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
30.6.0.05	EVALUACIÓN FUNCIONAL FARINGOLARÍNGEA VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
30.6.0.06	EVALUACIÓN FUNCIONAL FARINGOLARÍNGEA DE LA DEGLUCIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
30.6.0.07	SOMNOSCOPIA	Cubierta
30.6.1.	BIOPSIA DE LARÍNGE	Cubierta
30.6.1.01	BIOPSIA DE LARÍNGE VÍA ABIERTA	Cubierta
30.6.1.02	BIOPSIA DE LARÍNGE VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.6.2.	DILATACIÓN DE LA LARÍNGE	Cubierta
30.6.2.01	DILATACIÓN DE LARÍNGE	Cubierta
30.6.3.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO	Cubierta
Incluye:	<i>PRÓTESIS, STENT O MOLDE, VÁLVULA FONATORIA, ENTRE OTROS</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
30.6.3.01	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN LARÍNGE VÍA ABIERTA	Cubierta
30.6.3.02	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN LARÍNGE VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.6.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO	Cubierta
30.6.4.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO VÍA ABIERTA	Cubierta
30.6.4.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.6.5.	INYECCIÓN EN LARÍNGE	Cubierta
30.6.5.01	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
30.6.5.02	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
30.6.5.03	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
30.6.5.04	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
30.6.5.05	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
30.6.5.06	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
31.	PROCEDIMIENTOS EN TRÁQUEA	
31.1.	CRICOTIROTOMÍAS Y TRAQUEOSTOMÍAS	
31.1.1.	CRICOTIROTOMÍA	Cubierta
31.1.1.01	CRICOTIROTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
31.1.1.02	CRICOTIROTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
31.1.3.	TRAQUEOSTOMÍA	Cubierta
31.1.3.01	TRAQUEOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
31.1.3.02	TRAQUEOSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
31.1.4.	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSTRAQUEAL	No Cubierta
31.1.4.01	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSTRÁQUEAL VÍA PERCUTÁNEA	No Cubierta
31.1.4.02	PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSTRÁQUEAL VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
31.3.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TRÁQUEA	
31.3.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE TRÁQUEA	Cubierta
31.3.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE TRÁQUEA VÍA ABIERTA	Cubierta
31.3.1.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
31.3.3.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVOS EN TRÁQUEA	No Cubierta
31.3.3.01	IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
31.3.3.02	IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO TRAQUEOBRONQUIAL VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
31.3.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS EN TRÁQUEA	No Cubierta
31.3.4.01	RETIRO DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
31.4.	PROCEDIMIENTOS DIANÓSTICOS EN TRÁQUEA	
31.4.1.	TRAQUEOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	No Cubierta
Incluye:	<i>USO DE VIDEO</i>	
31.4.1.03	TRAQUEOSCOPIA A TRAVÉS DEL ESTOMA ARTIFICIAL	No Cubierta
31.4.6.	BIOPSIA DE TRÁQUEA	Cubierta
31.4.6.01	BIOPSIA DE TRÁQUEA VÍA ABIERTA	Cubierta
31.4.6.02	BIOPSIA DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
31.5.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE TRÁQUEA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
31.5.0.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN TRÁQUEA VÍA ABIERTA	Cubierta
31.5.0.01	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TRÁQUEA VÍA ABIERTA	Cubierta
31.5.0.02	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TRÁQUEA CON RECONSTRUCCIÓN E INTERPOSICIÓN DE COLGAJO VÍA ABIERTA	Cubierta
31.5.0.03	RESECCIÓN DE CARINA CON REIMPLANTACIÓN BRONQUIAL	Cubierta
31.5.1.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta con aclaración
Incluye:	CAUTERIZACIÓN, CRIOCIRUGÍA, TERAPIA LÁSER, DIATERMIA, ELECTROCIRUGÍA, ENTRE OTROS.	
31.5.1.04	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
31.5.1.05	RECANALIZACIÓN DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
31.7.	PROCEDIMIENTOS DE REPARACIÓN Y PLASTIA EN TRÁQUEA	
31.7.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE TRÁQUEA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
31.7.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE TRÁQUEA VÍA ABIERTA	Cubierta
31.7.1.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
31.7.2.	CIERRE DE FÍSTULA EXTERNA EN TRÁQUEA	Cubierta
31.7.2.02	CIERRE DE FÍSTULA TRÁQUEO CUTANEA	Cubierta
31.7.3.	CIERRE DE FÍSTULAS TRAQUEOESOFÁGICAS	Cubierta
31.7.3.01	CIERRE DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA CON RECONSTRUCCIÓN DE ESÓFAGO	Cubierta
31.7.3.03	CIERRE DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA CON RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL	Cubierta
31.7.4.	REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA	Cubierta
Incluye:	REMODELACIÓN	
31.7.4.01	REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
31.7.4.02	REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
31.7.5.	RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL O LARINGOTRAQUEAL	Cubierta
31.7.5.02	RECONSTRUCCIÓN TRÁQUEAL TERMINOTERMINAL	Cubierta
31.7.5.03	RECONSTRUCCIÓN LARINGOTRÁQUEAL TERMINOTERMINAL	Cubierta
31.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN TRÁQUEA	
31.9.2.	DILATACIÓN DE TRÁQUEA	Cubierta
31.9.2.01	DILATACIÓN DE LA TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
31.9.2.03	DILATACIÓN DE LA TRÁQUEA VÍA TRANSLARÍNGEA	Cubierta
31.9.5.	FISTULIZACIÓN TRAQUEOESOFÁGICA	No Cubierta
31.9.5.00	FISTULIZACIÓN TRAQUEOESOFÁGICA SOD	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
31.9.6.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN TRÁQUEA	No Cubierta
31.9.6.01	INYECCIÓN INTRATRÁQUEAL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
31.9.6.02	INYECCIÓN INTRATRÁQUEAL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA VÍA PERCUTÁNEA	No Cubierta
32.	PROCEDIMIENTOS EN BRONQUIO Y PULMÓN	
Incluye:	<i>ESTERNOTOMÍA (TOTAL O LONGITUDINAL), RESECCIÓN DE COSTILLA, O TORACOTOMÍA, COMO VÍA DE ACCESO QUIRÚRGICO</i>	
32.0.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO BRONQUIAL	
32.0.0.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA	Cubierta
32.0.0.01	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
32.0.0.02	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
32.0.0.03	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
32.0.2.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO BRONQUIAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
Incluye:	<i>CAUTERIZACIÓN, CRIOCIRUGÍA, TERAPIA LÁSER, DIATERMIA, ELECTROCIRUGÍA, ENTRE OTROS.</i>	
32.0.2.01	RESECCIÓN DE LESIÓN EN BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
32.0.2.03	RECANALIZACIÓN DE BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
32.1.	PROCEDIMIENTOS DE REPARACIÓN EN PULMÓN Y BRONQUIO	
32.1.0.	CIERRE DE FÍSTULA BRONQUIAL	Cubierta
32.1.0.01	CIERRE DE FÍSTULA BRONCOCUTÁNEA O BRONCOPLEURAL VÍA ABIERTA	Cubierta
32.1.0.02	CIERRE DE FÍSTULA BRONCOCUTÁNEA O BRONCOPLEURAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
32.1.0.03	CIERRE DE FÍSTULA BRONCOCUTÁNEA O BRONCOPLEURAL POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.1.0.04	CIERRE DE BRONCOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
32.1.0.05	CIERRE DE BRONCOSTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
32.1.0.06	CIERRE DE BRONCOSTOMÍA POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.1.1.	BLOQUEO DE BRONQUIO	No Cubierta
32.1.1.01	BLOQUEO DE BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
32.1.2.	RECONSTRUCCIÓN DE BRONQUIO [BRONCOPLASTIA]	Cubierta
32.1.2.01	BRONCOPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
32.1.2.02	BRONCOPLASTIA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
32.1.2.03	BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.1.2.04	RESECCIÓN EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
32.1.2.05	RESECCIÓN EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
32.1.3.	CIERRE DE LACERACIÓN DE BRONQUIO Y PULMÓN	Cubierta
32.1.3.01	BRONCORRAFIA VÍA ABIERTA	Cubierta
32.1.3.02	BRONCORRAFIA POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.1.3.03	NEUMORRAFIA VÍA ABIERTA	Cubierta
32.1.3.04	NEUMORRAFIA POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.1.4.	DILATACIÓN BRONQUIAL	No Cubierta
32.1.4.01	DILATACIÓN DE BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
32.1.5.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS EN BRONQUIO	No Cubierta
32.1.5.01	IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
32.1.6.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS EN BRONQUIO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
32.1.6.01	RETIRO DE DISPOSITIVO EN BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
32.1.7.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN BRONQUIO O PULMÓN	No Cubierta
32.1.7.01	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN BRONQUIO O PULMÓN VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
32.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR	
32.2.1.	RESECCIÓN DE BULAS	Cubierta
32.2.1.01	RESECCIÓN DE BULAS PULMONARES VÍA ABIERTA	Cubierta
32.2.1.02	RESECCIÓN DE BULAS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.2.2.	REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR	Cubierta
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
32.2.2.01	REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
32.2.2.02	REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
32.2.2.03	REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.2.8.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR	Cubierta
32.2.8.01	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
32.4.	LOBECTOMÍA DE PULMÓN	
32.4.1.	LOBECTOMÍA SEGMENTARIA O RESECCIÓN EN CUÑA	Cubierta
32.4.1.01	LOBECTOMÍA SEGMENTARIA VÍA ABIERTA	Cubierta
32.4.1.02	LOBECTOMÍA SEGMENTARIA POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.4.1.03	RESECCIÓN EN CUÑA VÍA ABIERTA	Cubierta
32.4.1.04	RESECCIÓN EN CUÑA POR TORACOSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
32.4.1.05	RESECCIÓN DE METÁSTASIS PULMONARES VÍA ABIERTA	Cubierta
32.4.1.06	RESECCIÓN DE METÁSTASIS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.4.2.	LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR	Cubierta
32.4.2.01	LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR VÍA ABIERTA	Cubierta
32.4.2.02	LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.4.2.03	BILOBECTOMÍA PULMONAR VÍA ABIERTA	Cubierta
32.4.2.04	BILOBECTOMÍA PULMONAR POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.5.	NEUMONECTOMÍA	
32.5.1.	NEUMONECTOMÍA SIMPLE	Cubierta
32.5.1.01	NEUMONECTOMÍA SIMPLE VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
32.5.1.02	NEUMONECTOMÍA SIMPLE POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.5.2.	NEUMONECTOMÍA RADICAL	Cubierta
32.5.2.01	NEUMONECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
32.5.2.02	NEUMONECTOMÍA RADICAL POR TORACOSCOPIA	Cubierta
32.5.3.	NEUMONECTOMÍA CON DECORTICACIÓN CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMÍA]	Cubierta
32.5.3.01	NEUMONECTOMÍA CON DECORTICACIÓN CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMÍA] VÍA ABIERTA	Cubierta
32.5.3.02	PLEURONEUMOPERICARDIECTOMÍA EXTRAPLEURAL CON RECONSTRUCCIÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
32.5.4.	OBTENCIÓN PULMONAR PARA TRASPLANTE	No Cubierta
32.5.4.01	OBTENCIÓN PULMONAR PARA TRASPLANTE VÍA ABIERTA	No Cubierta
32.5.5.	OBTENCIÓN DE CORAZÓN-PULMÓN	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
32.5.5.01	OBTENCIÓN DE CORAZÓN-PULMÓN VÍA ABIERTA	No Cubierta
32.6.	DISECCIÓN DE ESTRUCTURAS TORÁCICAS	
32.6.1.	DISECCIÓN EN BLOQUE DE ESTRUCTURAS TORÁCICAS	Cubierta
32.6.1.01	DISECCIÓN EN (BLOQUE) DE BRONQUIO, LÓBULO DE PULMÓN, PLEJO BRAQUIAL, ESTRUCTURA INTERCOSTAL, COSTILLA (APÓFISIS TRANSVERSAL) Y NERVIOS SIMPÁTICOS	Cubierta
32.7.	TRASPLANTE DE PULMÓN	
Excluye:	<i>TRASPLANTE COMBINADO DE PULMÓN-CORAZÓN (32.8.)</i>	
32.7.0.	TRASPLANTE UNILATERAL DE PULMÓN	No Cubierta
32.7.0.01	TRASPLANTE UNILATERAL DE PULMÓN VÍA ABIERTA	No Cubierta
32.7.1.	TRASPLANTE BILATERAL DE PULMÓN	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
32.7.1.01	TRASPLANTE BILATERAL DE PULMÓN VÍA ABIERTA	No Cubierta
32.8.	TRASPLANTE COMBINADO DE PULMÓN CORAZÓN	
32.8.0.	TRASPLANTE DE PULMÓN CORAZÓN	No Cubierta
32.8.0.01	TRASPLANTE DE PULMÓN CORAZÓN VÍA ABIERTA	No Cubierta
33.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN BRONQUIO Y PULMÓN	
33.2.	PROCEDIMIENTOS EN PULMÓN Y BRONQUIO	
33.2.1.	BRONCOSCOPIAS A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	Cubierta
33.2.1.01	BRONCOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	Cubierta
33.2.2.	BRONCOSCOPIAS	Cubierta con aclaración
Simultáneo:	BRONCOGRAFIA (87.6.6.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
33.2.2.01	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONQUIAL	Cubierta
33.2.2.02	BRONCOSCOPIA	Cubierta
33.2.2.03	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONCOALVEOLAR	Cubierta
33.2.2.04	BRONCOSCOPIA CON CEPILLADO	Cubierta
33.2.2.05	BRONCOSCOPIA CON APLICACIÓN O RETIRO DE FUENTE RADIATIVA	Cubierta
33.2.2.06	BRONCOSCOPIA CON PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSTRAQUEAL	Cubierta
33.2.2.07	BRONCOSCOPIA CON PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSBRONQUIAL	Cubierta
33.2.2.08	BRONCOSCOPIA CON AUTOFLUORESCENCIA	No Cubierta
33.2.2.09	BRONCOSCOPIA CON TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA	No Cubierta
33.2.2.10	BRONCOSCOPIA CON TERMOPLASTIA BRONQUIAL	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
33.2.4.	BIOPSIA BRONQUIAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
33.2.4.01	BIOPSIA DE BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
33.2.5.	BIOPSIA BRONQUIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
33.2.5.01	BIOPSIA DE BRONQUIO VÍA ABIERTA	Cubierta
33.2.6.	BIOPSIAS CERRADAS DE PULMÓN VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
33.2.6.01	BIOPSIA CERRADA DE PULMÓN VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
33.2.7.	BIOPSIAS DE PULMÓN VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
33.2.7.03	BIOPSIA DE PULMÓN VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
33.2.7.04	BIOPSIA DE PULMÓN POR TORACOSCOPIA	Cubierta
33.2.8.	BIOPSIAS DE PULMÓN VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
33.2.8.01	BIOPSIA DE PULMÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
33.2.9.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRONQUIO O PULMÓN	Cubierta
33.2.9.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
33.2.9.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMÓN VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
33.2.9.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMÓN POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.	PROCEDIMIENTOS EN PARED TORÁCICA, PLEURA, MEDIASTINO Y DIAFRAGMA	
Excluye:	<i>PROCEDIMIENTOS EN MAMA (85.)</i>	
34.0.	PROCEDIMIENTOS EN PARED TORÁCICA	
Excluye:	<i>AQUELLA EMPLEADA COMO VÍA DE ABORDAJE QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO EXCEPTO 34.0.2.02)</i>	
34.0.2.	TORACOTOMÍAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
34.0.2.01	TORACOTOMÍA EXPLORATORIA	Cubierta
34.0.2.02	TORACOTOMÍA PARA ABORDAJE DE COLUMNA	Cubierta
34.0.3.	TORACOSTOMÍA ABIERTA CON RESECCIÓN COSTAL	Cubierta
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
34.0.3.01	TORACOSTOMÍA VÍA ABIERTA CON RESECCIÓN COSTAL	Cubierta
34.0.3.02	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE TORACOSTOMÍA ABIERTA	Cubierta
34.0.4.	TORACOSTOMÍA CERRADA	Cubierta
34.0.4.01	TORACOSTOMÍA CERRADA PARA DRENAJE	Cubierta
34.0.5.	BIOPSIA DE PARED TORÁCICA	Cubierta
34.0.5.01	BIOPSIA DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
34.0.5.02	BIOPSIA DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA VÍA ABIERTA	Cubierta
34.0.6.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA POR LIPOMAS Y OTROS TUMORES DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (86.4.)</i>	
34.0.6.01	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA POR TORACOTOMÍA	Cubierta
34.0.6.02	ESCISIÓN O ABLACIÓN RADICAL DE PARED TORÁCICA	Cubierta
34.0.7.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O DISPOSITIVO EN PARED TORÁCICA	Cubierta
34.0.7.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORÁCICA	Cubierta
34.0.7.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN PARED TORÁCICA VÍA ABIERTA	Cubierta
34.0.7.03	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN PARED TORÁCICA POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.0.8.	SUTURA DE LACERACIONES DE PARED TORÁCICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
34.0.8.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE PARED TORÁCICA	Cubierta
34.0.9.	RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA	Cubierta
34.0.9.01	CIERRE DE TORACOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
34.0.9.02	FIJACIÓN DE ESTERNÓN CON DISPOSITIVO	Cubierta
34.0.9.03	RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA ANTERIOR CON COLGAJO (MUSCULAR O DE EPIPLÓN)	Cubierta
34.0.9.04	RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA CON DISPOSITIVO	Cubierta
34.0.9.05	TORACOPLASTIA CON CIERRE DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL	Cubierta
34.0.9.06	TORACOPLASTIA EXTRAPLEURAL	Cubierta
34.0.9.07	REPARACIÓN DE DEFORMIDAD DE PECTUS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL ESTERNÓN: PECTUS EXCAVATUM, PECTUS CARINATUM, SÍNDROME DE POLAND ENTRE OTRAS CAUSAS	
34.0.9.08	REPARACIÓN DE DEFORMIDAD DE PECTUS CON DISPOSITIVO	Cubierta
Incluye:	AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL ESTERNÓN: PECTUS EXCAVATUM, PECTUS CARINATUM, SÍNDROME DE POLAND ENTRE OTRAS CAUSAS	
34.0.9.09	RECONSTRUCCIÓN DEL ESTERNÓN CON INTERPOSICIÓN DE MÚSCULOS	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POS CIRUGÍA CARDÍACA, POR DESHICENCIA ENTRE OTRAS CAUSAS	
34.0.9.10	RECONSTRUCCIÓN DE ESTERNÓN CON DISPOSITIVO	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POS CIRUGÍA CARDÍACA, POR DESHICENCIA ENTRE OTRAS CAUSAS	
34.1.	PROCEDIMIENTOS EN MEDIASTINO	
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
34.1.0.	MEDIASTINOSCOPIA	Cubierta
34.1.0.01	MEDIASTINOSCOPIA DIAGNÓSTICA	Cubierta
34.1.1.	EXPLORACIÓN Y DRENAJE EN MEDIASTINO	Cubierta
34.1.1.01	EXPLORACIÓN Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMÍA	Cubierta
34.1.1.04	EXPLORACIÓN Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR ESTERNOTOMÍA	Cubierta
34.1.1.05	EXPLORACIÓN Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOTOMÍA	Cubierta
34.1.1.06	EXPLORACIÓN Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.1.1.07	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE MEDIASTINO	Cubierta
34.1.2.	BIOPSIA DE MEDIASTINO	Cubierta
34.1.2.01	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
34.1.2.02	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA ABIERTA	Cubierta
34.1.2.03	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	Cubierta
34.1.2.04	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.1.2.05	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR BRONCOSCOPIA	Cubierta
34.1.3.	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO EN MEDIASTINO	Cubierta
Excluye:	<i>TIMECTOMÍA (07.8.)</i>	
34.1.3.01	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMÍA	Cubierta
34.1.3.02	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMÍA	Cubierta
34.1.3.03	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.1.4.	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN MEDIASTINO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>TIMECTOMÍA (07.8.)</i>	
34.1.4.01	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMÍA	Cubierta
34.1.4.02	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMÍA	Cubierta
34.1.4.03	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.1.5.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO	Cubierta
34.1.5.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO POR TORACOTOMÍA CON O SIN RESECCIÓN DE COSTILLA	Cubierta
34.1.5.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PARED TORÁCICA, PLEURA, MEDIASTINO Y DIAFRAGMA	
34.2.1.	TORACOSCOPIA	Cubierta
34.2.1.01	TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
34.5.	PROCEDIMIENTOS EN PLEURA	
34.5.0.	TORACENTESIS	Cubierta
34.5.0.01	TORACENTESIS DIAGNÓSTICA	Cubierta
34.5.0.02	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	Cubierta
34.5.1.	PLEURECTOMÍA PARIETAL	Cubierta
34.5.1.01	PLEURECTOMÍA PARIETAL VÍA ABIERTA	Cubierta
34.5.1.02	PLEURECTOMÍA PARIETAL POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.5.2.	PLEUROESCLEROSIS	Cubierta con aclaración
34.5.2.01	PLEURODESIS QUÍMICA VÍA ABIERTA	Cubierta
34.5.2.02	PLEURODESIS QUÍMICA POR TORACOSCOPIA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
34.5.2.03	PLEURODESIS QUÍMICA POR TORACOSTOMÍA CERRADA	Cubierta
34.5.2.04	PLEURODESIS MECÁNICA VÍA ABIERTA	Cubierta
34.5.2.05	PLEURODESIS MECÁNICA POR TORACOSCOPIA	No Cubierta
34.5.3.	DECORTICACIÓN PULMONAR	Cubierta
34.5.3.01	DECORTICACIÓN PULMONAR VÍA ABIERTA	Cubierta
34.5.3.02	DECORTICACIÓN PULMONAR POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.5.4.	BIOPSIAS DE PLEURA	Cubierta
34.5.4.01	BIOPSIA DE PLEURA PERCUTÁNEA	Cubierta
34.5.4.02	BIOPSIAS DE PLEURA VÍA ABIERTA	Cubierta
34.5.4.03	BIOPSIAS DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
34.5.5.	RESECCIONES DE LESIONES EN PLEURA	Cubierta
34.5.5.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE PLEURA VÍA ABIERTA	Cubierta
34.5.5.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.5.6.	INSERCIÓN DE CATÉTER PLEURAL PERMANENTE	Cubierta
34.5.6.01	COLOCACIÓN DE CATÉTER PLEURAL PERMANENTE	Cubierta
34.8.	PROCEDIMIENTOS EN DIAFRAGMA	
34.8.0.	BIOPSIA DE DIAFRAGMA	Cubierta
34.8.0.01	BIOPSIA DE DIAFRAGMA VÍA ABIERTA	Cubierta
34.8.0.02	BIOPSIA DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.8.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE DIAFRAGMA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
34.8.1.01	ESCISIÓN TRANSTORÁCICA DE LESIÓN O TEJIDO DE DIAFRAGMA VÍA ABIERTA	Cubierta
34.8.1.02	ESCISIÓN TRANSTORÁCICA DE LESIÓN O TEJIDO DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.8.2.	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA	Cubierta con aclaración
34.8.2.02	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA VÍA ABDOMINAL POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
34.8.2.03	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA VÍA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
34.8.2.04	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA TRANSTORÁCICA VÍA ABIERTA	Cubierta
34.8.2.05	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA TRANSTORÁCICA POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.8.3.	CIERRE DE FÍSTULA DE DIAFRAGMA	Cubierta
34.8.3.01	FISTULECTOMÍA TORACICOABDOMINAL	Cubierta
34.8.3.02	FISTULECTOMÍA TORACICOGÁSTRICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
34.8.3.03	FISTULECTOMÍA TORACICOINTESTINAL	Cubierta
34.8.5.	IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DIAFRAGMÁTICO	No Cubierta
34.8.5.01	IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DIAFRAGMÁTICO VÍA ABIERTA	No Cubierta
34.8.5.02	IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DIAFRAGMÁTICO POR TORACOSCOPIA O LAPAROSCOPIA	No Cubierta
34.8.6.	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN	Cubierta
34.8.6.01	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
34.8.6.02	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN POR TORACOSCOPIA	Cubierta
34.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PARED TORÁCICA, PLEURA, MEDIASTINO Y DIAFRAGMA	
34.9.4.	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE INTERVENCIONES INTRATORÁCICAS	Cubierta
34.9.4.01	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE INTERVENCIONES INTRATORÁCICAS VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
34.9.4.02	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE INTERVENCIONES INTRATORÁICAS POR TORACOSCOPIA	Cubierta
Capítulo 07 SISTEMA CIRCULATORIO		
35.	PROCEDIMIENTOS EN VÁLVULAS DEL CORAZÓN	
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
Simultáneo:	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>	
35.1.	VALVULOTOMÍAS O VALVULOPLASTIAS CARDÍACAS QUIRÚRGICAS	
Incluye:	<i>RESECCIONES SEGMENTARIAS DE VALVAS, RECONSTRUCCIÓN CON ANILLOS, ACORTAMIENTO O ALARGAMIENTO DE CUERDAS</i>	
35.1.1.	VALVULOPLASTIA AÓRTICA	Cubierta
35.1.1.01	VALVULOPLASTIA AÓRTICA VÍA ABIERTA	Cubierta
35.1.1.02	VALVULOPLASTIA AÓRTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.1.1.03	VALVULOPLASTIA AÓRTICA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.1.2.	VALVULOPLASTIA MITRAL	Cubierta
35.1.2.01	VALVULOPLASTIA MITRAL VÍA ABIERTA	Cubierta
35.1.2.02	VALVULOPLASTIA MITRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.1.2.03	VALVULOPLASTIA MITRAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.1.3.	VALVULOPLASTIA PULMONAR	Cubierta
35.1.3.01	VALVULOPLASTIA PULMONAR VÍA ABIERTA	Cubierta
35.1.3.02	VALVULOPLASTIA PULMONAR MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.1.3.03	VALVULOPLASTIA PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.1.4.	VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA	Cubierta
35.1.4.01	VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA	Cubierta
35.1.4.02	VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.1.4.03	VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.1.5.	PERFORACIÓN DE VÁLVULA PULMONAR	Cubierta
35.1.5.01	PERFORACIÓN DE VÁLVULA PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.1.6.	PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO PAPILAR	Cubierta
35.1.6.01	REPARACIÓN DE MÚSCULO PAPILAR VÍA ABIERTA	Cubierta
35.1.6.02	REPARACIÓN DE MÚSCULO PAPILAR MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.1.6.03	REIMPLANTACIÓN DE MÚSCULO PAPILAR VÍA ABIERTA	Cubierta
35.1.6.04	REIMPLANTACIÓN DE MÚSCULO PAPILAR MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
Incluye:	AQUEL POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ENTRE OTRAS CAUSAS	
35.1.7.	PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS	Cubierta
35.1.7.01	REPARACIÓN DE CUERDAS TENDINOSAS VÍA ABIERTA	Cubierta
35.1.7.02	REPARACIÓN DE CUERDAS TENDINOSAS MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.1.8.	ANULOPLASTIA	Cubierta
35.1.8.01	AMPLIACIÓN DE ANILLO VÍA ABIERTA	Cubierta
35.1.8.02	AMPLIACIÓN DE ANILLO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.1.8.03	REPARACIÓN DE ANILLO VÍA ABIERTA	Cubierta
35.1.8.04	REPARACIÓN DE ANILLO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.1.8.05	REPARACIÓN DE ANILLO VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.2.	REEMPLAZOS DE VÁLVULAS CARDÍACAS	
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
Excluye:	<i>AQUELLA ASOCIADA CON LA REPARACIÓN DE DEFECTO VALVULAR ASOCIADO CON DEFECTOS DE TABIQUES ATRIAL Y VENTRICULAR (35.5., 35.6.)</i>	
35.2.0.	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR	Cubierta
35.2.0.01	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.2.0.02	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.2.0.03	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.2.1.	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA	Cubierta
35.2.1.01	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA VÍA ABIERTA	Cubierta
35.2.1.02	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.2.1.03	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.2.2.	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MITRAL	Cubierta
35.2.2.01	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MITRAL VÍA ABIERTA	Cubierta
35.2.2.02	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MITRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.2.2.03	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MITRAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.2.3.	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA	Cubierta
35.2.3.01	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.2.3.02	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.2.3.03	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.2.4.	OTROS REEMPLAZOS VALVULARES	Cubierta
35.2.4.01	AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICIÓN AÓRTICA Y REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR [ROSS]	Cubierta
35.2.5.	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA	Cubierta
35.2.5.01	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA PULMONAR VÍA ABIERTA	Cubierta
35.2.5.02	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA PULMONAR MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.2.5.03	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.2.5.04	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA AÓRTICA VÍA ABIERTA	Cubierta
35.2.5.05	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA AÓRTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.2.5.06	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA AÓRTICA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.2.5.07	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA MITRAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.2.5.08	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA MITRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.2.5.09	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA MITRAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.2.5.10	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA	Cubierta
35.2.5.11	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA TRICUSPÍDEA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.2.5.12	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.2.8.	EXCLUSIONES DE VÁLVULAS CARDÍACAS	Cubierta
35.2.8.01	EXCLUSIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA VÍA ABIERTA	Cubierta
35.2.8.02	EXCLUSIÓN DE VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA	Cubierta
35.2.9.	ESCISIÓN DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS	Cubierta
35.2.9.01	ESCISIÓN DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA	Cubierta
35.2.9.02	ESCISIÓN DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.3.	PROCEDIMIENTOS EN ESTRUCTURAS ADYACENTES A LAS VÁLVULAS CARDÍACAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Simultáneo:	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>	
35.3.0.	CORRECCIÓN DE PARAFUGAS	Cubierta
35.3.0.01	CORRECCIÓN DE PARAFUGAS PERIVALVULARES VÍA ABIERTA	Cubierta
35.3.0.02	CORRECCIÓN DE PARAFUGAS PERIVALVULARES MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.3.0.03	CORRECCIÓN DE PARAFUGAS PERIVALVULARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.3.5.	PROCEDIMIENTOS EN TRABÉCULAS DEL CORAZÓN	Cubierta con aclaración
35.3.5.01	ESCISIÓN DE TRABÉCULAS CARNOSAS DEL CORAZÓN	No Cubierta
35.3.5.03	RESECCIÓN DE MEMBRANA SUBAÓRTICA VÍA ABIERTA	Cubierta
35.3.5.04	RESECCIÓN DE MEMBRANA SUBAÓRTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.3.9.	PROCEDIMIENTOS EN OTRAS ESTRUCTURAS ADYACENTES A LAS VÁLVULAS CARDÍACAS	Cubierta
35.3.9.01	COLOCACIÓN DE PARCHE U HOMOIJERTO SUPRAVALVULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUELLA POR ESTENOSIS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
35.4.	CREACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE EN EL CORAZÓN	
35.4.1.	ATRIOSEPTOSTOMÍA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR)	Cubierta
35.4.1.01	ATRIOSEPTOSTOMÍA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR) VÍA ABIERTA	Cubierta
35.4.1.02	ATRIOSEPTOSTOMÍA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR) VÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.4.2.	ATRIOSEPTOSTOMÍA CON BALÓN	Cubierta
35.4.2.01	ATRIOSEPTOSTOMÍA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.4.3.	VENTRICULOSEPTOSTOMÍA	Cubierta
35.4.3.01	VENTRICULOSEPTOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
35.5.	REPARACIÓN DE TABIQUES INTERAURÍCULAR E INTERVENTRICULAR	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	PERIMEMBRANOSA, YUXTARTERIAL, DEL TRACTO DE ENTRADA Y MUSCULAR; POR CAUSAS CONGÉNITAS, POSTRAUMÁTICA O POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	
35.5.1.	REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR [CIA]	Cubierta
35.5.1.02	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.5.1.04	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR VÍA ABIERTA	Cubierta
35.5.1.05	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.5.2.	REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR [CIV]	Cubierta
35.5.2.03	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.5.2.04	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR VÍA ABIERTA	Cubierta
35.5.2.05	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.6.	REPARACIÓN DE TABIQUES INTERAURÍCULAR E INTERVENTRICULAR CON INJERTO DE TEJIDO	
Incluye:	PERIMEMBRANOSA, YUXTARTERIAL, DEL TRACTO DE ENTRADA Y MUSCULAR; POR CAUSAS CONGÉNITAS, POSTRAUMÁTICA O POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.6.1.	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR CON INJERTO DE TEJIDO	Cubierta
35.6.1.01	REPARACIÓN DE DEFECTO INTERAURÍCULAR CON SUTURA CONTINUA	Cubierta
35.6.1.02	ATRIOSEPTOPLASTIA CON INJERTO (PARCHE) DE TEJIDO	Cubierta
35.6.2.	REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR CON INJERTO DE TEJIDO	Cubierta
35.6.2.01	REPARACIÓN DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVÉS DE AURÍCULA DERECHA, VENTRICULOTOMÍA DERECHA O ARTERIOTOMÍA PULMONAR O AÓRTICA	Cubierta
35.6.2.02	REPARACIÓN DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVÉS DE VENTRICULOTOMÍA IZQUIERDA	Cubierta
35.6.2.03	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR CON INJERTO DE TEJIDO	Cubierta
35.8.	REPARACIÓN TOTAL DE ANOMALÍAS CARDÍACAS CONGÉNITAS	
Simultáneo:	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>	
35.8.0.	REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.8.0.01	REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR PARCIAL	Cubierta
35.8.0.02	REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR COMPLETO (RASTELLY A, B, C)	Cubierta
35.8.1.	REPARACIÓN DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT	Cubierta
35.8.1.01	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE RAMAS PULMONARES	Cubierta
35.8.1.02	REPARACIÓN TRANSATRIAL DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT CON ESTENOSIS PULMONAR	Cubierta
35.8.1.03	REPARACIÓN TRANSVENTRICULAR DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT	Cubierta
35.8.1.04	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE BIFURCACIÓN DEL TRONCO PULMONAR	Cubierta
35.8.1.05	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON CORONARIA ANÓMALA (DESCENDENTE ANTERIOR ORIGINADA DE LA CORONARIA DERECHA)	Cubierta
35.8.1.06	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON FÍSTULA SISTÉMICO PULMONAR PREVIA	Cubierta
35.8.1.08	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON AGENESIA DE VÁLVULA PULMONAR	Cubierta
35.8.2.	REPARACIÓN COMPLETA DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO	Cubierta
35.8.2.01	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL SUPRACARDÍACO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.8.2.02	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL INFRACARDÍACO	Cubierta
35.8.2.03	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL A SENO CORONARIO O INTRACARDÍACO	Cubierta
35.8.2.04	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL A AURÍCULA DERECHA	Cubierta
35.8.2.05	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL A VENA INFRADIAFRAGMÁTICA	Cubierta
35.8.2.06	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL MIXTO	Cubierta
35.8.2.07	REPARACIÓN DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA SUPERIOR	Cubierta
35.8.2.08	REPARACIÓN DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA INFERIOR	Cubierta
35.8.2.09	REPARACIÓN DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES IZQUIERDA A VENA INNOMINADA	Cubierta
35.8.2.10	REPARACIÓN DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL A CÁMARA ACCESORIA (CORTTRIATUM)	Cubierta
35.8.2.11	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO	Cubierta
35.8.3.	REPARACIÓN TOTAL DE TRONCO ARTERIOSO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.8.3.04	CORRECCIÓN DEL TUNEL AORTO VENTRICULAR	Cubierta
35.8.3.05	VALVULOPLASTIA DE VÁLVULA TRUNCAL	Cubierta
35.8.3.06	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON HOMOINJERTO O CON TEJIDO AUTÓLOGO	Cubierta
35.8.3.07	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON CONDUCTO EXTERNO	Cubierta
35.8.3.08	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON PARCHES PERICÁRDICO DEJANDO ARTERIA PULMONAR ANTERIOR A LA AORTA [LECOMPTÉ]	Cubierta
35.8.3.09	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRUNCAL	Cubierta
35.8.4.	REPARACIÓN DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO	Cubierta
35.8.4.01	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y CONEXIÓN ATRIOVENTRICULAR CONCORDANTE O DISCORDANTE	Cubierta
35.8.4.02	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO CON ESTENOSIS PULMONAR	Cubierta
35.8.4.03	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO E HIPOPLASIA DEL VENTRÍCULO DERECHO	Cubierta
35.8.4.04	REPARACIÓN DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.8.5.	REPARACIÓN DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO	Cubierta
35.8.5.01	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CIV SUBAÓRTICA Y ESTENOSIS PULMONAR	Cubierta
35.8.5.02	REPARO DE DEFECTO VENTRICULAR POR TRANSPOSICIÓN AORTA CABALGAMIENTO PULMONAR [CORAZÓN DE TAUSSING-BING]	Cubierta
35.8.5.03	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CIV DOBLE/RELACIONADA	Cubierta
35.8.5.04	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CIV NO RELACIONADA	Cubierta
35.8.5.05	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CANAL AV	Cubierta
35.8.5.06	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON L- MALPOSICIÓN DE LA AORTA	Cubierta
35.8.5.07	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO Y CONEXIÓN ATRIOVENTRICULAR DISCORDANTE	Cubierta
35.8.5.08	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON ESTENOSIS PULMONAR	Cubierta
35.8.5.09	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO SIN ESTENOSIS PULMONAR	Cubierta
35.8.5.10	REPARO INTRAVENTRICULAR DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO	Cubierta
35.8.5.11	REPARACIÓN DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.8.6.	REPARACIÓN DE HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO	Cubierta
35.8.6.01	REPARACIÓN DE HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO [NORWOOD O SANO]	Cubierta
35.8.6.02	ANASTOMOSIS AORTO-PULMONAR Y CREACIÓN DE FÍSTULA SISTÉMICO PULMONAR [DAMUS - KAYE - STANSEL]	Cubierta
35.8.7.	REPARACIÓN COARTACIÓN AÓRTICA	Cubierta
35.8.7.01	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA CON RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS T-T	Cubierta
35.8.7.02	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA CON RESECCIÓN Y COLGAJO DE SUBCLAVIA	Cubierta
35.8.7.03	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA CON INTERPOSICIÓN DE INJERTO	Cubierta
35.8.7.05	RESECCIÓN ARTERIAL Y LIBERACIÓN DE TEJIDOS VECINOS (CORRECCIÓN DE ANILLO VASCULAR)	Cubierta
35.8.7.10	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA, VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.8.8.	CORRECCIÓN TOTAL TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS	Cubierta
35.8.8.01	TRANSPOSICIÓN DEL RETORNO VENOSO CON PARCHO O SEPTACIÓN INTERAURÍCULAR [MUSTARD Y SENNING]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.8.8.02	TRANSPOSICIÓN ARTERIAL CON REIMPLANTE DE CORONARIAS [JATENE]	Cubierta
35.8.8.03	REPARO DE VENTANA AORTOPULMONAR CON PARCHÉ AÓRTICO O PULMONAR	Cubierta
35.8.8.05	CORRECCIÓN DE TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR [RASTELLI]	Cubierta
35.8.8.06	CORRECCIÓN DE TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR [REV]	Cubierta
35.8.8.07	CORRECCIÓN DE TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR CON TRASLOCACIÓN AÓRTICA [NIKAIDOH]	Cubierta
35.8.9.	REPARACIÓN DE DUCTUS ARTERIOSO	Cubierta
35.8.9.01	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE VÍA ABIERTA	Cubierta
35.8.9.02	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.8.9.03	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE, VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.8.9.04	DILATACIÓN DE DUCTUS ARTERIOSO (ANGIOPLASTIA O IMPLANTE DE DISPOSITIVO) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.8.9.05	DILATACIÓN DE DUCTUS ARTERIOSO (ANGIOPLASTIA O IMPLANTE DE DISPOSITIVO) TRANSPULMONAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VÁLVULAS Y TABIQUES CARDÍACOS	
Simultáneo:	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>	
35.9.2.	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR	Cubierta
35.9.2.00	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR SOD	Cubierta
35.9.3.	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA AORTA	Cubierta
35.9.3.00	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA AORTA SOD	Cubierta
35.9.4.	DERIVACIONES SISTÉMICO-PULMONAR (EXCLUSIÓN FUNCIONAL DEL VENTRÍCULO PULMONAR)	Cubierta
35.9.4.01	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE AURÍCULA Y ARTERIA PULMONAR	Cubierta
35.9.4.02	CREACIÓN DE FÍSTULAS SISTÉMICO-PULMONARES	Cubierta
35.9.4.03	DERIVACIÓN CAVO-PULMONAR TOTAL [FONTAN]	Cubierta
35.9.4.04	DERIVACIÓN CAVO SUPERIOR A ARTERIA PULMONAR (GLENN CLÁSICO O BIDIRECCIONAL)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.9.4.05	DERIVACIÓN CAVO SUPERIOR-PULMONAR, DEJANDO FLUJO ANTEROGRADO (REPARO UNO Y MEDIO VENTRICULAR)	Cubierta
35.9.4.06	DERIVACIÓN CAVO SUPERIOR A ARTERIA PULMONAR (GLENN CLASICO O BIDIRECCIONAL) BILATERAL	Cubierta
35.9.4.07	REVISIÓN O LIGADURA DE FÍSTULA SISTÉMICO PULMONAR	Cubierta
35.9.5.	REVISIÓN DE PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN EL CORAZÓN	Cubierta
35.9.5.01	REINTERVENCIÓN POR SANGRADO, DESPUÉS DE CIRUGÍA CARDÍACA	Cubierta
35.9.5.02	REINTERVENCIÓN POR CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS	Cubierta
35.9.5.04	REOPERACIÓN DE CONDUCTOS CARDÍACOS	Cubierta
35.9.7.	CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR	Cubierta
35.9.7.01	CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR VÍA ABIERTA	Cubierta
35.9.7.02	CERCLAJE BILATERAL DE RAMAS DE ARTERIA PULMONAR VÍA ABIERTA	Cubierta
35.9.8.	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS	Cubierta
35.9.8.01	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
35.9.8.02	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
35.9.8.03	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
35.9.8.04	UNIFOCALIZACIÓN DE ARTERIAS PULMONARES	Cubierta
36.	PROCEDIMIENTOS EN VASOS CARDÍACOS (CORONARIAS)	
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO. ESTERNOTOMÍA (MEDIA) (TRANSVERSA), TORACOTOMÍA COMO VÍA DE ACCESO QUIRÚRGICO</i>	
Simultáneo:	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>	
36.0.	ABLACION O ELIMINACION DE OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO	
36.0.1.	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) SIN USO DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA	Cubierta
Simultáneo:	<i>CUALQUIER IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT) (36.0.6.); INSERCIÓN DE MARCAPASOS (37.8.); ANGIOCARDIOGRAFÍA (87.6.2.)</i>	
36.0.1.01	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) UNO O DOS VASOS	Cubierta
36.0.1.02	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
36.0.2.	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) CON USO DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA	Cubierta
Simultáneo:	<i>CUALQUIER IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT) (36.0.6.)</i>	
36.0.2.01	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA UNO O DOS VASOS	Cubierta
36.0.2.02	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA SIMPLE CON INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA MAS DE DOS VASOS	Cubierta
36.0.3.	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TÓRAX ABIERTO	Cubierta
36.0.3.00	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TÓRAX ABIERTO SOD	Cubierta
36.0.4.	INFUSIÓN ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLÍTICOS [TROMBOLISIS INTRACORONARIA]	Cubierta
Incluye:	<i>POR INYECCIÓN ARTERIAL CORONARIA DIRECTA, INFUSIÓN O POR CATETERISMO, DE ENZIMAS O INHIBIDOR DE PLAQUETAS</i>	
36.0.4.01	INFUSION ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLITICOS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
36.0.4.02	TROMBOLISIS INTRACORONARIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
36.0.5.	ANGIOPLASTIA CORONARIA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMÍA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCIÓN	Cubierta
Simultáneo:	<i>CUALQUIER IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT) (36.0.6.); INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (36.0.4.)</i>	
36.0.5.01	ANGIOPLASTIA CORONARIA POR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMÍA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCIÓN	Cubierta
36.0.6.	INSERCIÓN O IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT)	Cubierta
36.0.6.00	INSERCIÓN O IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT) SOD	Cubierta
36.1.	ANASTOMOSIS PARA REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA	
Simultáneo:	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>	
36.1.6.	ANASTOMOSIS CORONARIA DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR	Cubierta
Incluye:	<i>RAMAS SECUNDARIAS</i>	
36.1.6.01	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
36.1.6.02	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.6.03	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.6.04	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.6.05	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.6.06	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.6.07	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.6.08	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.6.09	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.6.10	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.6.11	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.6.12	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
36.1.6.13	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.6.14	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA EPIGASTRICA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.6.15	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.6.16	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA EPIGASTRICA MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.6.17	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.6.18	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.6.19	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.6.20	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.6.21	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.6.22	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON OTRAS ARTERIAS MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.6.23	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
36.1.6.24	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON OTRAS ARTERIAS MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.	ANASTOMOSIS CORONARIA DE ARTERIA CIRCUNFLEJA	Cubierta
Incluye:	RAMAS SECUNDARIAS	
36.1.8.01	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.8.02	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.03	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.8.04	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.05	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.8.06	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.07	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.8.08	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.09	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
36.1.8.10	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.11	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.8.12	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.13	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.8.14	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA EPIGASTRICA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.15	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.8.16	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA EPIGASTRICA MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.17	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.8.18	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.19	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.8.20	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.21	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
36.1.8.22	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON OTRAS ARTERIAS MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.8.23	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.8.24	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON OTRAS ARTERIAS MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.9.	ANASTOMOSIS DE ARTERIA CORONARIA DERECHA	Cubierta
Incluye:	<i>RAMAS SECUNDARIAS</i>	
36.1.9.01	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.9.02	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.9.03	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.9.04	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.9.05	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.9.06	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.9.07	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
36.1.9.08	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.9.09	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.9.10	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.9.11	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.9.12	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.9.13	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.9.14	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA EPIGÁSTRICA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.1.9.15	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA EPIGASTRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.9.16	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA EPIGASTRICA MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.9.17	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.9.18	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
36.1.9.19	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.9.20	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA GASTROEPIPLOICA MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.9.21	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.9.22	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS MINIMANTE INVASIVA	Cubierta
36.1.9.23	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA	Cubierta
36.1.9.24	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.3.	OTRA REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA	
36.3.2.	REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS)	Cubierta
36.3.2.01	REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS) VÍA ABIERTA	Cubierta
36.3.2.02	REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS) MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
36.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VASOS CARDÍACOS	
36.9.1.	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO	Cubierta
36.9.1.01	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO VÍA ABIERTA	Cubierta
36.9.1.02	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.9.1.03	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
36.9.2.	REPARACIÓN DE FÍSTULA CORONARIA	Cubierta
36.9.2.01	REPARACIÓN O CIERRE DE FÍSTULA CORONARIA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.9.2.02	REPARACIÓN O CIERRE DE FÍSTULA CORONARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
36.9.2.03	REPARACIÓN O CIERRE DE FÍSTULA CORONARIA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
36.9.3.	OTRA REPARACION DE FISTULA A CAVIDAD CARDÍACA	Cubierta
36.9.3.01	REPARACION DE FISTULA A CAVIDAD CARDÍACA VÍA ABIERTA	Cubierta
36.9.3.02	REPARACION DE FISTULA A CAVIDAD CARDÍACA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
36.9.3.03	REPARACION DE FISTULA A CAVIDAD CARDÍACA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
36.9.4.	OTRA REPARACION DE FISTULA EXTRA CARDÍACA	Cubierta
36.9.4.01	OCLUSION O LIGADURA DE COLATERALES SISTÉMICO PULMONARES VÍA ABIERTA	Cubierta
36.9.4.02	OCLUSION O LIGADURA DE COLATERALES SISTÉMICO PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
36.9.5.	CORRECCIÓN DE ORIGEN ANÓMALO DE CORONARIA IZQUIERDA	Cubierta
36.9.5.01	CORRECCION DE ORIGEN ANÓMALO CORONARIO EN ARTERIA PULMONAR MEDIANTE REIMPLANTE CORONARIA	Cubierta
36.9.5.02	TUNELIZACIÓN DE LA CORONARIA IZQUIERDA HACIA LA AORTA A TRAVÉS DE LA ARTERIA PULMONAR [TAKEUCHI]	Cubierta
37.	PROCEDIMIENTOS EN CORAZÓN Y PERICARDIO	
Simultáneo:	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>	
37.0.	PROCEDIMIENTOS EN EL PERICARDIO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.0.1.	PUNCIÓN O ASPIRACIÓN EN PERICARDIO [PERICARDIOCENTESIS]	Cubierta
37.0.1.01	PERICARDIOCENTESIS	Cubierta
37.0.1.02	PERICARDIOCENTESIS GUIADA POR IMÁGENES	Cubierta
37.1.	CARDIOTOMÍA Y PERICARDIOTOMÍA	
37.1.2.	EXTIRPACIÓN DE PERICARDIO [PERICARDIOTOMÍA]	Cubierta
Incluye:	<i>MINILAPAROTOMÍA SUBXIFOIDEA O VENTANA PERICÁRDICA</i>	
37.1.2.02	PERICARDIOTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
37.1.2.03	PERICARDIOTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
37.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CORAZÓN Y PERICARDIO	
37.2.1.	CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN	Cubierta
37.2.1.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO CONVENCIONAL DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.2.1.02	CATETERISMO CARDÍACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN CON PRUEBA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA	Cubierta
37.2.2.	CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN	Cubierta
37.2.2.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
37.2.2.02	CATETERISMO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN	Cubierta
37.2.3.	CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN	Cubierta
37.2.3.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
37.2.3.02	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN	Cubierta
37.2.4.	CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO CON PUNCIÓN TRANSEPTAL EN CORAZÓN	Cubierta
37.2.4.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCIÓN TRANSEPTAL EN CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
37.2.4.02	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.2.5.	ESTIMULACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA CARDÍACA Y ESTUDIOS DE REGISTRO	Cubierta
37.2.5.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO TRANS ESOFÁGICO	Cubierta
37.2.5.02	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EPICÁRDICO VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
37.2.5.03	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO EPICÁRDICO VÍA ABIERTA	Cubierta
37.2.6.	BIOPSIA DE PERICARDIO	Cubierta
37.2.6.01	BIOPSIA DE PERICARDIO VÍA ABIERTA	Cubierta
37.2.6.02	BIOPSIA DE PERICARDIO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
37.2.7.	BIOPSIA DE CORAZÓN	Cubierta
37.2.7.01	BIOPSIA DE CORAZÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
37.2.7.02	BIOPSIA DE CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
37.2.8.	MAPEO ELÉCTRICO Y ANATÓMICO DEL CORAZÓN Y ESTRUCTURAS VASCULARES	Cubierta con aclaración
37.2.8.01	MAPEO ELECTROANATÓMICO CONVENCIONAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.2.8.02	MAPEO ELECTROANATÓMICO TRIDIMENSIONAL	No Cubierta
37.3.	PERICARDIECTOMÍA Y ESCISIÓN DE LESIÓN DE CORAZÓN	
Simultáneo:	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>	
37.3.1.	INCISIÓN DE PERICARDIO [PERICARDIECTOMÍA]	Cubierta
37.3.1.04	PERICARDIECTOMIA VÍA ABIERTA	Cubierta
37.3.1.05	PERICARDIECTOMIA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
37.3.1.06	ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO VÍA ABIERTA	Cubierta
37.3.1.07	ESCISIÓN DE QUISTE O TUMOR PERICÁRDICO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
37.3.2.	ESCISIÓN DE ANEURISMA DE CORAZÓN	Cubierta
37.3.2.00	ESCISIÓN DE ANEURISMA DE CORAZÓN SOD	Cubierta
37.3.3.	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>MAPEO TRANSOPERATORIO INTRACORONARIO EN MANEJO DE ARRITMIAS CARDÍACAS, [CIRUGÍA DE MAZE]; FIBRILACION AURICULAR</i>	
37.3.3.03	RESECCIÓN ENDOMIOCÁRDICA	Cubierta
37.3.3.05	ESCISIÓN DE TUMOR DEL CORAZÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
37.3.3.06	ESCISIÓN DE TUMOR DEL CORAZÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
37.3.3.07	RESECCIÓN DE HACES ANÓMALOS DEL SISTEMA DE CONDUCCIÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
37.3.3.08	RESECCIÓN DE HACES ANÓMALOS DEL SISTEMA DE CONDUCCIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
37.3.3.09	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
37.3.3.10	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
37.3.4.	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO	Cubierta con aclaración
37.3.4.04	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO FOCAL VÍA ABIERTA	Cubierta
37.3.4.05	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO FOCAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
37.3.4.06	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO FOCAL PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.3.4.07	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO MULTIFOCAL VÍA ABIERTA	Cubierta
37.3.4.08	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO MULTIFOCAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
37.3.4.09	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO MULTIFOCAL PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
37.3.4.10	AISLAMIENTO ELÉCTRICO DE VENAS PULMONARES VÍA ABIERTA	No Cubierta
37.3.4.11	AISLAMIENTO ELÉCTRICO DE VENAS PULMONARES MÍNIMAMENTE INVASIVA	No Cubierta
37.3.4.12	AISLAMIENTO ELÉCTRICO DE VENAS PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	No Cubierta
37.3.4.13	MODULACIÓN DE SUSTRATO ARRÍTMICO (AURÍCULAR O VENTRICULAR) ENDOCÁRDICA	No Cubierta
37.3.4.14	MODULACIÓN DE SUSTRATO ARRÍTMICO (AURÍCULAR O VENTRICULAR) EPICÁRDICA	No Cubierta
37.3.6.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDÍACO	Cubierta
37.3.6.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDÍACO SOD	Cubierta
37.3.7.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICÁRDICO	Cubierta
37.3.7.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICÁRDICO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.4.	REPARACIÓN DE CORAZÓN Y PERICARDIO	
37.4.1.	CARDIORRAFIA	Cubierta
37.4.1.00	CARDIORRAFIA SOD	Cubierta
37.4.2.	REPARACIÓN DE CORAZÓN POR RUPTURA POSTINFARTO	Cubierta
37.4.2.00	REPARACIÓN DE CORAZÓN POR RUPTURA POSTINFARTO SOD	Cubierta
37.4.3.	PERICARDIORRAFIA	Cubierta
37.4.3.00	PERICARDIORRAFIA SOD	Cubierta
37.5.	TRASPLANTE DE CORAZÓN	
37.5.1.	TRASPLANTE CARDÍACO	Cubierta
37.5.1.00	TRASPLANTE CARDÍACO SOD	Cubierta
37.5.2.	OBTENCIÓN DEL CORAZÓN (DONANTE)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.5.2.00	OBTENCIÓN DEL CORAZÓN (DONANTE) SOD	Cubierta
37.6.	IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA	
Incluye:	COLOCACIÓN Y MANEJO DE BALÓN INTRAAÓRTICO	
37.6.1.	IMPLANTACIÓN DE BALÓN CONTRAPULSACIÓN	Cubierta
37.6.1.00	IMPLANTACIÓN DE BALÓN CONTRAPULSACIÓN SOD	Cubierta
37.6.4.	EXTRACCIÓN O RETIRO DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA	Cubierta
37.6.4.00	EXTRACCIÓN O RETIRO DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA SOD	Cubierta
37.6.7.	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA EXTERNO O INTERNO	No Cubierta
37.6.7.01	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA EXTERNO O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) UNIVENTRICULAR	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.6.7.02	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA EXTERNO O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE, FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZÓN) BIVENTRICULAR	No Cubierta
37.6.7.03	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA DEFINITIVO (DISPOSITIVO CONECTADO DIRECTAMENTE AL CORAZÓN E IMPLANTADO DENTRO DEL CUERPO) UNIVENTRICULAR	No Cubierta
37.6.7.04	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA DEFINITIVO (DISPOSITIVO CONECTADO DIRECTAMENTE AL CORAZÓN E IMPLANTADO DENTRO DEL CUERPO) BIVENTRICULAR	No Cubierta
37.8.	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN], REVISIÓN, SUSTITUCIÓN O ELIMINACIÓN DE DISPOSITIVO DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA O REVISIÓN DE BOLSILLO	
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO.</i>	
37.8.0.	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MONITORES DE EVENTOS	Cubierta
37.8.0.01	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MONITOR DE EVENTOS	Cubierta
37.8.1.	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.8.1.01	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VÍA ABIERTA	Cubierta
37.8.1.02	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
37.8.2.	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERALES	Cubierta
37.8.2.01	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERAL	Cubierta
37.8.3.	INSERCIÓN [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERALES	Cubierta
37.8.3.01	INSERCIÓN [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERAL	Cubierta
37.8.4.	INSERCIÓN [IMPLANTACION] DE RESINCRONIZADORES CARDÍACOS	No Cubierta
37.8.4.01	INSERCIÓN [IMPLANTACION] DE RESINCRONIZADOR CARDÍACO	No Cubierta
37.8.5.	SUSTITUCIÓN, REVISIÓN (PROGRAMACIÓN) DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA	Cubierta
37.8.5.01	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE MARCAPASOS	Cubierta
37.8.5.02	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE RESINCRONIZADOR CARDÍACO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.8.5.03	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR)	Cubierta
37.8.5.04	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR)	Cubierta
37.8.5.05	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE MONITOR DE EVENTOS	Cubierta
37.8.5.06	REVISIÓN DE ELECTRODO DE ESTIMULACIÓN (AURÍCULAR O VENTRICULAR)	Cubierta
37.8.5.07	REVISIÓN DE ELECTRODO DE DEFIBRILACIÓN	Cubierta
37.8.5.08	REVISIÓN DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO	Cubierta
37.8.6.	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR)	Cubierta con aclaración
37.8.6.01	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) UNICAMERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
37.8.6.02	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) UNICAMERAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
37.8.6.03	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) BICAMERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
37.8.6.04	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) BICAMERAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.8.6.05	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VÍA ABIERTA	No Cubierta
37.8.6.06	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	No Cubierta
37.8.6.07	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) VÍA SUBCUTÁNEA	Cubierta
37.8.7.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO	Cubierta
37.8.7.01	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO VÍA ABIERTA	Cubierta
37.8.7.02	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
37.8.9.	EXPLANTE O ELIMINACIÓN DE DISPOSITIVO DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA O EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA DE ELECTRODOS	Cubierta
37.8.9.01	EXPLANTE O ELIMINACIÓN DE MARCAPASO	Cubierta
37.8.9.02	EXPLANTE O ELIMINACIÓN DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) O RESINCRONIZADOR O CARDIORESINCRONIZADOR	Cubierta
37.8.9.03	EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE ESTIMULACIÓN (AURÍCULAR O VENTRICULAR)	Cubierta
37.8.9.04	EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE DEFIBRILACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.8.9.05	EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO	Cubierta
37.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN CORAZÓN Y PERICARDIO	
37.9.0.	CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA	Cubierta
37.9.0.01	CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA VÍA ABIERTA	Cubierta
37.9.0.02	CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
37.9.0.03	CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
37.9.1.	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX ABIERTO	Cubierta
Incluye:	<i>ESTIMULACIÓN CARDÍACA ELÉCTRICA A TÓRAX ABIERTO</i>	
37.9.1.00	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX ABIERTO SOD	Cubierta
37.9.2.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN CORAZÓN	Cubierta
37.9.2.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN CORAZÓN SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
37.9.3.	DILATACIÓN DE TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR DERECHO	Cubierta
37.9.3.01	DILATACIÓN DE TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR DERECHO VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
38.	PROCEDIMIENTOS EN VASOS SANGUÍNEOS (INCISIÓN, ESCISIÓN Y OCLUSIÓN)	
Simultáneo:	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>	
Excluye:	<i>AQUELLOS DE VASOS CARDÍACOS (36.)</i>	
38.0.	TROMBOEMBOLECTOMÍA	
Incluye:	<i>TROMBECTOMÍA, TROMBOLISIS, EMBOLECTOMÍA, MECÁNICA O FARMACOLÓGICA</i>	
38.0.1.	TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS INTRACRANEALES	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR ANEURISMAS, MALFORMACIONES AV, FÍSTULAS AV, VASOESPASMO, MALFORMACIÓN DE VENA DE GALENO, TROMBOLISIS CEREBRAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Simultáneo:	PANANGIOGRAFÍA (87.4.1.33)	
38.0.1.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE CEREBRAL MEDIA	Cubierta
38.0.1.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE COMUNICANTE ANTERIOR	Cubierta
38.0.1.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE CARÓTIDA INTERNA SUPRACLINOIDEA	Cubierta
38.0.1.04	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE OFTÁLMICA	Cubierta
38.0.1.05	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS INTRACRANEALES	Cubierta
38.0.1.10	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.0.1.11	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VÍA ENDOVENOSA	Cubierta
38.0.2.	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR FÍSTULAS VERTEBRALES, CAROTÍDEAS, HEMANGIOMAS DE CABEZA Y CUELLO	
Simultáneo:	PANANGIOGRAFIA (87.4.1.33)	
38.0.2.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL DE ZONA I Y III DE CUELLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.0.2.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO	Cubierta
38.0.2.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO	Cubierta
38.0.2.04	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA DE ZONA II DE CUELLO	Cubierta
38.0.2.05	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
38.0.2.10	TROMBOLISIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.0.3.	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
38.0.3.01	TROMBOLECTOMÍA DE ARTERIA SUBCLAVIA	Cubierta
38.0.3.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL AXILAR	Cubierta
38.0.3.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO	Cubierta
38.0.3.04	TROMBOLECTOMÍA DE VENA SUBCLAVIA	Cubierta
38.0.3.05	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA AXILAR	Cubierta
38.0.3.06	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO	Cubierta
38.0.3.07	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.0.4.	TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS TORÁCICOS	No Cubierta
38.0.4.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL TORÁCICA	No Cubierta
38.0.4.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA TORÁCICA	No Cubierta
38.0.4.03	TROMBOLISIS EN VASOS TORÁCICOS	No Cubierta
38.0.5.	TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS ESPINALES	Cubierta
Incluye:	<i>VASOS VERTEBRALES, MENÍNGEOS Y MEDULARES</i>	
38.0.5.00	TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS ESPINALES SOD	Cubierta
38.0.6.	TROMBOEMBOLECTOMÍA EN ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta
38.0.6.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIAS ABDOMINALES VÍA ABIERTA	Cubierta
38.0.6.02	TROMBOLISIS ARTERIAL ABDOMINAL VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.0.6.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.0.7.	TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VENAS ABDOMINALES	Cubierta
38.0.7.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VENAS ABDOMINALES, VÍA ABIERTA	Cubierta
38.0.7.02	TROMBOLISIS VENOSA ABDOMINAL, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.0.7.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VENAS ABDOMINALES	Cubierta
38.0.8.	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.0.8.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.0.8.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.0.8.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.0.8.10	TROMBOLISIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.0.9.	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.0.9.01	TROMBOEMBOLECTOMÍA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	Cubierta
38.0.9.02	TROMBOEMBOLECTOMÍA INFRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.0.9.03	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.0.9.04	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.0.9.10	TROMBOLISIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.1.	ENDARTERECTOMIA	
Incluye:	<i>AQUELLA CON O SIN PARCHES</i>	
38.1.1.	ENDARTERECTOMIA EN VASOS INTRACRANEALES	Cubierta
38.1.1.01	ENDARTERECTOMIA DE LA CARÓTIDA INTERNA PORCIÓN INTRACRANEAL	Cubierta
38.1.1.02	ENDARTERECTOMIA DE VASOS INTRACRANEALES	Cubierta
38.1.2.	ENDARTERECTOMIA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO	Cubierta
38.1.2.01	ENDARTERECTOMIA DE LA CARÓTIDA COMUN	Cubierta
38.1.2.02	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA	Cubierta
38.1.2.03	ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA INTERNA PORCIÓN CERVICAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.1.2.04	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
38.1.3.	ENDARTERECTOMIA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
38.1.3.01	ENDARTERECTOMIA DE SUBCLAVIA	Cubierta
38.1.3.02	ENDARTERECTOMIA AXILAR	Cubierta
38.1.3.03	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE BRAZO O ANTEBRAZO	Cubierta
38.1.3.04	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
38.1.4.	ENDARTERECTOMIA DE AORTA	Cubierta
38.1.4.00	ENDARTERECTOMIA DE AORTA SOD	Cubierta
38.1.5.	ENDARTERECTOMIA EN VASOS TORÁCICOS	Cubierta
38.1.5.01	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR	Cubierta
38.1.5.02	ENDARTERECTOMIA DE VASOS TORÁCICOS	Cubierta
38.1.6.	ENDARTERECTOMIA EN ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.1.6.01	ENDARTERECTOMIA RENAL	Cubierta
38.1.6.02	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTÉRICA	Cubierta
38.1.6.03	ENDARTERECTOMIA AORTOILÍACA	Cubierta
38.1.6.04	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta
38.1.8.	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.1.8.01	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR	Cubierta
38.1.8.02	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR	Cubierta
38.1.8.03	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN VASOS SANGUÍNEOS	
38.2.1.	BIOPSIA DE VASO SANGUÍNEO	Cubierta
38.2.1.01	BIOPSIA DE VASO SANGUÍNEO SUPERFICIAL	Cubierta
38.2.1.02	BIOPSIA DE VASO SANGUÍNEO PROFUNDO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.2.2.	ANGIOSCOPIA PERCUTÁNEA	No Cubierta
38.2.2.00	ANGIOSCOPIA PERCUTÁNEA SOD	No Cubierta
38.2.3.	PRUEBAS FUNCIONALES EN VASOS SANGUÍNEOS	Cubierta con aclaración
38.2.3.01	PRUEBA FUNCIONAL EN VASOS INTRACRANEALES	Cubierta
38.2.3.02	PRUEBA FUNCIONAL EN VASOS ESPINALES	No Cubierta
38.2.3.05	CAPILAROSCOPIA (VIDEO CAPILAROSCOPIA)	Cubierta
38.3.	RESECCIÓN DE VASO CON ANASTOMOSIS	
Incluye:	ANGIECTOMIA, ESCISIÓN DE LESIÓN EN VASO SANGUÍNEO (ANEURISMAS, FÍSTULAS AV MALFORMACIÓN AV) CONGÉNITA O ADQUIRIDA	
Excluye:	REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (36.2.)	
38.3.1.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS INTRACRANEALES	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR FÍSTULAS, ANEURISMAS, TUMORES EN VASOS INTRACARANEALES ENTRE OTRAS CAUSAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.3.1.01	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA SUPRATENTORIAL SPETZLER I Y II	Cubierta
38.3.1.02	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA SUPRATENTORIAL SPETZLER III, IV Y V	Cubierta
38.3.1.03	RESECCIÓN DE MALFORMACIONES ARTERIO VENOSAS DE LÍNEA MEDIA E INTRAVENTRICULAR	Cubierta
38.3.1.04	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA INFRATENTORIAL SPETZLER I Y II	Cubierta
38.3.1.05	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA INFRATENTORIAL SPETZLER III, IV Y V	Cubierta
38.3.1.06	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS INTRACRANEALES	Cubierta
38.3.2.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR MALFORMACIÓN ARTERIO VENOSA, ANEURISMA DE CARÓTIDA Y OTROS VASOS DE CUERO CABELLUDO, CARA O CUELLO	
38.3.2.01	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA DE CUERO CABELLUDO, CARA O CUELLO	Cubierta
38.3.2.02	RESECCIÓN ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO	Cubierta
38.3.2.03	RESECCIÓN ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO	Cubierta
38.3.2.04	RESECCIÓN VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.3.2.05	RESECCIÓN VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO	Cubierta
38.3.2.06	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
38.3.3.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
38.3.3.01	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS PRIMARIA DE SUBCLAVIA	Cubierta
38.3.3.02	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS PRIMARIA AXILAR	Cubierta
38.3.3.03	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL EN BRAZO O ANTEBRAZO	Cubierta
38.3.3.04	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
38.3.4.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN AORTA	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR TRAUMA, DISECCIÓN O ANEURISMA ENTRE OTRAS CAUSAS	
Simultáneo:	CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)	
38.3.4.04	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE AORTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.3.4.05	RECONSTRUCCION AÓRTICA TORACO- ABDOMINAL (METODOS CLASICO, DE KOUCHOUKOSY DE LA TROMPA DE ELEFANTE)	Cubierta
38.3.4.06	RECONSTRUCCION DE AORTA TORÁCICA ASCENDENTE VÍA ABIERTA	Cubierta
38.3.4.07	RECONSTRUCCION DE AORTA TORÁCICA ASCENDENTE VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
38.3.4.08	RECONSTRUCCION DEL CAYADO AÓRTICO VÍA ABIERTA	Cubierta
38.3.4.09	RECONSTRUCCION DEL CAYADO AÓRTICO VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
38.3.4.10	RECONSTRUCCION DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE VÍA ABIERTA	Cubierta
38.3.4.11	RECONSTRUCCION DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
38.3.4.12	REIMPLANTE O RECONSTRUCCIÓN DE OSTIA CORONARIA VÍA ABIERTA	Cubierta
38.3.4.13	REIMPLANTE O RECONSTRUCCIÓN DE OSTIA CORONARIA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
38.3.4.14	REVASCULARIZACIÓN DE VASOS DE CUELLO VÍA ABIERTA	Cubierta
38.3.5.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES	Cubierta
Incluye:	VASOS VERTEBRALES, MENÍNGEOS Y MEDULARES	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.3.5.01	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES, SEGMENTO CERVICAL	Cubierta
38.3.5.02	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES, SEGMENTO TORÁCICO	Cubierta
38.3.5.03	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES, SEGMENTO LUMBOSACRO	Cubierta
38.3.5.04	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS ESPINALES	Cubierta
38.3.6.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta
38.3.6.01	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta
38.3.6.02	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta
38.3.7.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VENAS ABDOMINALES	Cubierta
38.3.7.01	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE VENAS ABDOMINALES	Cubierta
38.3.7.02	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS ABDOMINALES	Cubierta
38.3.8.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.3.8.01	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA SUPRAPATELAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.3.8.02	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA INFRAPATELAR	Cubierta
38.3.8.03	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.3.9.	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.3.9.01	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL SUPRAPATELAR	Cubierta
38.3.9.02	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL INFRAPATELAR	Cubierta
38.3.9.03	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.4.	RESECCIÓN DE VASO CON SUSTITUCIÓN	
Incluye:	ANGIECTOMIA CON SUSTITUCIÓN, ESCISIÓN DE LESIÓN EN VASO (ANEURISMAS, FÍSTULAS AV) CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS; RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO O PARCHE SINTETICO	
38.4.2.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO	Cubierta
38.4.2.01	RESECCIÓN CON INJERTO AUTÓLOGO O PRÓTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DEL CUELLO	Cubierta
38.4.2.02	RESECCIÓN CON INJERTO AUTÓLOGO O PRÓTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DEL CUELLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.4.2.03	ESCISIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
38.4.3.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
38.4.3.01	RESECCIÓN DE SUBCLAVÍA CON INTERPOSICIÓN DE INJERTO O PRÓTESIS	Cubierta
38.4.3.02	RESECCIÓN AXILAR CON INTERPOSICIÓN DE INJERTO O PRÓTESIS	Cubierta
38.4.3.03	RESECCIÓN EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOSICIÓN DE INJERTO O PRÓTESIS	Cubierta
38.4.3.04	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
38.4.4.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE AORTA ABDOMINAL	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR ANEURISMAS, FÍSTULAS, TRAUMA, DISECCIÓN ENTRE OTRAS CAUSAS	
38.4.4.00	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE AORTA ABDOMINAL SOD	Cubierta
38.4.5.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS TORÁCICOS	Cubierta
Incluye:	AORTA, INNOMINADA, PULMONAR, SUBCLAVIA, CAVA SUPERIOR	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.4.5.00	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS TORÁCICOS SOD	Cubierta
38.4.6.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta
Incluye:	<i>ESPLÉNICA, MESENTÉRICA, HEPÁTICA, RENAL, ILÍACA, GÁSTRICA, TRONCO CELÍACO, UMBILICAL</i>	
38.4.6.00	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD	Cubierta
38.4.7.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS ABDOMINALES	Cubierta
Incluye:	<i>ESPLÉNICA, ILÍACA, PORTAL, RENAL, CAVA INFERIOR</i>	
38.4.7.00	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS ABDOMINALES SOD	Cubierta
38.4.8.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.4.8.01	RESECCIÓN ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO AUTÓLOGO O PRÓTESIS	Cubierta
38.4.8.02	RESECCIÓN ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO AUTÓLOGO O PRÓTESIS	Cubierta
38.4.8.03	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.4.9.	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.4.9.01	TRANSPOSICIÓN VENOSA CON SEGMENTO VALVULADO	Cubierta
38.4.9.02	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.5.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS SANGUÍNEOS	
Incluye:	<i>AQUELLA POR ANEURISMA, MALFORMACIÓN AV, FÍSTULA AV U OTRA LESIÓN DE VASO SANGUÍNEO, EMBOLIZACIÓN VÍA ENDOVASCULAR</i>	
38.5.1.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES	Cubierta
38.5.1.01	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE CIRCULACIÓN CEREBRAL ANTERIOR	Cubierta
Incluye:	<i>ARTERIAS CEREBRAL ANTERIOR, COMUNICANTE ANTERIOR, COROIDEA ANTERIOR, HIPOFISIARIA ANTERIOR, OFTÁLMICA ENTRE OTRAS</i>	
38.5.1.02	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIA CARÓTIDA INTRACEREBRAL	Cubierta
38.5.1.03	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE CARÓTIDA EN SENO CAVERNOSO	Cubierta
38.5.1.04	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.5.1.05	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS MENÍNGEOS O SENOS DURALES	Cubierta
38.5.1.06	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES	Cubierta
38.5.1.10	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE CIRCULACIÓN CEREBRAL POSTERIOR	Cubierta
Incluye:	ARTERIAS CEREBRAL POSTERIOR, CEREBELOSA SUPERIOR, CEREBELOSA ANTEROINFERIOR, CEREBELOSA POSTEROINFERIOR, COMUNICANTE POSTERIOR, BASILAR PORCIÓN MEDIA ENTRE OTRAS	
38.5.1.11	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE LESIÓN EN ARTERIA VERTEBRAL	Cubierta
38.5.1.20	OCCLUSIÓN DE LESIÓN EN VASOS INTRACRANEALES, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.5.2.	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO	Cubierta
Incluye:	EMBOLIZACIÓN DE TUMORES, Y EPISTAXIS	
38.5.2.01	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO	Cubierta
38.5.2.02	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO	Cubierta
38.5.2.03	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.5.2.04	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO	Cubierta
38.5.2.05	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
38.5.2.20	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.5.3.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
38.5.3.01	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE SUBCLAVIA	Cubierta
38.5.3.02	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES	Cubierta
38.5.3.03	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO	Cubierta
38.5.3.04	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
38.5.3.20	OCLUSIÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.5.4.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES	Cubierta
38.5.4.01	OCLUSIÓN DE VASOS ESPINALES, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.5.4.02	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.5.5.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORÁCICOS	Cubierta
38.5.5.01	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORACICOS	Cubierta
38.5.5.20	OCLUSION DE VASOS TORACICOS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
38.5.5.21	OCLUSION DE COLATERALES AORTO PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
38.5.6.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta
Incluye:	<i>ESPLÉNICA, GÁSTRICA, HEPÁTICA, ILÍACA, MESENTÉRICA, RENAL, TRONCO CELÍACO, UMBILICAL</i>	
38.5.6.01	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES, UNA O MÁS (SELECTIVAS)	Cubierta
38.5.6.02	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta
38.5.6.20	OCLUSIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.5.7.	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES	Cubierta
Incluye:	<i>ESPLÉNICA, ILÍACA, PORTA, RENAL, CAVA INFERIOR</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.5.7.01	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES, UNA O MAS	Cubierta
38.5.7.02	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES	Cubierta
38.5.7.20	OCCLUSIÓN DE VENAS INTRAABDOMINALES, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.5.8.	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
Incluye:	<i>FEMORAL COMÚN Y SUPERFICIAL, POPLÍTEA Y TIBIAL</i>	
38.5.8.01	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR	Cubierta
38.5.8.02	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR	Cubierta
38.5.8.03	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.5.8.20	OCCLUSIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.5.9.	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.5.9.01	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA SUPRAPATELAR	Cubierta
38.5.9.02	OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.5.9.03	LIGADURA DE PERFORANTES	Cubierta
38.5.9.04	LIGADURA ENDOSCÓPICA DE PERFORANTES	Cubierta
38.5.9.05	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.5.9.20	OCLUSIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR	Cubierta
38.6.	OTRA ESCISIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS	
38.6.1.	TOMA DE INJERTO ARTERIAL	Cubierta
38.6.1.00	TOMA DE INJERTO ARTERIAL SOD	Cubierta
38.6.2.	TOMA DE INJERTO VENOSO	Cubierta
38.6.2.00	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD	Cubierta
38.6.3.	ESCLEROSIS DE LESIÓN EN VASOS SANGUÍNEOS	Cubierta con aclaración
38.6.3.01	ESCLEROSIS DE LESIÓN EN VASOS SANGUÍNEOS VÍA PERCUTÁNEA	No Cubierta
38.6.3.02	ESCLEROSIS DE LESIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.6.4.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO)	Cubierta
38.6.4.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VÍA ABIERTA	Cubierta
38.6.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VÍA ENDOVASCULAR [PERCUTÁNEA]	Cubierta
38.7.	INTERRUPCION O PLICATURA DE VENA CAVA	
38.7.2.	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR)	No Cubierta
38.7.2.00	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR) SOD	No Cubierta
38.7.3.	INSERCIÓN DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA	Cubierta
38.7.3.00	INSERCIÓN DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR) SOD	Cubierta
38.8.	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS	
Excluye:	LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS (42.9.1.) Y GÁSTRICAS (44.9.1.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.8.7.	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES	Cubierta
38.8.7.00	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES SOD	Cubierta
38.8.9.	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.8.9.01	LIGADURA Y ESCISIÓN SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	Cubierta
38.8.9.02	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	Cubierta
38.8.9.03	LIGADURA Y ESCISIÓN DE SAFENA EXTERNA	Cubierta
38.8.9.04	LIGADURA Y ESCISIÓN DE SAFENA INTERNA	Cubierta
38.8.9.05	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
38.9.	PUNCIÓN DE VASO	
Excluye:	<i>AQUELLA PARA MONITORIZACIÓN CIRCULATORIA (89.6.)</i>	
38.9.0.	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER ARTERIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.9.0.01	COLOCACIÓN DE CATÉTER ARTERIAL FEMORAL O BRAQUIAL	Cubierta
38.9.0.02	COLOCACIÓN CATÉTER ARTERIAL PERIFÉRICO (LÍNEA ARTERIAL)	Cubierta
38.9.1.	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO	Cubierta
38.9.1.01	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	Cubierta
38.9.1.02	INSERCIÓN DE CATÉTER YUGULAR	Cubierta
38.9.1.03	INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL, VÍA PERIFÉRICA	Cubierta
38.9.1.04	INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL VÍA ABIERTA	Cubierta
38.9.1.05	INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
38.9.1.06	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO DE ACCESO VASCULAR IMPLANTABLE	Cubierta
38.9.1.07	INSERCIÓN DE CATÉTER PERMANENTE	Cubierta
Incluye:	PARA HEMODIÁLISIS QUIMIOTERAPIA Y OTRAS	
38.9.1.08	INSERCIÓN DE CATÉTER EN VENA CAVA VÍA TRANSLUMBAR (TRANSCAVO)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
38.9.2.	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL	Cubierta
38.9.2.00	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL SOD	Cubierta
38.9.3.	CATETERISMO O CANALIZACIÓN DE VENA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA PARA TROMBOLISIS SISTÉMICA</i>	
38.9.3.00	CATETERISMO O CANALIZACIÓN DE VENA SOD	Cubierta
38.9.4.	DISECCIÓN VENOSA	Cubierta
38.9.4.00	DISECCIÓN VENOSA SOD	Cubierta
38.9.5.	CATETERIZACIÓN VENOSA PARA DIÁLISIS RENAL	Cubierta
38.9.5.00	CATETERIZACIÓN VENOSA PARA DIÁLISIS RENAL SOD	Cubierta
38.9.9.	OTRA PUNCIÓN DE VENA	Cubierta
38.9.9.00	FLEBOTOMÍA TERAPÉUTICA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VASOS SANGUÍNEOS	
39.0.	DERIVACIÓN SISTÉMICA A ARTERIA PULMONAR	
Simultáneo:	<i>CUANDO SE REALICE DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR [CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA] (39.6.1.)</i>	
39.0.1.	ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR	Cubierta
39.0.1.00	ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR SOD	Cubierta
39.0.2.	ANASTOMOSIS (INJERTO) SUBCLAVIA-PULMONAR	Cubierta
39.0.2.00	ANASTOMOSIS (INJERTO) SUBCLAVIA-PULMONAR SOD	Cubierta
39.1.	DERIVACIÓN VENOSA	
39.1.2.	DERIVACIÓN VENOSA EN CUELLO	Cubierta con aclaración
39.1.2.01	DERIVACIÓN YUGULO-CAVA	No Cubierta
39.1.2.02	DERIVACIÓN YUGULO-ATRIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.1.7.	DERIVACIÓN VENOSA INTRAABDOMINAL	Cubierta con aclaración
39.1.7.01	DERIVACIÓN PORTO-CAVA	Cubierta
39.1.7.02	DERIVACIÓN MESENTÉRICO-CAVA	Cubierta
39.1.7.03	DERIVACIÓN ESPLENO-RENAL	Cubierta
39.1.7.04	DERIVACIÓN PORTO-SISTÉMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPÁTICA	No Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR HIPERTENSIÓN PORTAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
Simultáneo:	<i>GUIADA POR IMAGENOLOGÍA (87.)</i>	
39.2.	RECONSTRUCCIÓN, ANASTOMOSIS O DERIVACIÓN O PUENTES DE VASOS NO CORONARIOS	
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
39.2.0.	DERIVACIÓN O PUENTE VASCULAR EXTRACRANEAL-INTRACRANEANO	No Cubierta
39.2.0.00	DERIVACIÓN O PUENTE VASCULAR EXTRACRANEAL-INTRACRANEANO SOD	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.2.1.	ANASTOMOSIS DE VENA CAVA-ARTERIA PULMONAR	No Cubierta
39.2.1.00	ANASTOMOSIS DE VENA CAVA-ARTERIA PULMONAR SOD	No Cubierta
39.2.2.	DERIVACIÓN AORTA-SUBCLAVIA-CAROTÍDEA	Cubierta
39.2.2.01	DERIVACIÓN DE AORTA A CARÓTIDA	Cubierta
39.2.2.02	DERIVACIÓN O PUENTE AXILO-AXILAR	Cubierta
39.2.2.03	DERIVACIÓN O PUENTE SUBCLAVIO-SUBCLAVIO	Cubierta
39.2.2.04	DERIVACIÓN O PUENTE AORTO-SUBCLAVIO	Cubierta
39.2.4.	DERIVACIÓN AORTA-RENAL	Cubierta
Incluye:	<i>DERIVACIÓN HEPATO-RENAL, ESPLENO-RENAL, ILIO-RENAL, Y REIMPLANTE DE ARTERIA RENAL O VASO RENAL ABERRANTE</i>	
39.2.4.00	DERIVACIÓN AORTA-RENAL SOD	Cubierta
39.2.5.	DERIVACIÓN AORTA-ILÍACA-FEMORAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.2.5.01	DERIVACIÓN AORTO-FEMORAL	Cubierta
39.2.5.02	DERIVACIÓN AORTO-ILÍACA	Cubierta
39.2.5.03	DERIVACIÓN O PUENTE ILIO-FEMORAL	Cubierta
39.2.6.	OTRAS DERIVACIONES VASCULARES INTRABDOMINALES O EXTRA-ANATÓMICAS	Cubierta
39.2.6.01	DERIVACIÓN O PUENTE FEMORO-FEMORAL (CRUZADO)	Cubierta
39.2.6.02	DERIVACIÓN O PUENTE AXILO-FEMORAL UNILATERAL	Cubierta
39.2.6.03	DERIVACIÓN O PUENTE AXILO-FEMORAL BIFEMORAL (CRUZADO)	Cubierta
39.2.6.04	DERIVACIÓN AÓRTICO-MESENTERICO SUPERIOR	Cubierta
39.2.6.05	DERIVACIÓN ILIO-FEMORAL POR AGUJERO OBTURADOR	Cubierta
39.2.6.20	DERIVACIÓN O PUENTE AORTO-AÓRTICO	Cubierta
39.2.7.	ARTERIOVENOSTOMÍA PARA DIÁLISIS RENAL	Cubierta
39.2.7.01	FORMACIÓN DE FÍSTULA AV (PERIFÉRICA) PARA DIÁLISIS RENAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.2.7.02	FORMACIÓN DE FÍSTULA AV (PERIFÉRICA) PARA DIÁLISIS RENAL CON PRÓTESIS [DERIVACIÓN AV POR CÁNULA EXTERNA DE SCRIBNER] [INSERCIÓN DE CÁNULA VASO A VASO]	Cubierta
39.2.8.	DERIVACIÓN O PUENTES EN VASOS PERIFÉRICOS	Cubierta
39.2.8.01	DERIVACIÓN (INJERTO) AXILAR-BRAQUIAL	Cubierta
39.2.8.02	DERIVACIÓN (INJERTO) O PUENTE FEMORO-PERONEAL	Cubierta
39.2.8.03	DERIVACIÓN (INJERTO) O PUENTE FEMORO-POPLITEO	Cubierta
39.2.8.04	DERIVACIÓN (INJERTO) O PUENTE FEMORO-TIBIAL	Cubierta
39.2.8.05	DERIVACIÓN O PUENTES DE VASOS PERIFÉRICOS	Cubierta
39.3.	SUTURA DE VASO SANGUÍNEO	
39.3.2.	SUTURA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO	Cubierta
39.3.2.01	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA I Y III DEL CUELLO	Cubierta
39.3.2.02	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA II DEL CUELLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.3.2.03	SUTURA DE VENAS ZONA I Y III DE CUELLO	Cubierta
39.3.2.04	SUTURA DE VENAS ZONA II DE CUELLO	Cubierta
39.3.2.05	SUTURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
39.3.2.10	SUTURA DE VASOS DE CUERO CABELLUDO	Cubierta
39.3.3.	SUTURA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
39.3.3.01	SUTURA DE ARTERIA SUBCLAVIA	Cubierta
39.3.3.02	SUTURA DE ARTERIA AXILAR	Cubierta
39.3.3.03	SUTURA DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	Cubierta
39.3.3.04	SUTURA DE VENA AXILAR	Cubierta
39.3.3.05	SUTURA DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO	Cubierta
39.3.3.06	RECONSTRUCCIÓN DE VASOS PERIFÉRICOS EN MANO	Cubierta
39.3.3.07	SUTURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.3.6.	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta
39.3.6.00	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD	Cubierta
39.3.7.	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES	Cubierta
39.3.7.00	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES SOD	Cubierta
39.3.8.	SUTURA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
39.3.8.04	SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS VÍA ABIERTA	Cubierta
39.3.8.05	SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.3.8.06	SUTURA INFRAPATELAR DE ARTERIAS VÍA ABIERTA	Cubierta
39.3.8.07	SUTURA INFRAPATELAR DE ARTERIAS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.3.9.	SUTURA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
39.3.9.04	SUTURA SUPRAPATELAR DE VENAS VÍA ABIERTA	Cubierta
39.3.9.05	SUTURA SUPRAPATELAR DE VENAS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.3.9.06	SUTURA INFRAPATELAR DE VENAS VÍA ABIERTA	Cubierta
39.3.9.07	SUTURA INFRAPATELAR DE VENAS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.4.	REVISIÓN DE PROCEDIMIENTO VASCULAR	
39.4.1.	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE CIRUGÍA VASCULAR	Cubierta
39.4.1.00	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE CIRUGÍA VASCULAR SOD	Cubierta
39.4.2.	REVISIÓN DE DERIVACIÓN (FÍSTULA) ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL	Cubierta
39.4.2.00	REVISIÓN DE DERIVACIÓN (FÍSTULA) ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL SOD	Cubierta
39.4.3.	EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL	Cubierta
39.4.3.00	EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL SOD	Cubierta
39.5.	OTRA REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS	
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.5.0.	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA EN VASOS NO CORONARIOS CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	Cubierta
39.5.0.01	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE VASOS NO CORONARIOS CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	Cubierta
39.5.0.10	ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE VASOS INTRACRANEALES	Cubierta
39.5.0.11	ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE VASOS INTRACRANEALES, CON COLOCACIÓN PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	Cubierta
39.5.0.12	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE ARTERIA CARÓTIDA	Cubierta
39.5.0.13	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE ARTERIA VERTEBRAL	Cubierta
39.5.0.14	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE ARTERIA BASILAR	Cubierta
39.5.0.15	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CARÓTIDA, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	Cubierta
39.5.0.16	ANGIOPLASTIA ARTERIA VERTEBRAL, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	Cubierta
39.5.0.17	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE ARTERIA BASILAR, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	Cubierta
39.5.0.20	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.5.0.21	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA CON BALÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	Cubierta
39.5.0.22	ANGIOPLASTIA DE VASOS TORÁCICOS VÍA ABIERTA	Cubierta
39.5.0.23	ANGIOPLASTIA DE VASOS TORÁCICOS MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
39.5.0.24	ANGIOPLASTIA DE VASOS TORÁCICOS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.5.0.25	ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES VÍA ABIERTA	Cubierta
39.5.0.26	ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
39.5.0.27	ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.5.0.28	MARSUPIALIZACION AL PERICARDIO Y COLOCACION DE PARCHE EN VENAS PULMONARES	Cubierta
39.5.0.30	ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
39.5.0.31	ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	Cubierta
39.5.0.60	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE VASOS ABDOMINALES CON BALÓN	Cubierta
39.5.0.61	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE VASOS ABDOMINALES CON BALÓN, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.5.0.62	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE ARTERIA MESENTÉRICA	Cubierta
39.5.0.63	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE ARTERIA RENAL	Cubierta
39.5.0.80	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN	Cubierta
39.5.0.81	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN, PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	Cubierta
39.5.1.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VASOS	Cubierta con aclaración
39.5.1.01	DENERVACION DE ARTERIAS RENALES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	No Cubierta
39.5.1.02	PLASTIA POR ESTENOSIS DE VENAS SISTÉMICAS VÍA ABIERTA	Cubierta
39.5.1.03	TUNELIZACIÓN DE VENA CAVA IZQUIERDA A LA AURÍCULA DERECHA	Cubierta
39.5.2.	OTRA REPARACIÓN DE ANEURISMA	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR ANEURISMA GIGANTE (MAYOR DE DOS CENTÍMETROS DE DIAMETRO) ENTRE OTRAS CAUSAS	
Simultáneo:	GUIA IMAGENOLÓGICA -ECOGRAFÍA DOPPLER (88.2.8.) EN EL MANEJO COMPRESIVO DE SEUDOANEURISMA ARTERIAL POSPUNCIÓN O POSTRAUMA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.5.2.02	REPARACIÓN DE ANEURISMA POR ENVOLTURA [REFORZAMIENTO DE PARED]	Cubierta
39.5.2.05	REPARACION DE ANEURISMA POR OCLUSION VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.5.2.11	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VÍA ABIERTA	Cubierta
39.5.2.12	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VÍA ENDOSCOPICA	Cubierta
39.5.2.13	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.5.2.14	REPARO DE VASOS DE MEDIANO CALIBRE VÍA ABIERTA	Cubierta
39.5.2.15	REPARO DE VASOS DE MEDIANO CALIBRE VÍA ENDOSCOPICA	Cubierta
39.5.2.16	REPARO DE VASOS DE MEDIANO CALIBRE VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.5.2.17	REPARO DE VASOS DE PEQUEÑO CALIBRE VÍA ABIERTA	Cubierta
39.5.2.18	REPARO DE VASOS DE PEQUEÑO CALIBRE VÍA ENDOSCOPICA	Cubierta
39.5.2.19	REPARO DE VASOS DE PEQUEÑO CALIBRE VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.5.2.20	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.5.3.	CIERRE DE FÍSTULAS VASCULARES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>AQUELLA CON RESECCIÓN (38.3., 38.6.), SUSTITUCIÓN O INJERTO (38.4.); REPARACIÓN DE DERIVACIÓN AV PARA DIÁLISIS RENAL (39.4.2.)</i>	
39.5.3.01	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VÍA ABIERTA	Cubierta
39.5.3.02	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.5.3.03	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
39.5.3.04	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
39.5.3.05	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
39.5.3.06	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.5.3.07	CIERRE DE FISTULA VENOVENOSA VÍA ABIERTA	Cubierta
39.5.3.08	CIERRE DE FISTULA VENOVENOSA MÍNIMAMENTE INVASIVA	Cubierta
39.5.3.09	CIERRE DE FISTULA VENOVENOSA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
39.5.4.	OPERACIÓN DE RE-ENTRADA (AORTA)	Cubierta
39.5.4.00	OPERACIÓN DE RE-ENTRADA (AORTA) SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.5.6.	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE DE TEJIDO	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLAS CON RESECCIÓN (38.4.2. A 38.4.9.)</i>	
39.5.6.00	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE DE TEJIDO SOD	Cubierta
39.5.7.	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE SINTETICO	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLAS CON RESECCIÓN (38.4.2. A 38.4.9.)</i>	
39.5.7.00	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE SINTÉTICO SOD	Cubierta
39.5.8.	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE NO ESPECIFICADO	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLAS CON RESECCIÓN (38.4.2. A 38.4.9.)</i>	
39.5.8.00	REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE NO ESPECIFICADO SOD	Cubierta
39.6.	CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA Y PROCEDIMIENTOS AUXILIARES PARA CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.6.1.	CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA AUXILIAR PARA CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA	Cubierta
Incluye:	<i>PREPARACIÓN DE MEZCLA DE MEDICAMENTOS PARA CARDIOPLEJIA</i>	
39.6.1.00	CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA AUXILIAR PARA CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA [DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR] SOD	Cubierta
39.6.2.	HIPOTERMIA (SISTÉMICA) ACCESORIA DE CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA	Cubierta
39.6.2.00	HIPOTERMIA (SISTÉMICA) ACCESORIA DE CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA SOD	Cubierta
39.6.5.	OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA DE LA MEMBRANA [ECMO]	No Cubierta
39.6.5.01	OXIGENACION EXTRACORPOREA DE MEMBRANA [ECMO]	No Cubierta
39.6.5.02	CANULACIÓN PERIFÉRICA PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	No Cubierta
39.6.5.03	CANULACIÓN CENTRAL PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	No Cubierta
39.6.5.04	REACOMODACIÓN O RECANULACIÓN DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	No Cubierta
39.6.5.05	RETIRO DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.6.6.	DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR PERCUTÁNEA	No Cubierta
39.6.6.00	DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR PERCUTÁNEA SOD	No Cubierta
39.7.	EXPLORACIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS	
39.7.2.	EXPLORACIÓN DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO	Cubierta
39.7.2.01	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA	Cubierta
39.7.2.02	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS ZONA I Y III DE CUELLO	Cubierta
39.7.2.03	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS EN ZONA II DE CUELLO	Cubierta
39.7.2.04	EXPLORACIÓN DE VENAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA	Cubierta
39.7.2.05	EXPLORACIÓN DE VENA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	Cubierta
39.7.2.06	EXPLORACIÓN DE VENA EN ZONA II DEL CUELLO	Cubierta
39.7.2.07	EXPLORACIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
39.7.3.	EXPLORACIÓN DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.7.3.01	EXPLORACIÓN DE ARTERIA SUBCLAVIA	Cubierta
39.7.3.02	EXPLORACIÓN DE ARTERIA AXILAR	Cubierta
39.7.3.03	EXPLORACIÓN DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	Cubierta
39.7.3.04	EXPLORACIÓN DE VENA SUBCLAVIA	Cubierta
39.7.3.05	EXPLORACIÓN DE VENA AXILAR	Cubierta
39.7.3.06	EXPLORACIÓN DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO	Cubierta
39.7.3.07	EXPLORACIÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
39.7.4.	EXPLORACIÓN DE AORTA ABDOMINAL	Cubierta
39.7.4.00	EXPLORACIÓN DE AORTA ABDOMINAL SOD	Cubierta
39.7.5.	EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS	Cubierta
Incluye:	AORTA, INNOMINADA, PULMONARES, SUBCLAVIA, VENAS CAVAS	
39.7.5.01	EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR ESTERNOTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.7.5.02	EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR TORACOTOMÍA	Cubierta
39.7.5.03	EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR TORACOSCOPIA	Cubierta
39.7.6.	EXPLORACIÓN EN ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta
Incluye:	<i>TRONCO CELÍACO, ESPLÉNICA, GÁSTRICA, HEPÁTICA, ILÍACA, MESENTÉRICA, RENAL, UMBILICAL, U OTRAS</i>	
39.7.6.01	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES	Cubierta
39.7.7.	EXPLORACIÓN DE VENAS ABDOMINALES	Cubierta
Incluye:	<i>ESPLÉNICA, ILÍACA, PORTA, RENAL, MESENTÉRICA, CAVA</i>	
39.7.7.00	EXPLORACIÓN DE VENAS ABDOMINALES SOD	Cubierta
39.7.8.	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
39.7.8.01	EXPLORACIÓN ARTERIAL SUPRAPATELAR	Cubierta
39.7.8.02	EXPLORACIÓN ARTERIAL INFRAPATELAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.7.8.03	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
39.7.9.	EXPLORACIÓN DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
39.7.9.01	EXPLORACIÓN VENOSA SUPRAPATELAR	Cubierta
39.7.9.02	EXPLORACIÓN VENOSA INFRAPATELAR	Cubierta
39.7.9.03	EXPLORACIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
39.8.	PROCEDIMIENTOS EN CUERPO CAROTÍDEO Y OTROS CUERPOS VASCULARES	
39.8.0.	RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO	Cubierta
39.8.0.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE CUERPO CAROTÍDEO (QUEMODECTOMÍA) SIN ESCISIÓN DE LA CARÓTIDA	Cubierta
39.8.0.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE CUERPO CAROTÍDEO (QUEMODECTOMÍA) CON ESCISIÓN DE LA CARÓTIDA	Cubierta
39.8.1.	IMPLANTACIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO DE MARCAPASOS O ESTIMULADOR ELECTRÓNICO	Cubierta
39.8.1.00	IMPLANTACIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO DE MARCAPASOS O ESTIMULADOR ELECTRÓNICO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN LOS VASOS SANGUÍNEOS	
39.9.0.	COLOCACIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES	Cubierta
39.9.0.00	COLOCACIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES SOD	Cubierta
39.9.1.	LIBERACIÓN DE VASO SANGUÍNEO (ADHERENCIAS DE HAZ VASCULAR)	Cubierta
39.9.1.00	LIBERACIÓN DE VASO SANGUÍNEO (ADHERENCIAS DE HAZ VASCULAR) SOD	Cubierta
39.9.2.	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA)	Cubierta
Excluye:	<i>INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VÁRICES ESOFÁGICAS (42.3.3.), EN HEMORROIDES (49.4.2.)</i>	
39.9.2.00	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA) SOD	Cubierta
39.9.4.	SUSTITUCIÓN O REVISIÓN DE CÁNULA VASO A VASO	Cubierta
39.9.4.00	SUSTITUCIÓN O REVISIÓN DE CÁNULA VASO A VASO SOD	Cubierta
39.9.5.	HEMODIÁLISIS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.9.5.01	HEMODIÁLISIS ESTÁNDAR CON BICARBONATO	Cubierta
39.9.6.	PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO (SISTÉMICA)	Cubierta
Simultáneo:	<i>CUALQUIER SUSTANCIA PERFUNDIDA (99.1. - 99.2.)</i>	
39.9.6.01	PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO EN ASISTENCIA CIRCULATORIA	Cubierta
39.9.6.02	PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO EN ASISTENCIA RESPIRATORIA	Cubierta
39.9.7.	PERFUSIÓN LOCAL (REGIONAL)	Cubierta
Incluye:	<i>INFUSIÓN DE AGENTES TROMBOLÍTICOS,</i>	
39.9.7.01	PERFUSIÓN LOCAL (REGIONAL) DIRÍGIDA CON CATÉTER	Cubierta
39.9.7.02	PERFUSIÓN LOCAL	Cubierta
39.9.8.	TERAPIAS DIALÍTICAS CONTINUAS	Cubierta
39.9.8.01	HEMOFILTRACIÓN ARTERIOVENOSA CONTINUA (CAVH)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
39.9.8.02	HEMOFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA (CVVH)	Cubierta
39.9.8.03	HEMODIAFILTRACIÓN ARTERIOVENOSA	Cubierta
39.9.8.04	HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA	Cubierta
39.9.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VASOS	Cubierta con aclaración
39.9.9.01	RETIRO DE CATÉTER INTRARTERIAL	Cubierta
39.9.9.02	RETIRO DE CATÉTER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE	Cubierta
39.9.9.03	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN VASCULAR EN CUERO CABELLUDO CARA O CUELLO	No Cubierta
Capítulo 08 SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO		
40.	PROCEDIMIENTOS EN EL SISTEMA LINFÁTICO	
40.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ESTRUCTURAS LINFÁTICAS	
40.1.0.	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	GUÍA IMAGENOLÓGICA	
40.1.0.01	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA CON TINCIÓN	Cubierta
40.1.0.02	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA CON RADIOMARCACIÓN	Cubierta
40.1.1.	BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFÁTICA	Cubierta
40.1.1.01	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO SUPERFICIAL	Cubierta
40.1.1.02	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO PROFUNDO	Cubierta
40.1.2.	BÚSQUEDA DE LESIÓN OCULTA	Cubierta
Incluye:	GUÍA IMAGENOLÓGICA.	
Excluye:	85.1.3.03	
40.1.2.01	BÚSQUEDA DE LESIÓN OCULTA RADIOGUIADA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
40.2.	ESCISIÓN SIMPLE DE ESTRUCTURA LINFÁTICA	
40.2.1.	ESCISIÓN DEL GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO	Cubierta
40.2.1.01	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO	Cubierta
40.2.2.	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO MAMARIO	Cubierta
40.2.2.01	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO MAMARIO INTERNO	Cubierta
40.2.3.	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO AXILAR	Cubierta
40.2.3.01	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO AXILAR VÍA ABIERTA	Cubierta
40.2.4.	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO INGUINAL	Cubierta
40.2.4.00	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO INGUINAL SOD	Cubierta
40.2.5.	ESCISIÓN DE HIGROMA QUÍSTICO DE CUELLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
40.2.5.00	ESCISIÓN DE HIGROMA QUÍSTICO DE CUELLO SOD	Cubierta
40.2.6.	ESCISIÓN DE LINFANGIOMA DE CUELLO	Cubierta
40.2.6.00	ESCISIÓN DE LINFANGIOMA DE CUELLO SOD	Cubierta
40.3.	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL	
40.3.0.	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL EXTENDIDA AL ÁREA DE DRENAJE LINFÁTICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Cubierta
40.3.0.00	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL EXTENDIDA AL ÁREA DE DRENAJE LINFÁTICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	Cubierta
40.4.	ESCISIÓN RADICAL DE GANGLIO O ESTRUCTURA LINFÁTICA CERVICAL	
Incluye:	<i>RESECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS CERVICALES CON MÚSCULO Y FASCIA PROFUNDA</i>	
40.4.0.	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO	Cubierta
40.4.0.01	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
40.4.0.02	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
40.4.0.03	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
40.4.0.04	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
40.4.4.	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO	Cubierta
Incluye:	VACIAMIENTO SUPRAOMOHIODEO Y REVACIAMIENTO SELECTIVO	
40.4.4.01	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VÍA ABIERTA	Cubierta
40.4.4.02	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
40.4.4.03	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE MEDIASTINO POR CERVICOTOMÍA	Cubierta
40.4.4.04	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE MEDIASTINO POR ESTERNOTOMÍA LIMITADA	Cubierta
40.5.	ESCISIÓN RADICAL DE OTROS GANGLIOS LINFÁTICOS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>EN CIRUGÍAS LAPAROSCÓPICAS, TORACOSCÓPICAS, ENTRE OTRAS SE INCLUYE MANO ASISTIDA</i>	
40.5.1.	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO AXILAR	Cubierta
40.5.1.01	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO AXILAR VÍA ABIERTA	Cubierta
40.5.1.02	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO AXILAR VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
40.5.2.	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) TORÁCICO O MEDIASTINAL	Cubierta
40.5.2.01	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) DE MEDIASTINO VÍA ABIERTA	Cubierta
40.5.2.02	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) DE MEDIASTINO VÍA TORACOSCÓPICA	Cubierta
40.5.2.03	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	Cubierta
40.5.3.	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO INGUINO ILIACO	Cubierta
40.5.3.04	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
40.5.3.05	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
40.5.3.06	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOILÍACO BILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
40.5.3.07	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOILÍACO BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
40.5.4.	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO ABDOMINO PÉLVICO	Cubierta
40.5.4.04	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
40.5.4.05	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
40.5.4.06	LINFADENECTOMÍA RADICAL PÉLVICA VÍA ABIERTA	Cubierta
40.5.4.07	LINFADENECTOMÍA RADICAL PÉLVICA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
40.5.4.08	LINFADENECTOMÍA RADICAL EXTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA	Cubierta
40.5.4.09	LINFADENECTOMÍA RADICAL EXTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
40.5.4.11	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
40.5.4.12	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
40.5.5.	ESCISIÓN RADICAL DE GANGLIOS LINFÁTICOS RETROPERITONEALES	Cubierta con aclaración
40.5.5.02	RESECCIÓN RADICAL DE GANGLIOS LINFÁTICOS RETROPERITONEALES VÍA ABIERTA	Cubierta
40.5.5.03	LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
40.5.6.	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES	Cubierta
40.5.6.01	VACIAMIENTO RADICAL EPITROCLEAR VÍA ABIERTA	Cubierta
40.5.6.02	VACIAMIENTO RADICAL POPLITEO VÍA ABIERTA	Cubierta
40.6.	PROCEDIMIENTOS EN CONDUCTO TORÁCICO	
40.6.1.	CANULACIÓN DE CONDUCTO TORÁCICO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
40.6.1.00	CANULACIÓN DE CONDUCTO TORÁCICO SOD	No Cubierta
40.6.2.	FISTULIZACIÓN DE CONDUCTO TORÁCICO	No Cubierta
40.6.2.00	FISTULIZACIÓN DE CONDUCTO TORÁCICO SOD	No Cubierta
40.6.3.	CIERRE DE FÍSTULA DEL CONDUCTO TORÁCICO	Cubierta
40.6.3.00	CIERRE DE FÍSTULA DEL CONDUCTO TORÁCICO SOD	Cubierta
40.6.4.	LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO	Cubierta
40.6.4.01	LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO VÍA ABIERTA	Cubierta
40.6.4.02	LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO POR TORACOSCOPIA	Cubierta
40.6.5.	DERIVACIÓN LINFOVENOSA	Cubierta
40.6.5.00	DERIVACIÓN LINFOVENOSA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
40.6.6.	LIGADURA (OBLITERACIÓN) EN EL ÁREA ILÍACA	Cubierta
40.6.6.00	LIGADURA (OBLITERACIÓN) EN EL ÁREA ILÍACA SOD	Cubierta
40.7.	REPARACIÓN DE ESTRUCTURA LINFÁTICA	
40.7.1.	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFÁTICOS	Cubierta
40.7.1.01	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFÁTICOS DE GRUESO CALIBRE	Cubierta
40.7.2.	LINFANGIORRAFIA	Cubierta
40.7.2.00	LINFANGIORRAFIA SOD	Cubierta
40.7.3.	LINFANGIOPLASTIA	Cubierta
40.7.3.00	LINFANGIOPLASTIA SOD	Cubierta
40.7.4.	TRASPLANTE DE LINFÁTICOS AUTÓGENOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
40.7.4.00	TRASPLANTE DE LINFÁTICOS AUTÓGENOS SOD	Cubierta
41.	PROCEDIMIENTOS EN MÉDULA ÓSEA Y BAZO	
41.0.	TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA O DE CÉLULAS PROGENITORAS EXTRAIDAS DE SANGRE PERIFÉRICA	
Excluye:	<i>ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA DE DONANTE (41.9.1.)</i>	
41.0.1.	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA	Cubierta
Incluye:	<i>PURIFICACIÓN EXTRACORPÓREA DE CÉLULAS MALIGNAS</i>	
41.0.1.00	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA SOD	Cubierta
41.0.2.	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA CON PURIFICACIÓN	Cubierta
Incluye:	<i>ALOINJERTO DE MÉDULA CON EXTRACCIÓN IN VITRO DE CÉLULAS T</i>	
41.0.2.00	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA CON PURIFICACIÓN SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
41.0.3.	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA SIN PURIFICACIÓN	Cubierta
41.0.3.00	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA SIN PURIFICACIÓN SOD	Cubierta
41.0.4.	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS MADRES HEMATOPOYÉTICAS	Cubierta
41.0.4.00	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS MADRES HEMATOPOYÉTICAS SOD	Cubierta
41.3.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN MÉDULA ÓSEA Y BAZO	
41.3.1.	BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA	Cubierta
41.3.1.01	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA	Cubierta
41.3.2.	BIOPSIAS DE BAZO	Cubierta
41.3.2.01	BIOPSIA DE BAZO VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
41.3.2.02	BIOPSIA DE BAZO VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
41.3.2.04	BIOPSIA DE BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
41.4.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL BAZO	
41.4.1.	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ESPLÉNICO	No Cubierta
41.4.1.01	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ESPLÉNICO VÍA ABIERTA	No Cubierta
41.4.1.02	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ESPLÉNICO VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
41.4.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO	Cubierta
41.4.2.01	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO VÍA ABIERTA	Cubierta
41.4.2.02	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
41.4.3.	ESPLENECTOMÍA PARCIAL	Cubierta con aclaración
41.4.3.01	ESPLENECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
41.4.3.02	ESPLENECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
41.4.4.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO	Cubierta
41.4.4.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VÍA ABIERTA	Cubierta
41.4.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
41.4.5.	ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO	Cubierta
41.4.5.01	ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO VÍA ABIERTA	Cubierta
41.4.5.02	ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
41.5.	RESECCIÓN TOTAL DE BAZO	
41.5.1.	ESPLENECTOMÍA TOTAL	Cubierta con aclaración
41.5.1.02	ESPLENECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
41.5.1.03	ESPLENECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
41.6.	REPARACIONES Y PLASTIAS EN BAZO	
41.6.1.	ESPLENORRAFIA	Cubierta
41.6.1.02	ESPLENORRAFIA VÍA ABIERTA	Cubierta
41.6.1.03	ESPLENORRAFIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
41.6.2.	ESPLENONEUMOPEXIA	No Cubierta
41.6.2.01	ESPLENONEUMOPEXIA VÍA ABIERTA	No Cubierta
41.6.2.02	ESPLENONEUMOPEXIA VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
41.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN BAZO Y MÉDULA ÓSEA	
41.9.1.	ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA DE DONANTE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
41.9.1.00	ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA DE DONANTE SOD	Cubierta
41.9.2.	INYECCIÓN DE MÉDULA ÓSEA	Cubierta
41.9.2.00	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE MÉDULA ÓSEA SOD	Cubierta
41.9.4.	TRASPLANTE DE BAZO	No Cubierta
41.9.4.00	TRASPLANTE DE BAZO SOD	No Cubierta
Capítulo 09 SISTEMA DIGESTIVO		
42.	PROCEDIMIENTOS EN ESÓFAGO	
Incluye:	<i>EN CIRUGÍAS LAPAROSCÓPICAS, TORACOSCÓPICAS, ENTRE OTRAS INCLUYE MANO ASISTIDA</i>	
42.0.	ESOFAGOTOMÍA	
42.0.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA	Cubierta
42.0.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
42.0.1.02	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
42.0.1.03	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA VÍA TORACOSCÓPICA	Cubierta
42.0.1.04	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
42.1.	ESOFAGOSTOMÍA	
42.1.1.	ESOFAGOSTOMÍA CON MIOTOMÍA CERVICAL	Cubierta
42.1.1.01	ESOFAGOSTOMÍA CON MIOTOMÍA CERVICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
42.1.1.02	ESOFAGOSTOMÍA CON MIOTOMÍA CERVICAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
42.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ESÓFAGO	
42.2.0.	ESOFAGOSCOPIA	Cubierta
42.2.0.01	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISIÓN	Cubierta
42.2.0.02	ESOFAGOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	Cubierta
42.2.0.03	ESOFAGOSCOPIA VÍA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNÓSTICA SIN BIOPSIA	Cubierta
42.2.6.	BIOPSIA DE ESÓFAGO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
42.2.6.01	BIOPSIA DE ESÓFAGO VÍA ABIERTA	Cubierta
42.2.6.02	BIOPSIA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
42.3.	ESCISIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE ESÓFAGO	
42.3.0.	DIVERTICULOSTOMÍA DE ESÓFAGO	Cubierta
42.3.0.01	DIVERTICULOSTOMÍA DE ESÓFAGO TRANSORAL	Cubierta
42.3.1.	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO	Cubierta con aclaración
42.3.1.03	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO CERVICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
42.3.1.04	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO CERVICAL VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
42.3.1.05	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO TORÁCICO VÍA ABIERTA	Cubierta
42.3.1.06	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO TORÁCICO VÍA TORACOSCÓPICA	No Cubierta
42.3.1.07	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
42.3.2.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO	Cubierta
42.3.2.04	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO CERVICAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
42.3.2.05	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO TORÁCICO VÍA ABIERTA	Cubierta
42.3.2.06	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO TORÁCICO VÍA TORACOSCÓPICA	Cubierta
42.3.2.07	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO ABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
42.3.2.08	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
42.3.3.	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO DE ESÓFAGO	Cubierta
42.3.3.01	POLIPLECTOMÍA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
42.3.3.02	CONTROL DE HEMORRAGIA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
42.3.3.04	INYECCIÓN (ESCLEROSIS) DE VÁRICES ESOFÁGICAS VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
42.3.3.05	LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
42.3.3.06	ABLACIÓN DE LESIÓN ESOFÁGICA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
42.3.3.08	RESECCIÓN DE LESIÓN MUCOSA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
42.3.3.09	RESECCIÓN DE LESIÓN SUBMUCOSA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
42.4.	RESECCIÓN DE ESÓFAGO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
42.4.1.	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL	Cubierta con aclaración
42.4.1.01	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
42.4.1.02	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL VÍA TORACOSCÓPICA	No Cubierta
42.4.1.03	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
42.4.2.	ESOFAGECTOMÍA TOTAL	Cubierta con aclaración
42.4.2.01	ESOFAGECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
42.4.2.02	ESOFAGECTOMÍA TOTAL VÍA TORACOSCÓPICA	No Cubierta
42.4.2.03	ESOFAGECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
42.5.	REPARACIONES EN EL ESÓFAGO	
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO	
42.5.1.	ESOFAGUESOFAGOSTOMÍA VÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL	Cubierta
42.5.1.01	ESOFAGUESOFAGOSTOMÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
42.5.1.02	ESOFAGUESOFAGOSTOMÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL VÍA TORACOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
42.5.1.03	ESOFAGUESOFAGOSTOMÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
42.5.2.	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE ESTÓMAGO	Cubierta
42.5.2.01	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL ESTÓMAGO VÍA ABIERTA	Cubierta
42.5.2.02	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL ESTÓMAGO VÍA TORACOSCÓPICA	Cubierta
42.5.2.03	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL ESTÓMAGO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
42.5.3.	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO	Cubierta
42.5.3.01	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	Cubierta
42.5.3.02	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO VÍA TORACOSCÓPICA	Cubierta
42.5.3.03	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
42.5.5.	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE COLON	Cubierta
42.5.5.03	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE COLON VÍA ABIERTA	Cubierta
42.5.5.04	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE COLON VÍA TORACOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
42.5.5.05	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE COLON VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
42.5.7.	RECONSTRUCCIÓN DE ESÓFAGO CON COLGAJO LIBRE	No Cubierta
42.5.7.01	RECONSTRUCCIÓN DE ESÓFAGO CON COLGAJO LIBRE CON TÉCNICA MICROVASCULAR	No Cubierta
42.6.	ANASTOMOSIS ESOFÁGICA PRE O RETRO-ESTERNAL	
42.6.1.	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA ANTE-ESTERNAL	Cubierta
42.6.1.01	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA ANTE-ESTERNAL CON INTERPOSICIÓN DE COLON	Cubierta
42.6.1.02	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA ANTE-ESTERNAL CON INTERPOSICIÓN DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
42.6.1.03	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA ANTE-ESTERNAL CON OTRA INTERPOSICIÓN	Cubierta
42.7.	ESOFAGOMIOTOMÍA	
Incluye:	AQUELLA POR ACALASIA U OTRAS PATOLOGÍAS	
42.7.1.	ESOFAGOTOMÍA CERVICAL	Cubierta
42.7.1.01	ESOFAGOTOMÍA CERVICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
42.7.1.02	ESOFAGOTOMÍA CERVICAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
42.7.2.	ESOFAGOTOMÍA TRANSTORÁCICA CON MIOTOMÍA	Cubierta
42.7.2.00	ESOFAGOTOMÍA TRANSTORÁCICA CON MIOTOMÍA SOD	Cubierta
42.7.3.	ESOFAGOTOMÍA CON MIOTOMÍA EN ESPIRAL	Cubierta
42.7.3.00	ESOFAGOTOMÍA CON MIOTOMÍA EN ESPIRAL SOD	Cubierta
42.7.4.	ESOFAGOCARDIO MIOTOMÍA ABDOMINAL O TORÁCICA [HELLER]	Cubierta
42.7.4.01	ESOFAGOCARDIO MIOTOMÍA ABDOMINAL O TORÁCICA [HELLER] VÍA ABIERTA	Cubierta
42.7.4.02	ESOFAGOCARDIO MIOTOMÍA ABDOMINAL O TORÁCICA [HELLER] POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
42.8.	OTRA REPARACIÓN DE ESÓFAGO	
42.8.1.	INSERCIÓN DE TUBO O PRÓTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESÓFAGO	Cubierta
42.8.1.00	INSERCIÓN DE TUBO O PRÓTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESÓFAGO SOD	Cubierta
42.8.2.	SUTURA POR LACERACIÓN DE ESÓFAGO	Cubierta
42.8.2.01	ESOFAGORRAFIA POR CERVICOTOMÍA	Cubierta
42.8.2.02	ESOFAGORRAFIA POR TORACOTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
42.8.3.	CIERRE DE ESOFAGOSTOMÍA	Cubierta
42.8.3.00	CIERRE DE ESOFAGOSTOMÍA SOD	Cubierta
42.8.5.	REPARACIÓN DE ESTENOSIS ESOFÁGICA	Cubierta
42.8.5.00	REPARACIÓN DE ESTENOSIS ESOFÁGICA SOD	Cubierta
42.8.6.	CREACIÓN DE TÚNEL SUBCUTÁNEO SIN ANASTOMOSIS ESOFÁGICA	No Cubierta
42.8.6.00	CREACIÓN DE TÚNEL SUBCUTÁNEO SIN ANASTOMOSIS ESOFÁGICA SOD	No Cubierta
42.8.7.	REPARACIÓN DE ATRESIA ESOFÁGICA	Cubierta
42.8.7.00	REPARACIÓN DE ATRESIA ESOFÁGICA SOD	Cubierta
42.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS DE ESÓFAGO	
42.9.1.	LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS	Cubierta
42.9.1.01	LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS VÍA TRANSTORÁCICA	Cubierta
42.9.1.02	LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS POR TRANSECCIÓN GÁSTRICA	Cubierta
42.9.2.	DILATACIÓN DE ESÓFAGO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA POR ESÓFAGO DE BARRET, ACALASIA ENTRE OTRAS CAUSAS	
42.9.2.01	DILATACIÓN ESOFÁGICA CON BUJÍAS DE MERCURIO	Cubierta
42.9.2.02	DILATACIÓN NEUMÁTICA ENDOSCÓPICA CON BALÓN	Cubierta
42.9.2.03	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CONDUCTA, TIPO EDER-PUESTOW O SAVARY	Cubierta
42.9.2.04	DILATACIÓN ESOFÁGICA ENDOSCÓPICA MEDIANTE LÁSER	Cubierta
42.9.2.05	DILATACIÓN ESOFÁGICA ENDOSCÓPICA MEDIANTE ARGÓN PLASMA	Cubierta
42.9.2.06	DILATACIÓN ESOFÁGICA ENDOSCÓPICA MEDIANTE INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA	Cubierta
42.9.2.07	CORRECCIÓN ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO DE BARRET MEDIANTE TERAPIA FOTODINÁMICA	Cubierta
42.9.2.08	DILATACIÓN ESOFÁGICA	Cubierta
42.9.3.	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS (STENT) ESOFÁGICAS	Cubierta
Incluye:	PRÓTESIS RÍGIDAS, FLEXIBLES O AUTOEXPANDIBLES	
42.9.3.00	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS (STENT) ESOFÁGICAS SOD	Cubierta
42.9.4.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
42.9.4.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO, VÍA CERVICAL	Cubierta
42.9.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO, VÍA TRANSTORÁCICA	Cubierta
42.9.4.05	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	Cubierta
43.	PROCEDIMIENTOS EN ESTÓMAGO	
43.0.	INCISIÓN Y ESCISIÓN DE ESTÓMAGO	
43.0.1.	GASTROTOMÍA	Cubierta
43.0.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO MÚLTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMÍA	Cubierta
43.1.	GASTROSTOMÍA	
43.1.0.	GASTROSTOMÍAS	Cubierta
43.1.0.01	GASTROSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
43.1.0.02	GASTROSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA)	Cubierta
43.1.0.03	GASTROSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
43.3.	PILOROMIOTOMÍA	
43.3.1.	PILOROMIOTOMÍAS	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA REALIZADA DE MANERA INDEPENDIENTE A LA PILOROPLASTIA</i>	
43.3.1.01	PILOROMIOTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
43.3.1.02	PILOROMIOTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
43.4.	ESCISIÓN LOCAL ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO DE ESTÓMAGO	
43.4.0.	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS GÁSTRICOS	Cubierta
43.4.0.01	ESCISIÓN DE PÓLIPOS GÁSTRICOS VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
43.4.1.	ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE VÁRICES GÁSTRICAS	Cubierta
43.4.1.01	LIGADURA ENDOSCÓPICA DE VÁRICES GÁSTRICAS	Cubierta
43.4.1.02	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA	Cubierta
43.4.1.03	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR	Cubierta
43.4.2.	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GÁSTRICO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
43.4.2.00	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GÁSTRICO SOD	Cubierta
43.4.5.	MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA	Cubierta
43.4.5.00	MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA SOD	Cubierta
43.6.	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON ANASTOMOSÍS AL DUODENO	
43.6.1.	GASTRODUODENOSTOMÍA	Cubierta
43.6.1.01	GASTRODUODENOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
43.6.1.02	GASTRODUODENOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
43.7.	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON ANASTOMOSIS AL YEYUNO	
43.7.1.	GASTROYEYUNOSTOMÍA	Cubierta
43.7.1.01	GASTROYEYUNOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
43.7.1.02	GASTROYEYUNOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
43.8.	OTRA GASTRECTOMÍA PARCIAL	
43.8.1.	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
43.8.1.01	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
43.8.1.02	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
43.8.2.	GASTRECTOMÍA PARCIAL, CON RECONSTRUCCIÓN CON O SIN VAGOTOMÍA	Cubierta
43.8.2.01	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN CON VAGOTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
43.8.2.02	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN CON VAGOTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
43.8.2.03	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIN VAGOTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
43.8.2.04	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIN VAGOTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
43.8.3.	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILÓRICA	Cubierta
43.8.3.01	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
43.8.3.02	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
43.8.3.03	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
43.8.3.04	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
43.8.4.	GASTRECTOMÍA VERTICAL	No Cubierta
43.8.4.01	GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] VÍA ABIERTA	No Cubierta
43.8.4.02	GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
43.8.5.	REINTERVENCIÓN GASTRECTOMÍA VERTICAL	No Cubierta
43.8.5.01	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] VÍA ABIERTA	No Cubierta
43.8.5.02	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
43.8.5.03	CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] A OTRA CIRUGÍA VÍA ABIERTA	No Cubierta
43.8.5.04	CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
43.9.	GASTRECTOMÍA TOTAL	
43.9.0.	GASTRECTOMÍA TOTAL O TOTAL RADICAL	Cubierta
43.9.0.01	GASTRECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
43.9.0.02	GASTRECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
43.9.0.03	GASTRECTOMÍA TOTAL RADICAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
43.9.0.04	GASTRECTOMÍA TOTAL RADICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
43.9.1.	RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL	Cubierta
43.9.1.01	RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
43.9.1.02	RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
43.9.2.	RECONSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX	Cubierta
43.9.2.01	RECONSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VÍA ABIERTA	Cubierta
43.9.2.02	RECONSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
43.9.3.	ESOFAGOGASTRECTOMÍA	Cubierta
43.9.3.01	ESOFAGOGASTRECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
43.9.3.02	ESOFAGOGASTRECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.	OTRAS PROCEDIMIENTOS EN EL ESTÓMAGO	
44.0.	VAGOTOMÍA	
44.0.1.	VAGOTOMÍA TRONCAL CON O SIN PILOROPLASTIA	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
44.0.1.02	DISECCIÓN DEL VAGO TRONCAL [VAGOTOMÍA TRONCAL] CON O SIN PILOROPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
44.0.1.03	DISECCIÓN DEL VAGO TRONCAL [VAGOTOMÍA TRONCAL] CON O SIN PILOROPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
44.0.1.10	VAGOTOMÍA TRONCAL (SERIOTOMIA ANTERIOR) VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
44.0.2.	VAGOTOMÍA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA	Cubierta
44.0.2.01	VAGOTOMÍA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VÍA ABIERTA	Cubierta
44.0.2.02	VAGOTOMÍA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN EL ESTÓMAGO	
44.1.1.	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL	Cubierta
Excluye:	AQUELLA CON BIOPSIA (44.1.4.)	
44.1.1.01	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRÚRGICA) VÍA ABIERTA	Cubierta
44.1.1.02	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRÚRGICA) VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.1.2.	GASTROSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	Cubierta
44.1.2.00	GASTROSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
44.1.3.	ESOFAGOGASTROSCOPIA	Cubierta
44.1.3.01	ESOFAGOGASTROSCOPIA (CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO)	Cubierta
44.1.4.	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE ESTÓMAGO	Cubierta
44.1.4.00	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE ESTÓMAGO SOD	Cubierta
44.1.5.	BIOPSIA ABIERTA DEL ESTÓMAGO	Cubierta
44.1.5.00	BIOPSIA ABIERTA DEL ESTÓMAGO SOD	Cubierta
44.2.	PILOROPLASTIA	
44.2.1.	DILATACIÓN DE PÍLORO MEDIANTE INCISIÓN	Cubierta
44.2.1.01	DILATACIÓN DE PÍLORO MEDIANTE INCISIÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
44.2.1.02	DILATACIÓN DE PÍLORO MEDIANTE INCISIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.2.2.	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE PÍLORO	Cubierta
44.2.2.01	DILATACIÓN DE PÍLORO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
44.2.4.	PILOROPLASTIAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
44.2.4.01	PILOROPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
44.2.4.02	PILOROPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.4.	CONTROL DE HEMORRAGIA Y SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA O DUODENAL	
44.4.0.	SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMÍA CON EPIPLOPLASTIA	Cubierta
44.4.0.01	SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMÍA CON EPIPLOPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
44.4.0.02	SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMÍA CON EPIPLOPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.4.1.	SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA	Cubierta
44.4.1.01	SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
44.4.1.02	SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.4.2.	SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL	Cubierta
44.4.2.01	SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL VÍA ABIERTA	Cubierta
44.4.2.02	SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.4.3.	CONTROL DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL (ENDOSCÓPICA)	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
44.4.3.01	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL MEDIANTE LÁSER	No Cubierta
44.4.3.02	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL MEDIANTE HEMOCLIPS	Cubierta
44.4.3.03	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA MEDIANTE Sonda Térmica	Cubierta
44.4.3.04	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL	Cubierta
44.5.	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS GÁSTRICA	
44.5.1.	REANASTOMOSIS DEL ESTÓMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA	Cubierta
44.5.1.01	REANASTOMOSIS DEL ESTÓMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VÍA ABIERTA	Cubierta
44.5.1.02	REANASTOMOSIS DEL ESTÓMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.6.	OTRA REPARACIÓN DE ESTÓMAGO	
44.6.1.	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTÓMAGO [GASTRORRAFIA]	Cubierta
44.6.1.01	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTÓMAGO [GASTRORRAFIA] VÍA ABIERTA	Cubierta
44.6.1.02	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTÓMAGO [GASTRORRAFIA] VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.6.2.	CIERRE DE GASTROSTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
44.6.2.01	CIERRE DE GASTROSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
44.6.2.02	CIERRE DE GASTROSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.6.3.	CIERRE DE OTRA FÍSTULA GÁSTRICA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR FÍSTULAS GASTROCÓLICA, GASTROYEYUNOCÓLICA O GASTRODUODÉNICA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
44.6.3.01	CIERRE DE OTRA FÍSTULA GÁSTRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
44.6.3.02	CIERRE DE OTRA FÍSTULA GÁSTRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.6.4.	GASTROPEXIA	Cubierta
44.6.4.01	GASTROPEXIA VÍA ABIERTA	Cubierta
44.6.4.02	GASTROPEXIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.6.5.	ESOFAGOGASTROPLASTIA	Cubierta
44.6.5.01	ESOFAGOGASTROPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
44.6.5.02	ESOFAGOGASTROPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
44.6.6.	OTROS PROCEDIMIENTOS PARA CREACIÓN DE COMPETENCIA ESFINTERIANA ESOFÁGICO-GÁSTRICA	Cubierta
44.6.6.01	CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTRESOFÁGICO CON RECONSTRUCCIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO, VÍA INFERIOR TRANSTORÁCICA	Cubierta
44.6.6.02	CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTRESOFÁGICO CON RECONSTRUCCIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR, VÍA ABDOMINAL	Cubierta
44.6.6.03	REINTERVENCIÓN EN ANTIRREFLUJO GASTRESOFÁGICO CON RECONSTRUCCIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR.	Cubierta
44.6.6.04	CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTRESOFÁGICO MÁS RECONSTRUCCIÓN DE ESFÍNTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA	Cubierta
44.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ESTÓMAGO	
44.9.1.	LIGADURA DE VÁRICES GÁSTRICAS	Cubierta
44.9.1.01	LIGADURA DE VÁRICES GÁSTRICAS VÍA ABIERTA	Cubierta
44.9.1.02	LIGADURA DE VÁRICES GÁSTRICAS VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.9.2.	MANIPULACIÓN INTRAOPERATORIA DE ESTÓMAGO (REDUCCIÓN DE VÓLVULO)	Cubierta
44.9.2.01	MANIPULACIÓN INTRAOPERATORIA DE ESTÓMAGO (REDUCCIÓN DE VÓLVULO) VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
44.9.2.02	MANIPULACIÓN INTRAOPERATORIA DE ESTÓMAGO (REDUCCIÓN DE VÓLVULO) VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.9.3.	INSERCIÓN O REVISIÓN DE DISPOSITIVO GÁSTRICO	No Cubierta
44.9.3.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA	No Cubierta
44.9.3.02	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) VÍA ABIERTA	No Cubierta
44.9.3.03	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
44.9.3.04	REVISIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) VÍA ABIERTA	No Cubierta
44.9.3.05	REVISIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
44.9.3.06	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA CON DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) A OTRA CIRUGÍA VÍA ABIERTA	No Cubierta
44.9.3.07	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA CON DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
44.9.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO GÁSTRICO	No Cubierta
44.9.4.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA	No Cubierta
44.9.4.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) VÍA ABIERTA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
44.9.4.03	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRINGIDO (FIJO O AJUSTABLE) POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
44.9.5.	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO	Cubierta
44.9.5.01	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO VÍA ABIERTA	Cubierta
44.9.5.02	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
44.9.6.	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO	No Cubierta
44.9.6.01	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO VÍA ABIERTA	No Cubierta
44.9.6.02	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
44.9.7.	DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA	No Cubierta
44.9.7.01	DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA VÍA ABIERTA	No Cubierta
44.9.7.02	DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
44.9.8.	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO	No Cubierta
44.9.8.01	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO VÍA ABIERTA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
44.9.8.02	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
44.9.8.03	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO A OTRA CIRUGÍA VÍA ABIERTA	No Cubierta
44.9.8.04	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
44.9.8.05	REVERSIÓN DE BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO VÍA ABIERTA	No Cubierta
44.9.8.06	REVERSIÓN DE BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
44.9.9.	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA	No Cubierta
44.9.9.01	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA VÍA ABIERTA	No Cubierta
44.9.9.02	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
44.9.9.03	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA A OTRA CIRUGÍA VÍA ABIERTA	No Cubierta
44.9.9.04	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
44.9.9.05	REVERSIÓN DE DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA VÍA ABIERTA	No Cubierta
44.9.9.06	REVERSIÓN DE DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
45.	PROCEDIMIENTOS EN INTESTINO	
45.0.	INCISIÓN, ESCISIÓN Y ANASTOMOSIS DE INTESTINO	
45.0.0.	ENTEROTOMÍA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA PARA CUERPO EXTRAÑO ÚNICO O MÚLTIPLES (ASCARIS)</i>	
45.0.0.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
45.0.0.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.0.6.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
45.0.6.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.0.6.02	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN EL INTESTINO DELGADO	
45.1.1.	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
45.1.1.00	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
45.1.2.	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	Cubierta
45.1.2.00	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD	Cubierta
45.1.3.	OTRAS ENDOSCOPIAS DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA CON BIOPSIA (45.1.4.)</i>	
45.1.3.01	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] DIAGNÓSTICA O EXPLORATORIA SIN BIOPSIA	Cubierta
45.1.3.02	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUÉS DE DUODENO	Cubierta
45.1.3.03	INSERCIÓN ENDOSCOPICA DE ENDOPRÓTESIS (STENT) DUODENAL	Cubierta
Incluye:	<i>EL DISPOSITIVO (STENT DUODENAL)</i>	
45.1.3.04	ENTEROSCOPIA (INTRAQUIRÚRGICA) TRANSABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
45.1.3.05	ENTEROSCOPIA (INTRAQUIRÚRGICA) TRANSABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.1.4.	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
45.1.4.01	BIOPSIA CERRADA CON CÁPSULA DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
45.1.4.02	BIOPSIA ENDOSCÓPICA DIRECTA DE INTESTINO DELGADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
45.1.5.	BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
45.1.5.01	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.1.5.02	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.1.6.	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA	Cubierta
Incluye:	<i>BIOPSIA DE UNO O MÁS LUGARES QUE AFECTAN EL ESÓFAGO, ESTÓMAGO O DUODENO</i>	
45.1.6.00	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA SOD	Cubierta
45.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN INTESTINO GRUESO	
45.2.1.	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO	Cubierta
45.2.1.01	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRÚRGICA) VÍA ABIERTA	Cubierta
45.2.1.02	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRÚRGICA) VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.2.2.	ENDOSCOPIA DE INTESTINO GRUESO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	Cubierta
45.2.2.01	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO GRUESO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	Cubierta
45.2.3.	COLONOSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA QUE SE REALIZA DE MANERA INTRAOPERATORIA.	
45.2.3.01	COLONOSCOPIA TOTAL	Cubierta
45.2.3.02	COLONOSCOPIA IZQUIERDA	Cubierta
45.2.3.03	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCÓPICA	Cubierta
45.2.3.04	MARCACIÓN DE LESIÓN EN COLON VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
45.2.4.	SIGMOIDOSCOPIA	Cubierta
45.2.4.01	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RÍGIDA	Cubierta
45.2.5.	BIOPSIAS DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
45.2.5.01	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
45.2.5.02	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO ESCALONADA VÍA ENDOSCÓPICA (10 O MÁS)	Cubierta
45.2.6.	BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO GRUESO	Cubierta
45.2.6.01	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.2.6.02	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
45.3.	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO	
45.3.0.	ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE DUODENO	Cubierta
45.3.0.01	ENTEROSCOPIA CON CONTROL DE HEMORRAGIA O FULGURACIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA DUODENAL	Cubierta
45.3.0.02	RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE DUODENO	Cubierta
45.3.1.	OTRA ELIMINACIÓN O ESCISIÓN DE LESIÓN DE DUODENO	Cubierta
45.3.1.00	OTRA ELIMINACIÓN O ESCISIÓN DE LESIÓN DE DUODENO SOD	Cubierta
45.3.3.	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO	Cubierta
45.3.3.04	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.3.3.05	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.3.3.06	RESECCIÓN INTESTINAL DE DIVERTICULOS VÍA ABIERTA	Cubierta
45.3.3.07	RESECCIÓN INTESTINAL DE DIVERTICULOS VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.4.	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO	
45.4.1.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
45.4.1.01	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.4.1.02	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.4.2.	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO	Cubierta
45.4.2.03	CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
45.4.2.05	MUCOSECTOMÍA DE COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
45.4.2.06	DISECCIÓN DE LA SUBMUCOSA EN COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
45.4.2.07	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (1- 3)	Cubierta
45.4.2.08	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (4 - 10)	Cubierta
45.4.2.09	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (11 O MÁS)	Cubierta
45.4.2.10	ABLACIÓN DE LESIÓN EN INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
45.4.3.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO	No Cubierta
45.4.3.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
45.5.	 AISLAMIENTO DE SEGMENTO INTESTINAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
45.5.1.	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO	No Cubierta
45.5.1.01	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	No Cubierta
45.5.1.02	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
45.5.2.	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO	No Cubierta
45.5.2.01	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	No Cubierta
45.5.2.02	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
45.6.	OTRA ESCISIÓN DE INTESTINO DELGADO	
45.6.0.	RESECCIÓN SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
45.6.0.01	RESECCIÓN SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.6.0.02	RESECCIÓN SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.6.1.	RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
45.6.1.01	RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.6.1.02	RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
45.6.2.	OTRA RESECCIÓN PARCIAL DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
45.6.2.01	DUODENECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
45.6.2.02	YEYUNECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
45.6.2.03	ILECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
45.6.2.04	DUODENECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.6.2.05	YEYUNECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.6.2.06	ILECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.6.3.	RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
45.6.3.01	RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.6.3.02	RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.6.4.	RESECCIÓN INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO	Cubierta
45.6.4.00	RESECCIÓN INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO SOD	Cubierta
45.7.	RESECCIÓN PARCIAL DE INTESTINO GRUESO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
45.7.0.	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN]	Cubierta
45.7.0.01	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA ABIERTA	Cubierta
45.7.0.02	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.7.1.	RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO GRUESO	Cubierta
45.7.1.01	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA O ILEOSTOMÍA Y FÍSTULA MUCOSA VÍA ABIERTA	Cubierta
45.7.1.02	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA O ILEOSTOMÍA Y FÍSTULA MUCOSA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.7.2.	CECECTOMÍA	Cubierta
45.7.2.01	CECECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
45.7.2.02	CECECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.7.3.	HEMICOLECTOMÍA DERECHA	Cubierta
45.7.3.01	HEMICOLECTOMÍA DERECHA VÍA ABIERTA	Cubierta
45.7.3.02	HEMICOLECTOMÍA DERECHA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
45.7.4.	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO	Cubierta
45.7.4.01	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.7.4.02	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.7.5.	HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA	Cubierta
45.7.5.01	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VÍA ABIERTA	Cubierta
45.7.5.02	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.7.6.	SIGMOIDECTOMÍA	Cubierta
45.7.6.01	SIGMOIDECTOMIA VÍA ABIERTA	Cubierta
45.7.6.02	SIGMOIDECTOMIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.8.	COLECTOMIA INTRABDOMINAL TOTAL	
45.8.1.	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROCTECTOMÍA	Cubierta
45.8.1.01	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROCTECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
45.8.1.02	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROCTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
45.8.3.	COLECTOMÍA TOTAL	Cubierta
45.8.3.01	COLECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
45.8.3.02	COLECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.8.4.	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN]	Cubierta
45.8.4.01	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA ABIERTA	Cubierta
45.8.4.02	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.9.	ANASTOMOSIS INTESTINAL	
Incluye:	<i>AQUELLA POR DUPLICACIÓN INTESTINAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
45.9.1.	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO	Cubierta
45.9.1.01	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.9.1.02	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.9.2.	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑÓN RECTAL	Cubierta
45.9.2.01	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑÓN RECTAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
45.9.2.02	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.9.3.	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO	Cubierta
45.9.3.01	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.9.3.02	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.9.4.	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO	Cubierta
45.9.4.01	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.9.4.02	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.9.5.	ANASTOMOSIS AL ANO	Cubierta
45.9.5.01	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACIÓN DE RESERVORIO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.9.5.03	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACIÓN DE RESERVORIO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
45.9.5.04	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VÍA ABIERTA	Cubierta
45.9.5.05	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN INTESTINO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
46.0.	EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO [ENTEROSTOMÍA]	
46.0.1.	EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
46.0.1.03	EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	Cubierta
46.0.1.04	EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.1.	COLOSTOMÍAS	
46.1.3.	COLOSTOMÍA	Cubierta
46.1.3.01	COLOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
46.1.3.02	COLOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.3.	OTRA ENTEROSTOMÍA	
46.3.2.	YEYUNOSTOMÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA)	Cubierta
46.3.2.00	YEYUNOSTOMÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA) SOD	Cubierta
46.4.	REVISIÓN DE ESTOMA INTESTINAL	
46.4.0.	REMODELACIÓN O REUBICACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
46.4.0.01	REMODELACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL	Cubierta
46.4.0.03	REUBICACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
46.4.0.04	REUBICACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.5.	CIERRE DE ESTOMA PERSISTENTE	
46.5.1.	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
46.5.1.01	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	Cubierta
46.5.1.03	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.5.2.	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO	Cubierta
46.5.2.01	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	Cubierta
46.5.2.03	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.6.	FIJACIÓN DE INTESTINO	
46.6.1.	FIJACIÓN DE INTESTINO DELGADO A PARED ABDOMINAL	No Cubierta
46.6.1.01	ILEOPEXIA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
46.6.2.	PLICATURA INTESTINAL [OPERACIÓN DE NOBLE]	No Cubierta
46.6.2.00	PLICATURA INTESTINAL [OPERACIÓN DE NOBLE] SOD	No Cubierta
46.6.3.	FIJACIÓN DE INTESTINO GRUESO A PARED ABDOMINAL	Cubierta
46.6.3.01	SIGMOIDOPEXIA	Cubierta
46.6.3.02	CECOCOLOPEXIA	Cubierta
46.7.	OTRA REPARACIÓN DE INTESTINO	
46.7.0.	SUTURA DE HERIDA DE INTESTINO	Cubierta
46.7.0.01	ENTERORRAFIA VÍA ABIERTA	Cubierta
46.7.0.02	ENTERORRAFIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.7.2.	CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO	Cubierta
46.7.2.01	CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO VÍA ABIERTA	Cubierta
46.7.2.02	CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.7.4.	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
46.7.4.01	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO VÍA ABIERTA	Cubierta
46.7.4.02	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.7.6.	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO GRUESO	Cubierta
46.7.6.01	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCÓLICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA	Cubierta
46.7.6.02	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCÓLICA (UNA O MÁS) VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.7.7.	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA	Cubierta
46.7.7.01	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA VÍA ABIERTA	Cubierta
46.7.7.02	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.7.8.	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE INTESTINO	Cubierta
46.7.8.01	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL	Cubierta
46.7.8.02	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEÓN	Cubierta
46.7.8.03	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MÚLTIPLES	Cubierta
46.7.8.04	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE COLON	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
46.7.8.05	CORRECCIÓN ATRESIA INTESTINAL	Cubierta
46.7.9.	OTRA REPARACIÓN O PLASTIA DE INTESTINO	Cubierta
46.7.9.01	RESECCIÓN INTESTINAL Y DE QUISTE POR PERITONITIS MECONIAL	Cubierta
46.7.9.02	RESECCIÓN DE DUPLICACION INTESTINAL	Cubierta
46.7.9.03	ANASTOMOSIS ILEO-CÓLICA LATEROLATERAL POR AGANGLIOSIS	Cubierta
46.8.	DILATACIÓN Y OTRA MANIPULACIÓN DE INTESTINO	
46.8.0.	MANIPULACIÓN INTRABDOMINAL DE INTESTINO	Cubierta
Incluye:	<i>POR VÓLVULO, INTUSUCEPCIÓN, MALROTACIÓN U OTRAS PATOLOGÍAS</i>	
46.8.0.01	CORRECCIÓN DE MALROTACIÓN INTESTINAL	Cubierta
46.8.0.11	REDUCCIÓN INTESTINAL SIN RESECCIÓN INTESTINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
46.8.0.12	REDUCCIÓN INTESTINAL CON RESECCIÓN INTESTINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
46.8.0.13	MOVILIZACIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	Cubierta
46.8.0.14	MOVILIZACIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
46.8.0.20	DESCOMPRESIÓN ENDOSCÓPICA DE DILATACIÓN AGUDA DE COLON (OGILVIE)	Cubierta
46.8.0.21	DESCOMPRESIÓN ENDOSCÓPICA DE VÓLVULO DE COLON (SIGMOIDE)	Cubierta
46.8.0.22	DESCOMPRESIÓN HIDROSTÁTICA DE INVAGINACIÓN DE INTESTINO	Cubierta
Incluye:	GUÍA IMAGENOLÓGICA	
46.8.1.	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL	Cubierta con aclaración
46.8.1.01	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL POR LAPAROTOMÍA	No Cubierta
46.8.1.02	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL POR ENDOSCOPIA	Cubierta
46.8.5.	DILATACIÓN DEL INTESTINO	Cubierta
46.8.5.01	DILATACIÓN NEUMÁTICA DEL COLON POR COLONOSCOPIA	Cubierta
46.8.5.02	DILATACIÓN DE INTESTINO	Cubierta
46.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN EL INTESTINO	
46.9.1.	MIOTOMÍA DEL COLON SIGMOIDEO	No Cubierta
46.9.1.00	MIOTOMÍA DEL COLON SIGMOIDEO SOD	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
46.9.2.	MIOTOMÍA DE OTRAS PARTES DEL COLON	No Cubierta
46.9.2.00	MIOTOMÍA DE OTRAS PARTES DEL COLON SOD	No Cubierta
46.9.4.	REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL	Cubierta
Incluye:	<i>POR DEHISCENCIA; CON LAPAROTOMÍA, RESECCIÓN, LAVADO PERITONEAL Y NUEVA ENTERORRAFIA</i>	
46.9.4.01	REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
46.9.4.02	REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
46.9.5.	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
46.9.5.00	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO DELGADO SOD	Cubierta
46.9.6.	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO GRUESO	Cubierta
46.9.6.00	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO GRUESO SOD	Cubierta
46.9.7.	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINOS	Cubierta
46.9.7.01	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO	Cubierta
46.9.7.02	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
47.	PROCEDIMIENTOS EN APÉNDICE	
Incluye:	<i>RESTO O MUÑÓN DE APÉNDICE, EN LAS CIRUGÍAS LAPAROSCÓPICAS O TORACOSCÓPICAS, ENTRE OTRAS, INCLUYE MANO ASISTIDA</i>	
47.1.	RESECCIÓN DE APÉNDICE	
47.1.1.	APENDICECTOMÍA	Cubierta
47.1.1.02	APENDICECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
47.1.1.10	APENDICECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
48.	PROCEDIMIENTOS EN RECTO, RECTOSIGMOIDE Y TEJIDO PERIRRECTAL	
48.0.	PROCTOTOMÍA	
48.0.1.	PROCTOTOMÍA, VÍA ABDOMINAL O PERINEAL	Cubierta
48.0.1.00	PROCTOTOMÍA, VÍA ABDOMINAL O PERINEAL SOD	Cubierta
48.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN RECTO, RECTOSIGMOIDE Y TEJIDO PERIRRECTAL	
48.2.1.	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL	Cubierta
48.2.1.00	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
48.2.2.	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL	Cubierta
48.2.2.00	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD	Cubierta
48.2.3.	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	Cubierta
48.2.3.01	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA O FLEXIBLE	Cubierta
48.2.4.	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE RECTO O SIGMOIDE	Cubierta
48.2.4.00	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE RECTO O SIGMOIDE SOD	Cubierta
48.2.5.	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE	Cubierta
48.2.5.00	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE SOD	Cubierta
48.2.6.	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL	Cubierta
48.2.6.00	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL SOD	Cubierta
48.2.7.	MANOMETRÍAS RECTALES	Cubierta
48.2.7.01	MANOMETRÍA RECTAL	Cubierta
48.3.	ESCISIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
48.3.1.	ABLACIONES DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL	Cubierta
48.3.1.01	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL	Cubierta
48.3.8.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO	Cubierta
48.3.8.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VÍA RECTAL ABIERTA	Cubierta
48.3.8.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VÍA ABDOMINAL	Cubierta
48.5.	PROCTECTOMÍAS	
48.5.0.	PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL O TRANS-SACRO	Cubierta
48.5.0.01	PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VÍA ABIERTA	Cubierta
48.5.0.02	PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
48.5.0.03	PROCTECTOMÍA VÍA TRANS-SACRA	Cubierta
48.5.0.04	PROCTOSIGMOIDECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL	Cubierta
48.5.4.	PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL	Cubierta
48.5.4.01	PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
48.5.4.02	PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
48.6.	OTRA RESECCIÓN DE RECTO	
48.6.2.	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO CON COLOSTOMÍA SIMULTÁNEA	Cubierta
48.6.2.01	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO VÍA ABIERTA	Cubierta
48.6.2.02	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
48.6.5.	RESECCIÓN DE MUÑÓN RECTAL POST-DUHAMEL	Cubierta
48.6.5.00	RESECCIÓN DE MUÑÓN RECTAL POST-DUHAMEL SOD	Cubierta
48.6.7.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR RECTAL VÍA TRANS-ANAL	Cubierta
48.6.7.01	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS-ANAL VÍA ABIERTA	Cubierta
48.6.7.02	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS-ANAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
48.6.8.	RESECCIÓN RECTO CON RECONSTRUCCIÓN	Cubierta
48.6.8.01	RESECCIÓN DE RECTO CON RECONSTRUCCIÓN TIPO PULL-THROUGH	Cubierta
48.7.	REPARACIÓN DE RECTO (PROCTOPLASTIA)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
48.7.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE RECTO [PROCTORRAFIA]	Cubierta
48.7.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE RECTO [PROCTORRAFIA] VÍA ABIERTA	Cubierta
48.7.1.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE RECTO [PROCTORRAFIA] VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
48.7.3.	FISTULECTOMÍA RECTAL CON COLOSTOMÍA	Cubierta
48.7.3.01	FISTULECTOMÍA RECTO-VAGINAL CON COLOSTOMÍA	Cubierta
48.7.3.02	FISTULECTOMÍA RECTO-VESICAL CON COLOSTOMÍA	Cubierta
48.7.3.03	FISTULECTOMÍA RECTO-URETRAL CON COLOSTOMÍA.	Cubierta
48.7.5.	PROCTOPEXIA ABDOMINAL	Cubierta
Incluye:	<i>PARA CORRECCIÓN DE PROLAPSO RECTAL ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS</i>	
48.7.5.01	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
48.7.5.02	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
48.7.6.	OTRA PROCTOPEXIA	Cubierta
48.7.6.02	CORRECCIÓN DE PROLAPSO POR RESECCIÓN DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VÍA PERINEAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
48.7.6.03	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VÍA ABIERTA	Cubierta
48.7.6.04	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
48.7.6.05	COLPOPROCTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VÍA ABIERTA	Cubierta
48.7.6.06	COLPOPROCTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
48.7.6.07	PROCTOSIGMOIDOPEXIA VÍA ABIERTA	Cubierta
48.7.6.08	PROCTOSIGMOIDOPEXIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
48.7.7.	DESCENSO RECTAL	Cubierta
48.7.7.01	DESCENSO RECTAL VÍA SAGITAL POSTERIOR	Cubierta
48.7.7.02	DESCENSO RECTAL VÍA ANTERIOR Y POSTERIOR	Cubierta
48.7.7.03	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS	Cubierta
48.7.9.	OTRA REPARACIÓN DE RECTO	Cubierta
48.7.9.01	REPARACIÓN DE LESIÓN OBSTÉTRICA ANTIGUA DE RECTO	Cubierta
48.7.9.02	REPARACIÓN DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACIÓN PERIRRECTAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
48.7.9.03	CORRECCIÓN DE ATRESIA RECTAL, VÍA SAGITAL POSTERIOR	Cubierta
48.7.9.04	CORRECCIÓN DE LA ESTENOSIS RECTAL VÍA SAGITAL POSTERIOR	Cubierta
48.7.9.05	REPARACIÓN DE LA ESTENOSIS RECTAL CON RESECCIÓN DE ANILLO RECTAL	Cubierta
48.8.	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TEJIDO O LESIÓN PERIRRECTAL	
48.8.1.	INCISIÓN DE TEJIDO PERIRRECTAL	Cubierta
48.8.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN RECTAL	Cubierta
48.8.1.02	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PÉLVICA	Cubierta
48.8.2.	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIRRECTAL	No Cubierta
48.8.2.00	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIRRECTAL SOD	No Cubierta
48.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN RECTO Y TEJIDO PERIRRECTAL	
48.9.0.	PLASTIAS EN PERINÉ	Cubierta
48.9.0.01	PERINEOPLASTIA O COLGAJO MAYOR (PIEL MUSCULO) VÍA ABIERTA	Cubierta
48.9.1.	INCISIÓN DE ESTENOSIS RECTAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
48.9.1.00	INCISIÓN DE ESTENOSIS RECTAL SOD	Cubierta
48.9.2.	MIOMECTOMÍA ANO-RECTAL	Cubierta
48.9.2.00	MIOMECTOMÍA ANO-RECTAL SOD	Cubierta
48.9.3.	REPARACIONES DE FÍSTULA PERIRRECTAL	Cubierta
48.9.3.01	REPARACIÓN DE FÍSTULA PERIRRECTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
48.9.3.02	REPARACIÓN DE FÍSTULA PERIRRECTAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
48.9.4.	DILATACIÓN INSTRUMENTAL ENDOSCÓPICA DE RECTO	Cubierta
Incluye:	<i>POR ESTENOSIS RECTAL</i>	
48.9.4.00	DILATACIÓN INSTRUMENTAL ENDOSCÓPICA DE RECTO SOD	Cubierta
48.9.5.	CORRECCIÓN DE EXTROFIA DE CLOACA	No Cubierta
48.9.5.00	CORRECCIÓN DE CLOACA O DE EXTROFIA DE CLOACA SOD	No Cubierta
49.	PROCEDIMIENTOS EN ANO	
49.0.	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TEJIDO PERIANAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
49.0.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN ISQUIORRECTAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
49.0.1.00	DRENAJE DE COLECCIÓN ISQUIORRECTAL SOD	Cubierta
49.0.2.	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIANAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
49.0.2.01	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIANAL VÍA ABIERTA	Cubierta
49.0.4.	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIANAL	Cubierta
49.0.4.01	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PERIANAL VÍA ABIERTA	Cubierta
49.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ANO Y TEJIDO PERIANAL	
49.2.1.	ANOSCOPIA	Cubierta
49.2.1.01	ANOSCOPIA CON MAPEO	Cubierta
49.2.2.	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL	Cubierta
49.2.2.00	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
49.2.3.	BIOPSIA DE ANO	Cubierta
49.2.3.00	BIOPSIA DE ANO SOD	Cubierta
49.4.	PROCEDIMIENTOS EN HEMORROIDES	
49.4.0.	HEMORROIDECTOMÍAS O HEMORROIDOPEXIA	Cubierta
49.4.0.01	LIGADURA DE HEMORROIDES	Cubierta
49.4.0.02	RESECCIÓN DE HEMORROIDES	Cubierta
49.4.0.03	HEMORROIDOPEXIA	Cubierta
49.4.2.	INYECCIONES (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES	Cubierta
49.4.2.01	INYECCIÓN (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES	Cubierta
49.4.3.	CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES	Cubierta
49.4.3.00	CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES SOD	Cubierta
49.4.4.	ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA	Cubierta
49.4.4.00	ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
49.4.7.	EVACUACIÓN DE HEMORROIDES TROMBOSADAS	Cubierta
49.4.7.01	EVACUACIÓN EN HEMORROIDES TROMBOSADAS	Cubierta
49.5.	ESFINTEROTOMÍA DEL ANO	
49.5.0.	ESFINTEROTOMÍA ANAL	Cubierta
49.5.0.01	ESFINTEROTOMÍA ANAL VÍA ABIERTA	Cubierta
49.7.	REPARACIÓN DE ANO	
Excluye:	<i>REPARACIÓN DE LACERACIÓN OBSTÉTRICA RECIENTE (75.6.2.)</i>	
49.7.1.	SUTURA DE LESIONES EN ANO	Cubierta
49.7.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE ANO	Cubierta
49.7.1.10	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTÉTRICOS QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFÍNTER ANAL (GRADO III)	Cubierta
49.7.2.	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO EN ANO	Cubierta
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
49.7.2.01	IMPLANTACIÓN DE UN DISPOSITIVO ANAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
49.7.3.	CIERRE DE FÍSTULA ANAL	Cubierta
49.7.3.01	FISTULECTOMÍA ANO-VESTIBULAR	Cubierta
49.7.3.02	FISTULECTOMÍA ANO-PERINEAL	Cubierta
49.7.3.03	FISTULECTOMÍA ANO-VAGINAL	Cubierta
49.7.4.	TRANSPOSICIÓN MUSCULAR RECTO INTERNO	Cubierta
49.7.4.01	TRANSPOSICIÓN DEL MÚSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL, VÍA SAGITAL POSTERIOR	Cubierta
49.7.4.02	TRANSPOSICIÓN DEL MÚSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL	Cubierta
49.7.5.	PLASTIA DE ANO	Cubierta
49.7.5.01	CONSTRUCCIÓN DE ANO, POR AGENESIA CONGÉNITA	Cubierta
49.7.5.02	RECONSTRUCCIÓN DE ANO, POR ATRESIA ANAL	Cubierta
49.7.5.03	ESFINTEROPLASTIA ANAL	Cubierta
49.7.5.04	ANOPLASTIA POR ESTENOSIS	Cubierta
49.7.5.05	CORRECCIÓN DE ANO IMPERFORADO Y FÍSTULA RECTO-VAGINAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
49.7.5.06	CORRECCIÓN DE ANO IMPERFORADO Y FÍSTULA RECTO-VESICAL, VÍA SAGITAL POSTERIOR	Cubierta
49.7.5.07	CORRECCIÓN DE ANO IMPERFORADO Y FÍSTULA RECTO-VESICAL, VÍA COMBINADA	Cubierta
49.7.5.08	CORRECCIÓN DE ANO IMPERFORADO Y FÍSTULA RECTO-URETRAL	Cubierta
49.7.5.09	PLASTIA DE ANO [ANOPLASTIA]	Cubierta
49.7.5.10	COLGAJO LOCAL (MUCOSO O SUBMUCOSO) ENDORECTAL	Cubierta
49.7.5.11	COLGAJO O TRANSPOSICIÓN MUSCULAR PERINEAL O PERIRRECTAL	Cubierta
49.7.6.	REVISIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVO EN ANO	Cubierta
49.7.6.01	REVISIÓN DE DISPOSITIVO EN ANO	Cubierta
49.7.6.02	RETIRO DE DISPOSITIVO EN ANO	Cubierta
49.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ANO	
Excluye:	<i>DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL (96.2.2.)</i>	
49.9.1.	INCISIÓN DE TABIQUE ANAL	Cubierta
49.9.1.00	INCISIÓN DE TABIQUE ANAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
49.9.2.	INSERCIÓN SUBCUTÁNEA DE ESTIMULADOR ANAL ELÉCTRICO	No Cubierta
49.9.2.00	INSERCIÓN SUBCUTÁNEA DE ESTIMULADOR ANAL ELÉCTRICO SOD	No Cubierta
49.9.4.	REDUCCIÓN DE PROLAPSO ANAL	Cubierta
Excluye:	<i>REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL (96.2.6.)</i>	
49.9.4.00	REDUCCIÓN DE PROLAPSO ANAL SOD	Cubierta
49.9.5.	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSOPERATORIA) DE ANO	Cubierta
49.9.5.00	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSOPERATORIA) DE ANO SOD	Cubierta
49.9.6.	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE	Cubierta
49.9.6.00	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE SOD	Cubierta
50.	PROCEDIMIENTOS EN HÍGADO	
50.0.	HEPATOTOMÍA	
50.0.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO POR INCISIÓN	Cubierta
50.0.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
50.0.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
50.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN HÍGADO	
50.1.0.	BIOPSIA DE HÍGADO	Cubierta con aclaración
50.1.0.01	BIOPSIA ABIERTA DE HÍGADO	Cubierta
50.1.0.02	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE HÍGADO	Cubierta
50.1.0.03	BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HÍGADO	Cubierta
50.1.0.04	BIOPSIA POR VÍA ENDOVASCULAR (TRANSYUGULAR) DE HÍGADO	No Cubierta
50.2.	ESCISIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN DE TEJIDO O LESIÓN DE HÍGADO	
50.2.0.	RESECCIÓN DEL DOMO DE QUISTE HEPÁTICO	Cubierta
50.2.0.01	RESECCIÓN DEL DOMO DE QUISTE HEPÁTICO VÍA ABIERTA	Cubierta
50.2.0.02	RESECCIÓN DEL DOMO DE QUISTE HEPÁTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
50.2.1.	DRENAJE DE LESIÓN DE HÍGADO	Cubierta
50.2.1.01	DRENAJE DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
50.2.1.02	DRENAJE DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
50.2.1.03	DRENAJE DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
50.2.2.	HEPATECTOMÍA PARCIAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR TUMOR ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
50.2.2.05	HEPATECTOMIA PARCIAL SEGMENTARIA DE DONANTE	Cubierta
50.2.2.06	RESECCIÓN EN CUÑA DE HÍGADO VÍA ABIERTA	Cubierta
50.2.2.07	RESECCIÓN EN CUÑA DE HÍGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
50.2.2.08	HEPATECTOMÍA DE UN SEGMENTO VÍA ABIERTA	Cubierta
50.2.2.09	HEPATECTOMÍA DE UN SEGMENTO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
50.2.2.10	HEPATECTOMÍA DE DOS SEGMENTOS VÍA ABIERTA	Cubierta
50.2.2.11	HEPATECTOMÍA DE DOS SEGMENTOS VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
50.2.2.12	HEPATECTOMÍA TRISEGMENTARIA VÍA ABIERTA	Cubierta
50.2.2.13	HEPATECTOMÍA TRISEGMENTARIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
50.2.2.14	HEMIHEPATECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
50.2.2.15	HEMIHEPATECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
50.2.2.16	LOBECTOMÍA HEPÁTICA DERECHA O IZQUIERDA DE DONANTE VÍA ABIERTA	Cubierta
50.2.2.17	LOBECTOMÍA HEPÁTICA DERECHA O IZQUIERDA DE DONANTE VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
50.2.4.	OTRA ESCISIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN DE HÍGADO	Cubierta
50.2.4.03	ABLACIÓN DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA ABIERTA	Cubierta
50.2.4.04	ABLACIÓN DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
50.2.4.05	ENUCLEACIÓN DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA ABIERTA	Cubierta
50.2.4.06	ENUCLEACIÓN DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
50.4.	HEPATECTOMÍA TOTAL	
50.4.0.	HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) SIN CIRUGÍA DE BANCO	Cubierta
50.4.0.00	HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) SIN CIRUGÍA DE BANCO SOD	Cubierta
50.4.1.	HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) CON CIRUGÍA DE BANCO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
50.4.1.01	HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) CON CIRUGÍA DE BANCO REDUCCIÓN ANATÓMICA	Cubierta
50.4.1.02	HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) CON CIRUGÍA DE BANCO DIVISIÓN ANATÓMICA	Cubierta
50.4.1.03	EXTIRPACIÓN HEPÁTICA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) CON CIRUGÍA DE BANCO	Cubierta
50.5.	TRASPLANTE DE HÍGADO	
Simultáneo:	<i>CODIFIQUE SIMULTÁNEO SI HAY INJERTO DE ARTERIA Y VENOSO (39.5.6., 39.5.7. Y 39.5.8.)</i>	
50.5.1.	TRASPLANTE AUXILIAR (HETEROTÓPICO) DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO	Cubierta
50.5.1.00	TRASPLANTE AUXILIAR (HETEROTÓPICO) DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO SOD	Cubierta
50.5.2.	TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTÓPICO HEPÁTICO CON CIRUGÍA DE BANCO	Cubierta
50.5.2.01	TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO REDUCCION ANATOMICA	Cubierta
50.5.2.02	TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO DIVISIÓN ANATOMICA	Cubierta
50.5.2.03	TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO	Cubierta
50.5.3.	TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
50.5.3.00	TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO SOD	Cubierta
50.5.4.	TRASPLANTE ORTOTÓPICO HEPÁTICO CON CIRUGÍA DE BANCO	Cubierta
50.5.4.01	TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO REDUCCION ANATÓMICA	Cubierta
50.5.4.02	TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO DIVISIÓN ANATOMICA	Cubierta
50.5.4.03	TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO CON CIRUGÍA DE BANCO	Cubierta
50.5.9.	OTRO TRASPLANTE DE HÍGADO	Cubierta
50.5.9.00	OTRO TRASPLANTE DE HÍGADO SOD	Cubierta
50.6.	REPARACIÓN DEL HÍGADO	
50.6.1.	SUTURA DE LESIÓN HEPÁTICA	Cubierta
50.6.1.03	HEPATORRAFIA SIMPLE VÍA ABIERTA	Cubierta
50.6.1.04	HEPATORRAFIA SIMPLE VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
50.6.1.05	HEPATORRAFIA MÚLTIPLE VÍA ABIERTA	Cubierta
50.6.1.06	HEPATORRAFIA MÚLTIPLE VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
50.6.2.	HEPATOPEXIA	No Cubierta
50.6.2.00	HEPATOPEXIA SOD	No Cubierta
50.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN HÍGADO	
50.9.1.	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE HÍGADO	Cubierta
50.9.1.01	ASPIRACIÓN DE HÍGADO VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
50.9.2.	ASISTENCIA HEPÁTICA EXTRACORPÓREA	No Cubierta
50.9.2.00	ASISTENCIA HEPÁTICA EXTRACORPÓREA SOD	No Cubierta
50.9.3.	PERFUSIÓN LOCALIZADA DE HÍGADO	Cubierta
50.9.3.00	PERFUSIÓN LOCALIZADA DE HÍGADO SOD	Cubierta
50.9.4.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN HÍGADO	Cubierta
50.9.4.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN HÍGADO SOD	Cubierta
51.	PROCEDIMIENTOS EN VESÍCULA BILIAR Y TRACTO BILIAR	
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
51.0.	COLECISTOTOMÍA Y COLECISTOSTOMÍA	
51.0.0.	COLECISTOSTOMÍA	Cubierta
51.0.0.01	COLECISTOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
51.0.0.02	COLECISTOSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
51.0.0.03	COLECISTOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.0.1.	HEPÁTICOTOMÍA O HEPÁTICOSTOMÍA CON DRENAJE O EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS	Cubierta
51.0.1.01	HEPÁTICOTOMÍA O HEPÁTICOSTOMÍA CON DRENAJE O EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS VÍA ABIERTA	Cubierta
51.0.1.02	HEPÁTICOTOMÍA O HEPÁTICOSTOMÍA CON DRENAJE O EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.0.3.	DRENAJE BILIAR PERCUTÁNEO (ENDOSCÓPICO) Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS	Cubierta
51.0.3.01	DRENAJE BILIAR VÍA PERCUTÁNEA Y COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO	Cubierta
51.0.3.02	DRENAJE BILIAR VÍA ENDOSCÓPICA Y COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO	Cubierta
51.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA VÍA BILIAR PRINCIPAL	
51.1.0.	COLANGIO-PANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [CPRE]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
51.1.0.00	COLANGIO-PANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA SOD	Cubierta
51.1.1.	COLANGIOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [CRE]	Cubierta
Incluye:	AQUELLA INTRAOPERATORIA O POS-OPERATORIA	
51.1.1.02	COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA (TRANSDUODENAL)	Cubierta
51.1.5.	MEDICIÓN DE LA PRESIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI	No Cubierta
51.1.5.00	MEDICIÓN DE LA PRESIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI SOD	No Cubierta
51.1.6.	COLANGIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA	Cubierta
51.1.6.01	COLANGIOGRAFÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
51.1.6.02	COLANGIOGRAFÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.1.7.	BIOPSIAS DE VESÍCULA Y VÍAS BILIARES	Cubierta
51.1.7.01	BIOPSIA DE VESÍCULA BILIAR O VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA	Cubierta
51.1.7.02	BIOPSIA DE VESÍCULA BILIAR O VÍAS BILIARES VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
51.1.7.03	BIOPSIA DE VESÍCULA BILIAR O VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
51.1.7.04	BIOPSIA ESFÍNTER DE ODDI VÍA ABIERTA	Cubierta
51.1.7.05	BIOPSIA ESFÍNTER DE ODDI VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
51.1.7.06	BIOPSIA ESFÍNTER DE ODDI VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.2.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE VESÍCULA BILIAR Y VÍAS BILIARES	
51.2.1.	COLECISTECTOMÍA	Cubierta
51.2.1.01	COLECISTECTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
51.2.1.04	COLECISTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.2.2.	FULGURACIÓN DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA	Cubierta
51.2.2.00	FULGURACIÓN DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA SOD	Cubierta
51.2.3.	LITOTRIPSIA BILIAR	Cubierta
51.2.3.01	LITOTRIPSIA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA	Cubierta
51.2.3.02	LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA	Cubierta
51.2.5.	RESECCIÓN DE QUISTES DEL COLÉDOCO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
51.2.5.01	RESECCIÓN DE QUISTES DEL COLÉDOCO CON DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA Y VÁLVULA ANTIRREFLUJO	Cubierta
51.2.5.03	RESECCIÓN DE QUISTE DEL COLÉDOCO VÍA ABIERTA	Cubierta
51.2.5.04	RESECCIÓN DE QUISTE DEL COLÉDOCO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.2.6.	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA DE VÍAS BILIARES	Cubierta
51.2.6.01	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA DE VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA	Cubierta
51.2.6.02	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA DE VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.3.	ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR O VÍA BILIAR	
51.3.2.	ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A INTESTINO	Cubierta
51.3.2.01	ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A INTESTINO VÍA ABIERTA	Cubierta
51.3.2.02	ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A INTESTINO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.3.6.	COLEDOCODUODENOSTOMÍA	Cubierta
51.3.6.01	COLEDOCODUODENOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
51.3.6.02	COLEDOCODUODENOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
51.3.7.	HEPATICOEYUNOSTOMÍA	Cubierta
51.3.7.01	HEPATICOEYUNOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
51.3.7.02	HEPATICOEYUNOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.4.	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE VÍAS BILIARES	
51.4.0.	EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR CÁLCULOS U OTROS CUERPOS EXTRAÑOS</i>	
51.4.0.01	EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA	Cubierta
51.4.0.02	EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.4.0.04	COLEDOCOSCOPIA INTRAOPERATORIA	Cubierta
51.4.3.	RE EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES	Cubierta
51.4.3.01	RE EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA	Cubierta
51.4.3.02	RE EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.4.4.	INSERCIÓN DE TUBO COLEDOCOHEPÁTICO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
51.4.4.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPÁTICO PARA DESCOMPRESIÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
51.4.4.02	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPÁTICO PARA DESCOMPRESIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.6.	ESCISIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE VÍA BILIAR	
51.6.1.	ESCISIÓN DE CONDUCTO CÍSTICO REMANENTE (MUÑÓN CÍSTICO)	No Cubierta
51.6.1.01	ESCISIÓN DE CONDUCTO CÍSTICO REMANENTE (MUÑÓN CÍSTICO) VÍA ABIERTA	No Cubierta
51.6.1.02	ESCISIÓN DE CONDUCTO CÍSTICO REMANENTE (MUÑÓN CÍSTICO) VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
51.6.2.	ESCISIÓN DE LA AMPOLLA HEPATOPANCREÁTICA [DE VATER] (AMPULECTOMÍA), CON REIMPLANTACIÓN DE COLÉDOCO	Cubierta
51.6.2.01	ESCISIÓN DE LA AMPOLLA HEPATOPANCREÁTICA [DE VATER] (AMPULECTOMÍA), CON REIMPLANTACIÓN DE COLÉDOCO VÍA ABIERTA	Cubierta
51.6.2.02	ESCISIÓN DE LA AMPOLLA HEPATOPANCREÁTICA [DE VATER] (AMPULECTOMÍA), CON REIMPLANTACIÓN DE COLÉDOCO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.6.4.	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN EN LAS VÍAS BILIARES	Cubierta
51.6.4.01	ESCISIÓN DE LESIÓN EN LAS VÍAS BILIARES VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
51.7.	REPARACIÓN DE VÍAS BILIARES	
51.7.1.	SUTURA SIMPLE DE COLÉDOCO	Cubierta
51.7.1.01	SUTURA SIMPLE DE COLÉDOCO VÍA ABIERTA	Cubierta
51.7.1.02	SUTURA SIMPLE DE COLÉDOCO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.7.2.	COLEDOCOPLASTIA	Cubierta
51.7.2.01	COLEDOCOPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
51.7.2.02	COLEDOCOPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.7.3.	RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES	Cubierta
51.7.3.01	RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA	Cubierta
51.7.3.02	RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN CONDUCTOS BILIARES Y ESFÍNTER DE ODDI	
51.8.1.	DILATACIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI	Cubierta
51.8.1.01	DILATACIÓN DE ESFÍNTER DE ODDI	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
51.8.3.	ESFINTEROPLASTIA	Cubierta
51.8.3.01	ESFINTEROPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
51.8.3.02	ESFINTEROPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.8.4.	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPOLLA Y CONDUCTO BILIAR	Cubierta
51.8.4.01	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR	Cubierta
51.8.5.	ESFINTERECTOMÍA Y PAPILOTOMÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
51.8.5.00	ESFINTERECTOMÍA Y PAPILOTOMÍA ENDOSCÓPICA SOD	Cubierta
51.8.6.	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR	Cubierta
51.8.6.00	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR SOD	Cubierta
51.8.8.	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DE LA VÍA BILIAR	Cubierta
51.8.8.01	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DE LAS VÍAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA	Cubierta
51.8.8.02	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DEL TRACTO BILIAR	Cubierta
51.8.9.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Simultáneo:	GUIA IMAGENOLÓGICA (87.2.0.70, 87.9.9.90, 88.1.3.90)	
51.8.9.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR VÍA ABIERTA	Cubierta
51.8.9.02	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
51.8.9.03	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
51.8.9.04	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.9.	OTRAS REPARACIONES EN TRACTO BILIAR	
51.9.1.	REPARACIÓN DE LESIÓN DE VESÍCULA BILIAR	Cubierta
51.9.1.00	REPARACIÓN DE LESIÓN DE VESÍCULA BILIAR SOD	Cubierta
51.9.3.	CIERRE DE FÍSTULA BILIAR	No Cubierta
51.9.3.01	CIERRE DE FÍSTULA BILIAR VÍA ABIERTA	No Cubierta
51.9.3.02	CIERRE DE FÍSTULA BILIAR VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
51.9.4.	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE LAS VÍAS BILIARES	Cubierta
51.9.4.01	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE LAS VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
51.9.4.02	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE LAS VÍAS BILIARES VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.9.5.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE VÍA BILIAR	Cubierta
51.9.5.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE VÍA BILIAR VÍA ABIERTA	Cubierta
51.9.5.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE VÍA BILIAR VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
51.9.6.	EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE CÁLCULOS EN VÍAS BILIARES	Cubierta
51.9.6.01	EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS EN VÍA BILIAR VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
51.9.7.	INSERCIÓN DE CATÉTER BILIAR	Cubierta
Simultáneo:	<i>AQUELLA CON ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA (99.2.5.)</i>	
51.9.7.00	INSERCIÓN DE CATÉTER BILIAR SOD	Cubierta
52.	PROCEDIMIENTOS EN PÁNCREAS	
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
52.0.	PANCREATOTOMIA	
52.0.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PÁNCREAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
52.0.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	Cubierta
52.0.1.02	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.0.2.	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DEL PÁNCREAS	Cubierta
52.0.2.01	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DEL PÁNCREAS VÍA ABIERTA	Cubierta
52.0.2.02	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DEL PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PÁNCREAS	
52.1.0.	BIOPSIAS DE PÁNCREAS	Cubierta
52.1.0.01	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	Cubierta
52.1.0.02	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
52.1.0.03	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.1.0.04	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
52.1.3.	PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [ERP]	Cubierta
52.1.3.00	PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [ERP] SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
52.1.4.	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE DUCTO PANCREÁTICO	Cubierta
52.1.4.00	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE DUCTO PANCREÁTICO SOD	Cubierta
52.2.	ESCISIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN DE LESIÓN DE PÁNCREAS Y CONDUCTO PANCREÁTICO	
Excluye:	<i>BIOPSIA DE PÁNCREAS (52.1.1. - 52.1.2.)</i>	
52.2.2.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS	Cubierta
52.2.2.01	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	Cubierta
52.2.2.02	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
52.2.2.03	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.3.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS Y CONDUCTO PANCREÁTICO	
52.3.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS	Cubierta
52.3.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	Cubierta
52.3.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.3.2.	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
52.3.2.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
52.4.	DRENAJE DE QUISTE Y SEUDOQUISTE PANCREÁTICO	
52.4.0.	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO	Cubierta
52.4.0.01	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO VÍA ABIERTA	Cubierta
52.4.0.02	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
52.4.0.03	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.4.1.	DRENAJE ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO	Cubierta con aclaración
52.4.1.01	DRENAJE TRANSGÁSTRICO ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO	Cubierta
52.4.1.02	DRENAJE TRANSAMPULAR ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO	No Cubierta
52.4.4.	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOENTEROSTOMÍA	Cubierta
52.4.4.01	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOENTEROSTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
52.4.4.02	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOENTEROSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.5.	PANCREATECTOMÍA PARCIAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
52.5.0.	PANCREATECTOMÍA CENTRAL	Cubierta
52.5.0.01	PANCREATECTOMÍA CENTRAL VÍA ABIERTA	Cubierta
52.5.0.02	PANCREATECTOMÍA CENTRAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.5.1.	PANCREATECTOMÍA PROXIMAL	Cubierta
52.5.1.01	PANCREATECTOMÍA PROXIMAL VÍA ABIERTA	Cubierta
52.5.1.02	PANCREATECTOMÍA PROXIMAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.5.2.	PANCREATECTOMÍA DISTAL	Cubierta
52.5.2.03	PANCREATECTOMÍA DISTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
52.5.2.04	PANCREATECTOMÍA DISTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.5.2.05	PANCREATECTOMÍA DISTAL CON PRESERVACIÓN DE BAZO VÍA ABIERTA	Cubierta
52.5.2.06	PANCREATECTOMÍA DISTAL CON PRESERVACIÓN DE BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.5.3.	PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL	Cubierta
52.5.3.01	PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
52.5.3.02	PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.6.	PANCREATECTOMÍA TOTAL	
52.6.1.	PANCREATECTOMÍA TOTAL	Cubierta
52.6.1.01	PANCREATECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
52.6.1.02	PANCREATECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.6.2.	PANCREATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DEL ÓRGANO)	No Cubierta
52.6.2.00	PANCREATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DEL ÓRGANO) SOD	No Cubierta
52.7.	PANCREATICODUODENECTOMÍA	
52.7.1.	PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL	Cubierta
52.7.1.01	PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
52.7.1.02	PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.7.2.	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL	Cubierta
52.7.2.01	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
52.7.2.02	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.8.	TRASPLANTE DE PÁNCREAS	
52.8.1.	REIMPLANTACIÓN DE TEJIDO PANCREÁTICO	No Cubierta
52.8.1.00	REIMPLANTACIÓN DE TEJIDO PANCREÁTICO SOD	No Cubierta
52.8.2.	HOMOTRASPLANTE DE PÁNCREAS	No Cubierta
52.8.2.00	HOMOTRASPLANTE DE PÁNCREAS SOD	No Cubierta
52.8.3.	HETEROTRASPLANTE DE PÁNCREAS	No Cubierta
52.8.3.00	HETEROTRASPLANTE DE PÁNCREAS SOD	No Cubierta
52.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS DE PÁNCREAS	
52.9.3.	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PRÓTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREÁTICO	Cubierta
52.9.3.00	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PRÓTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREÁTICO SOD	Cubierta
52.9.4.	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DEL CONDUCTO PANCREÁTICO	Cubierta
52.9.4.00	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DEL CONDUCTO PANCREÁTICO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
52.9.5.	REPARACIÓN DE PÁNCREAS	Cubierta
52.9.5.03	FISTULECTOMÍA DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	Cubierta
52.9.5.04	FISTULECTOMÍA DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.9.5.05	SUTURA SIMPLE DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	Cubierta
52.9.5.06	SUTURA SIMPLE DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
52.9.6.	ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS	Cubierta con aclaración
52.9.6.03	ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
52.9.6.05	ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
52.9.6.06	ANASTOMOSIS PANCREATOENTÉRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
52.9.6.07	ANASTOMOSIS PANCREATOENTÉRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
52.9.6.08	PANCREATOYEYUNOSTOMÍA TÉRMINO LATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
52.9.6.09	PANCREATOYEYUNOSTOMÍA TÉRMINO LATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
52.9.7.	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOPANCREÁTICO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
52.9.7.00	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOPANCREÁTICO SOD	No Cubierta
52.9.8.	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE DUCTO PANCREÁTICO	Cubierta
52.9.8.00	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE DUCTO PANCREÁTICO SOD	Cubierta
53.	PROCEDIMIENTOS EN PARED ABDOMINAL	
Incluye:	<i>HERNIOPLASTIA, HERNIORRAFIA, HERNIOTOMÍA. DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
Excluye:	<i>REDUCCIÓN MANUAL DE HERNIA (96.2.7.)</i>	
53.0.	REPARACIÓN UNILATERAL DE HERNIA INGUINAL	
53.0.0.	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL	Cubierta
53.0.0.01	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
53.0.0.02	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.0.3.	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA	Cubierta
53.0.3.01	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.0.3.02	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
53.0.4.	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA	Cubierta
53.0.4.01	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.0.4.02	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.0.6.	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL	Cubierta
53.0.6.01	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
53.0.6.02	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.1.	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL	
53.1.0.	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL	Cubierta
53.1.0.01	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
53.1.0.02	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.1.5.	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA	Cubierta
53.1.5.01	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.1.5.02	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
53.1.6.	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA	Cubierta
53.1.6.01	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.1.6.02	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.1.7.	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL	Cubierta
53.1.7.01	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
53.1.7.02	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.4.	REPARACIÓN DE HERNIA UMBILICAL	
53.4.0.	HERNIORRAFIA UMBILICAL	Cubierta
53.4.0.01	HERNIORRAFIA UMBILICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
53.4.0.02	HERNIORRAFIA UMBILICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.4.1.	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA	Cubierta
53.4.1.01	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.4.1.02	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
53.4.3.	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA	Cubierta
53.4.3.01	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.4.3.02	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.5.	REPARACIÓN DE OTRA HERNIA DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR	
53.5.0.	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) ENCARCELADA	Cubierta
53.5.0.01	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) ENCARCELADA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.5.0.02	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.5.1.	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN)	Cubierta
53.5.1.01	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) VÍA ABIERTA	Cubierta
53.5.1.02	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.5.2.	REPARACIÓN DE HERNIA EPIGÁSTRICA	Cubierta
53.5.2.04	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.5.2.05	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
53.5.3.	REPARACIÓN DE HERNIA EPIGÁSTRICA ENCARCELADA	Cubierta
53.5.3.01	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA ENCARCELADA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.5.3.02	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.6.	OTRA REPARACIÓN DE HERNIA	
53.6.0.	HERNIORRAFIA LUMBAR	Cubierta
53.6.0.01	HERNIORRAFIA LUMBAR VÍA ABIERTA	Cubierta
53.6.0.02	HERNIORRAFIA LUMBAR VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.6.1.	HERNIORRAFIA OBTURADORA	Cubierta
53.6.1.01	HERNIORRAFIA OBTURADORA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.6.1.02	HERNIORRAFIA OBTURADORA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.6.2.	HERNIORRAFIA ISQUIÁTICA	Cubierta
53.6.2.01	HERNIORRAFIA ISQUIÁTICA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.6.3.	HERNIORRAFIA PERINEAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
53.6.3.01	HERNIORRAFIA PERINEAL VÍA ABIERTA	Cubierta
53.6.3.02	HERNIORRAFIA PERINEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.6.3.03	HERNIORRAFIA PERINEAL ABORDAJE PERINEAL	Cubierta
53.6.5.	HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA	Cubierta
53.6.5.01	HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.6.5.02	HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.6.6.	HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA	Cubierta
53.6.6.01	HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.6.6.02	HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.6.7.	HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA	Cubierta
53.6.7.01	HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.6.7.02	HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.6.8.	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL O SEMILUNAR [SPIEGEL]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
53.6.8.01	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL VÍA ABIERTA	Cubierta
53.6.8.02	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.6.8.03	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VÍA ABIERTA	Cubierta
53.6.8.04	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.6.9.	OTRAS HERNIORRAFIAS PARAESTOMAL ENCARCELADA O SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA	Cubierta
53.6.9.01	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.6.9.02	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.6.9.03	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.6.9.04	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.7.	REPARACIÓN DE HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS	
53.7.0.	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA	Cubierta
53.7.0.01	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.7.0.02	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA TORACOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
53.7.0.03	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.7.3.	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA O REPRODUCIDA	Cubierta
53.7.3.01	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.7.3.02	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA VÍA TORACOSCÓPICA	Cubierta
53.7.3.03	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.7.3.04	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA REPRODUCIDA VÍA ABIERTA	Cubierta
53.7.3.05	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA REPRODUCIDA VÍA TORACOSCÓPICA	Cubierta
53.7.3.06	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
53.7.4.	REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI]	No Cubierta
53.7.4.01	REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VÍA ABIERTA	No Cubierta
53.7.4.02	REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VÍA TORACOSCÓPICA	No Cubierta
53.7.4.03	REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
54.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ABDOMEN	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>CAVIDAD PÉLVICA MASCULINA, EPIPLÓN, ESPACIO RETROPERITONEAL, FLANCOS, HIPOCONDRIOS, MESENTERIO, PERITONEO, REGIÓN COSTAL, CRURAL, EPIGÁSTRICA, INGUINAL Y LUMBAR. DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
Excluye:	<i>PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE PARED ABDOMINAL (53. Y 86.)</i>	
54.0.	DRENAJE DE ABDOMEN	
54.0.0.	DRENAJE DE COLECCIÓN EN ABDOMEN	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL PARA DRENAJE LOCALIZADO O GENERALIZADO</i>	
54.0.0.04	DRENAJE DE COLECCIÓN EXTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.0.0.05	DRENAJE DE COLECCIÓN EXTRAPERITONEAL VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
54.0.0.06	DRENAJE DE COLECCIÓN EXTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.0.0.07	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.0.0.08	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
54.0.0.09	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.0.0.10	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
54.0.0.11	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
54.0.0.12	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.0.0.13	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.0.0.14	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
54.0.0.15	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.0.1.	LIBERACIÓN DE PLASTRÓN EN ABDOMEN	Cubierta
54.0.1.01	LIBERACIÓN DE PLASTRÓN EN ABDOMEN VÍA ABIERTA	Cubierta
54.0.1.02	LIBERACIÓN DE PLASTRÓN EN ABDOMEN VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.1.	LAPAROTOMÍA	
Excluye:	COMO VÍA DE ACCESO QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO)	
54.1.1.	LAPAROTOMÍA DE PRECISIÓN O EXPLORATORIA	Cubierta
54.1.1.01	LAPAROTOMÍA DE PRECISIÓN (ESTADIFICACIÓN)	Cubierta
54.1.1.02	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
54.1.5.	PROCEDIMIENTOS EN LA REGIÓN RETROPERITONEAL	Cubierta
54.1.5.01	EXPLORACIÓN DE ESPACIO RETROPERITONEAL	Cubierta
54.1.5.04	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.1.5.05	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.1.5.06	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCIÓN DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ÓRGANOS RETROPERITONEALES VÍA ABIERTA	Cubierta
54.1.5.07	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCIÓN DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ÓRGANOS RETROPERITONEALES VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.1.6.	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO	Cubierta
54.1.6.01	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VÍA ABIERTA	Cubierta
54.1.6.02	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.1.7.	LAVADO PERITONEAL	Cubierta
54.1.7.01	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO VÍA ABIERTA	Cubierta
54.1.7.02	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
54.1.7.03	LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO VÍA ABIERTA	Cubierta
54.1.7.04	LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.1.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PERITONEO	Cubierta
54.1.8.01	MARSUPIALIZACIÓN ABDOMINAL POR PANCREATITIS	Cubierta
54.1.9.	CITORREDUCCIÓN	Cubierta
54.1.9.01	CITORREDUCCIÓN VÍA ABIERTA	Cubierta
54.1.9.02	CITORREDUCCIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DE LA REGIÓN ABDOMINAL	
Incluye:	<i>PERITONEO</i>	
54.2.0.	EXPLORACIÓN INGUINAL	Cubierta
54.2.0.01	EXPLORACIÓN INGUINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.2.0.02	EXPLORACIÓN INGUINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.2.1.	LAPAROSCOPIA DE PRECISIÓN O EXPLORATORIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
54.2.1.01	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA	Cubierta
54.2.1.02	LAPAROSCOPIA DE PRECISIÓN (ESTADIFICACIÓN)	Cubierta
54.2.2.	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL	Cubierta
54.2.2.01	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.2.2.02	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
54.2.2.03	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.2.3.	BIOPSIA DE PERITONEO	Cubierta
54.2.3.02	BIOPSIA DE PERITONEO VÍA ABIERTA	Cubierta
54.2.3.03	BIOPSIA DE PERITONEO VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
54.2.3.04	BIOPSIA DE PERITONEO VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.2.4.	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL	Cubierta
54.2.4.01	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.2.4.02	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
54.2.4.03	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.2.8.	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA	Cubierta
54.2.8.01	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
54.2.8.02	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPÉUTICA VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
54.2.8.03	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPÉUTICA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
Incluye:	<i>COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO PARA PARACENTESIS PERMANENTE</i>	
54.3.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LA PARED ABDOMINAL U OMBLIGO	
Excluye:	<i>PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (86.)</i>	
54.3.1.	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL	Cubierta
54.3.1.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.3.1.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.3.2.	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE LA PARED ABDOMINAL	Cubierta
54.3.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
54.3.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.3.3.	ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL	Cubierta
54.3.3.01	ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON ROTACIÓN DE COLGAJO	Cubierta
54.3.3.02	ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON PRÓTESIS	Cubierta
54.3.3.03	RESECCIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL	Cubierta
54.4.	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PERITONEAL	
54.4.1.	EXTIRPACIÓN DE EPIPLON MAYOR [OMENTECTOMÍA]	Cubierta
54.4.1.04	OMENTECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.4.1.05	OMENTECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.4.1.06	OMENTECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.4.1.07	OMENTECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.4.2.	ONFALECTOMÍA	Cubierta
54.4.2.00	ONFALECTOMÍA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
54.5.	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES	
54.5.0.	LISIS DE ADHERENCIAS EN PERITONEO VÍA ABIERTA	Cubierta
54.5.0.01	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA ABIERTA	Cubierta
54.5.1.	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
54.5.1.01	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.6.	SUTURA DE PARED ABDOMINAL Y PERITONEO	
54.6.1.	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACIÓN)	Cubierta
54.6.1.00	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACIÓN) SOD	Cubierta
54.6.2.	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION	Cubierta
54.6.2.00	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION SOD	Cubierta
54.7.	OTRA REPARACIÓN DE PARED ABDOMINAL Y PERITONEO	
54.7.1.	CORRECCIÓN TOTAL DE EVISCERACIÓN PRENATAL (GASTROSQUISIS)	Cubierta
54.7.1.00	CORRECCIÓN TOTAL DE EVISCERACIÓN PRENATAL (GASTROSQUISIS) SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
54.7.2.	CORRECCIÓN DE ONFALOCELE	Cubierta
54.7.2.00	CORRECCIÓN DE ONFALOCELE SOD	Cubierta
54.7.3.	CIERRE DE PIEL CON INCISIONES DE RELAJACION EN ONFALOCELE O GASTROSQUISIS	Cubierta
54.7.3.00	CIERRE DE PIEL CON INCISIONES DE RELAJACION EN ONFALOCELE O GASTROSQUISIS SOD	Cubierta
54.7.4.	REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN [EVENTRORRAFIA]	Cubierta
54.7.4.01	EVENTRORRAFIA CON COLOCACIÓN DE MALLA	Cubierta
54.7.4.03	EVENTRORRAFIA VÍA ABIERTA	Cubierta
54.7.4.04	EVENTRORRAFIA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.7.5.	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL	Cubierta
54.7.5.01	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VÍA ABIERTA	Cubierta
54.7.5.02	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.7.5.03	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.7.5.04	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
54.7.5.05	RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL ANATÓMICA Y FUNCIONAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.7.5.06	RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL ANATÓMICA Y FUNCIONAL VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
54.7.6.	RESECCIÓN DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL	Cubierta
54.7.6.00	RESECCIÓN DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL SOD	Cubierta
54.7.7.	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO	Cubierta
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO (BOLSA DE BOGOTÁ, DISPOSITIVO DE PRESIÓN SUBATMOSFÉRICA, ENTRE OTROS)</i>	
54.7.7.01	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VÍA ABIERTA	Cubierta
54.7.7.02	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.7.7.03	SUSTITUCIÓN O CAMBIO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	Cubierta
54.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS DE LA REGIÓN ABDOMINAL	
54.9.0.	INSERCIÓN Y RETIRO DE CATÉTER PERITONEAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR VÍA LAPAROTOMÍA, LAPAROSCOPIA, VÍA PERCUTÁNEA O PUNCIÓN, ENTRE OTRAS TÉCNICAS</i>	
54.9.0.01	COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA POR INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA, ENTRE OTRAS CAUSAS	
54.9.0.02	INSERCIÓN DE CATÉTER PERMANENTE PARA HEMODIÁLISIS	Cubierta
54.9.0.03	COLOCACIÓN DE CATÉTERES PARA DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL Y PERITONEOVENTRICULAR	Cubierta
54.9.0.04	COLOCACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL	Cubierta
54.9.0.11	RETIRO DE CATÉTER PERITONEAL PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL	Cubierta
54.9.0.12	RETIRO DE CATÉTER PERMANENTE PARA HEMODIÁLISIS	Cubierta
54.9.0.13	RETIRO DE OTRO CATÉTER PERITONEAL	Cubierta
54.9.2.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA CAVIDAD PERITONEAL	Cubierta
54.9.2.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
54.9.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
54.9.3.	CREACIÓN DE FÍSTULA CUTÁNEOPERITONEAL	Cubierta
54.9.3.00	CREACIÓN DE FÍSTULA CUTÁNEOPERITONEAL SOD	Cubierta
54.9.4.	CREACIÓN DE DERIVACIÓN [CORTOCIRCUITO] PERITONEO-VASCULAR	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
54.9.4.00	CREACIÓN DE DERIVACIÓN [CORTOCIRCUITO] PERITONEO-VASCULAR SOD	No Cubierta
54.9.5.	INCISIÓN DE PERITONEO	Cubierta
54.9.5.01	PLICATURA DE PERITONEO [NOBLE MODIFICADA]	Cubierta
54.9.6.	INYECCIÓN DE AIRE EN CAVIDAD PERITONEAL	No Cubierta
54.9.6.00	INYECCIÓN DE AIRE EN CAVIDAD PERITONEAL SOD	No Cubierta
54.9.7.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DE ACCIÓN LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL	Cubierta
54.9.7.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DE ACCIÓN LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL SOD	Cubierta
54.9.8.	DIÁLISIS PERITONEAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA, ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
54.9.8.01	DIÁLISIS PERITONEAL MANUAL	Cubierta
54.9.8.02	DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA	Cubierta
Capítulo 10 SISTEMA URINARIO		
55.	PROCEDIMIENTOS EN RIÑÓN	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	PROCEDIMIENTOS SOBRE PELVIS RENAL	
Simultáneo:	RESECCIÓN SIMULTÁNEA DE URÉTER (56.4.) SI NO SE DESCRIBE COMO NEFROURETERECTOMÍA (55.5.1.); CODIFICAR ADEMÁS CUALQUIER ESCISIÓN SIMULTÁNEA DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.5.3. - 40.5.5.) SEGMENTO DE VEJIGA (57.6.)	
55.0.	NEFROTOMÍA Y NEFROSTOMÍA	
Excluye:	DRENAJE POR ANASTOMOSIS (55.8.6.), ASPIRACIÓN (55.9.2.) E INCISIÓN DE PELVIS RENAL (55.1.1. - 55.1.2.)	
55.0.1.	NEFROTOMÍA	Cubierta con aclaración
55.0.1.01	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE RENAL POR NEFROTOMIA POR VÍA ABIERTA	Cubierta
55.0.1.02	EXPLORACIÓN DE RIÑÓN POR NEFROTOMÍA	Cubierta
55.0.1.03	NEFROLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CÁLCULO O CUERPO EXTRAÑO POR NEFROTOMÍA	Cubierta
55.0.1.04	DRENAJE DE COLECCIÓN RENAL POR NEFROTOMÍA	Cubierta
Incluye:	AQUEL POR ABSCESO, QUISTE, HEMATOMA U OTRA PATOLOGÍA	
55.0.1.20	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE RENAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
55.0.1.22	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCIÓN DE CÁLCULO O CUERPO EXTRAÑO POR LAPAROSCOPIA CON MANO ASISTIDA O AYUDA MANUAL	No Cubierta
55.0.2.	NEFROSTOMÍA	Cubierta
55.0.2.00	NEFROSTOMÍA VÍA ABIERTA SOD	Cubierta
55.0.3.	NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
Incluye:	COLOCACIÓN DE CATÉTER HASTA URETRA	
55.0.3.01	EXTRACCIÓN (PERCUTÁNEA) (NEFROSCÓPICA) DE CÁLCULOS EN RIÑÓN [NEFROSTOLITOTOMÍA] O EN PELVIS RENAL [PIELOSTOLITOTOMÍA]	Cubierta
55.0.4.	NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA CON FRAGMENTACIÓN	Cubierta
Incluye:	COLOCACIÓN DE CATÉTER HASTA URETRA	
Simultáneo:	FLÚOROSCOPIA (87.2.0.70)	
55.0.4.01	NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA CON LITOFRAGMENTACIÓN Y EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA EN RIÑÓN	Cubierta
55.1.	PIELOTOMIA Y PIELOSTOMÍA	
Excluye:	DRENAJE POR ANASTOMOSIS (55.8.6.), EXTRACCIÓN DE CÁLCULO SIN INCISIÓN (56.0.) PIELOSTOLITOTOMÍA PERCUTÁNEA (55.0.3.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
55.1.1.	PIELOTOMÍA	Cubierta con aclaración
55.1.1.10	EXPLORACIÓN DE PELVIS RENAL POR PIELOTOMÍA VÍA ABIERTA	Cubierta
55.1.1.20	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O CÁLCULO POR PIELOTOMÍA	Cubierta
55.1.1.40	EXTRACCIÓN DE CÁLCULO CORALIFORME POR PIELOTOMÍA	Cubierta
55.1.1.50	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO Y CÁLCULO POR PIELOTOMÍA LAPAROSCÓPICA	No Cubierta
55.1.2.	PIELOSTOMÍA	Cubierta
55.1.2.10	PIELOSTOMÍA O INSERCIÓN DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL	Cubierta
55.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN RIÑÓN Y TEJIDOS PERIRENALES	
55.2.1.	NEFROSCOPIA	Cubierta
55.2.1.00	NEFROSCOPIA DIAGNÓSTICA SOD	Cubierta
55.2.2.	PIELOSCOPIA	Cubierta
55.2.2.00	PIELOSCOPIA DIAGNÓSTICA SOD	Cubierta
55.2.3.	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) (LAPAROSCÓPICA) DE RIÑÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
55.2.3.10	BIOPSIA (PERCUTÁNEA) CON (AGUJA) O TROCAR DE RIÑÓN	Cubierta
55.2.3.20	BIOPSIA ENDOSCÓPICA DE RIÑÓN	Cubierta
Incluye:	<i>A TRAVÉS DE NEFROSTOMÍA, NEFROTOMÍA, PIELOSTOMÍA O PIELOTOMÍA EXISTENTES</i>	
55.2.3.30	BIOPSIA DE RIÑÓN O TEJIDO PERIRRENAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
55.2.4.	BIOPSIA ABIERTA DE RIÑÓN	Cubierta
55.2.4.01	BIOPSIA RIÑÓN, VÍA ABIERTA O LUMBOTOMÍA	Cubierta
55.2.5.	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES	Cubierta
55.2.5.00	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES SOD	Cubierta
55.3.	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN RENAL	
55.3.1.	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL	Cubierta
55.3.1.01	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL VÍA ABIERTA	Cubierta
55.3.1.02	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN PIELICA	Cubierta
55.3.1.20	DIVERTICULECTOMÍA U OBLITERACIÓN DE DIVERTÍCULO DE CALIZ	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
55.3.1.30	ESCISION LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
55.4.	NEFRECTOMÍA PARCIAL	
Excluye:	NEFROURETERECTOMÍA (55.5.1.)	
55.4.1.	HEMINEFRECTOMÍA	Cubierta con aclaración
55.4.1.01	HEMINEFRECTOMÍA POR VÍA ABIERTA	Cubierta
55.4.1.11	HEMINEFRECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
55.4.2.	RESECCIÓN DE POLO RENAL	Cubierta
55.4.2.00	RESECCIÓN DE POLO RENAL SOD	Cubierta
55.4.4.	RESECCIÓN EN CUÑA DE RIÑÓN	Cubierta
55.4.4.00	RESECCIÓN EN CUÑA DE RIÑÓN SOD	Cubierta
55.5.	NEFRECTOMÍA TOTAL	
Simultáneo:	CODIFICAR ADEMÁS CUALQUIER ESCISIÓN SIMULTÁNEA DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.5.3. - 40.5.5.)	
55.5.1.	NEFROURETERECTOMÍA	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
55.5.1.01	NEFROURETERECTOMÍA CON SEGMENTO DE VEJIGA	Cubierta
55.5.1.02	NEFROURETERECTOMÍA TOTAL (UNILATERAL)	Cubierta
55.5.1.11	NEFROURETERECTOMÍA CON SEGMENTO VESICAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
55.5.2.	NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESIDUAL O ÚNICO	Cubierta
55.5.2.00	NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESIDUAL O ÚNICO SOD	Cubierta
55.5.3.	REMOCIÓN DE RIÑÓN TRANSPLANTADO O RECHAZADO	Cubierta
55.5.3.00	REMOCIÓN DE RIÑÓN TRANSPLANTADO O RECHAZADO SOD	Cubierta
55.5.6.	NEFRECTOMÍA SIMPLE (UNILATERAL TOTAL)	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR NEFROBLASTOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
Simultáneo:	<i>CUALQUIER BIOPSIA GANGLIONAR (40.1.1.), DISECCIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL (40.3. - 40.5.); CON EXPLORACIÓN RENAL CONTRALATERAL (59.0.1.)</i>	
55.5.6.01	NEFRECTOMÍA (OBTENCIÓN DE ÓRGANO)	Cubierta
55.5.6.02	RESECCIÓN DE RIÑÓN UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMÍA SIMPLE]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
55.5.6.21	NEFRECTOMIA SIMPLE POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
55.5.7.	NEFRECTOMÍA RADICAL	Cubierta con aclaración
55.5.7.01	NEFRECTOMIA RADICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
55.5.7.21	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
55.5.7.22	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA CON MANO ASISTIDA O AYUDA MANUAL	No Cubierta
55.5.7.23	NEFRECTOMIA DE DONANTE VIVO POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
55.6.	TRASPLANTE DE RIÑÓN	
55.6.1.	AUTOTRASPLANTE DE RIÑÓN	Cubierta con aclaración
55.6.1.01	AUTOTRASPLANTE RENAL POR VÍA ABIERTA	Cubierta
55.6.1.21	AUTOTRASPLANTE RENAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
55.6.2.	TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONANTE	Cubierta
55.6.2.00	TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONANTE SOD	Cubierta
55.7.	NEFROPEXIA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
55.7.0.	NEFROPEXIA, FIJACIÓN O SUSPENSIÓN DE RIÑÓN ECTÓPICO (FLOTANTE)	Cubierta con aclaración
55.7.0.01	NEFROPEXIA POR VÍA ABIERTA	Cubierta
55.7.0.21	NEFROPEXIA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
55.8.	OTRAS REPARACIONES EN RIÑÓN	
55.8.1.	NEFRORRAFIA	Cubierta con aclaración
55.8.1.01	NEFRORRAFIA O SUTURA DE LACERACIÓN RENAL	Cubierta
55.8.1.21	NEFRORRAFIA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
55.8.2.	CIERRE DE FÍSTULA NEFROCUTÁNEA	Cubierta
55.8.2.01	CIERRE DE NEFROSTOMÍA O PIELOSTOMÍA	Cubierta
55.8.3.	CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL	Cubierta
55.8.3.10	CIERRE DE FÍSTULA NEFROVISCERAL	Cubierta
55.8.5.	SINFISIOTOMÍA DE RIÑÓN EN HERRADURA	Cubierta
55.8.5.00	SINFISIOTOMÍA DE RIÑÓN EN HERRADURA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
55.8.6.	ANASTOMOSIS DE RIÑÓN	Cubierta con aclaración
55.8.6.10	NEFRO-PIELO-URETEROSTOMÍA	Cubierta
55.8.6.20	ANASTOMOSIS PIELO-URETERO-VESICAL	Cubierta
Incluye:	<i>REIMPLANTE URETERAL</i>	
55.8.6.30	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMÍA	Cubierta
55.8.6.40	NEFROENTEROSTOMÍA CUTÁNEA	Cubierta
55.8.6.50	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
55.8.7.	CORRECCIÓN DE UNIÓN URETEROPÉLVICA (PIELOPLASTIA) (REANASTOMOSIS URETEROPÉLVICA)	Cubierta
Incluye:	<i>CON REUBICACIÓN DE VASOS RENALES ABERRANTES; AQUELLA EN RIÑÓN ÚNICO</i>	
55.8.7.01	PIELOPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
55.8.7.20	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA (POR ENDOPIELOTOMIA O ANTEROGRADA)	Cubierta
55.8.7.30	PIELOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
55.8.7.40	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA (RETRÓGRADA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
55.8.8.	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS PIÉLICAS	Cubierta
55.8.8.01	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIÉLICAS O URETEROPIÉLICAS POR VÍA ABIERTA	Cubierta
55.8.8.11	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIÉLICAS O URETEROPIÉLICAS POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
55.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN RIÑÓN	
Excluye:	<i>LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIRRENALES O PERIURETERALES (59.0.2. - 59.0.3.)</i>	
55.9.1.	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EN RIÑÓN	Cubierta
55.9.1.01	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO (CATÉTER DOBLE J) ANTERÓGRADO DE RIÑÓN A VEJIGA	Cubierta
55.9.2.	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL	Cubierta
55.9.2.10	RENOPUNCIÓN O PUNCIÓN RENAL PERCUTÁNEA	Cubierta
55.9.2.20	DRENAJE PERCUTÁNEO DE COLECCIÓN O QUISTE RENAL	Cubierta
55.9.3.	REEMPLAZO DE CATÉTER DE NEFROSTOMÍA	Cubierta
55.9.3.00	REEMPLAZO DE CATÉTER DE NEFROSTOMÍA SOD	Cubierta
55.9.4.	REEMPLAZO DE CATÉTER DE PIELOSTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
55.9.4.00	REEMPLAZO DE CATÉTER DE PIELOSTOMÍA SOD	Cubierta
55.9.5.	PERFUSIÓN LOCAL DE RIÑÓN	Cubierta
55.9.5.00	PERFUSIÓN LOCAL DE RIÑÓN SOD	Cubierta
55.9.6.	OTRAS INYECCIONES DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN RIÑÓN	Cubierta
55.9.6.01	INYECCIÓN RENAL ESCLEROSANTE, VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR QUISTE RENAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
56.	PROCEDIMIENTOS EN URÉTER	
Excluye:	<i>NEFROURETERECTOMÍA (55.5.1. - 55.5.4.)</i>	
Simultáneo:	<i>NEFRECTOMÍA (55.5.0.) SI NO SE DESCRIBE COMO NEFROURETERECTOMÍA (55.5.1.)</i>	
56.0.	REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE OBSTRUCCIÓN EN URÉTER O PELVIS RENAL	
Excluye:	<i>AQUELLA MEDIANTE INCISIÓN (55.1.1. - 56.2.)</i>	
56.0.1.	REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO, COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO EN URÉTER O PELVIS RENAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
56.0.1.00	REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO [URETEROLITOTOMÍA], COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO EN URÉTER O PELVIS RENAL SOD	Cubierta
56.0.2.	REMOCIÓN (LAPAROSCÓPICA) DE CÁLCULO, COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO	Cubierta
56.0.2.00	REMOCION DE CÁLCULO, COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO POR LAPAROSCOPIA SOD	Cubierta
56.1.	MEATOTOMÍA	
56.1.1.	MEATOTOMÍA URETERAL	Cubierta
56.1.1.01	MEATOTOMÍA URETERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
56.1.1.02	MEATOTOMÍA URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
56.2.	URETEROTOMÍA	
Excluye:	<i>DERIVACIÓN URINARIA (56.5.1. - 56.5.7.), EXTRACCIÓN DE CÁLCULO SIN INCISIÓN (56.0.)</i>	
56.2.1.	EXPLORACIÓN DE URÉTER	Cubierta
56.2.1.01	EXPLORACIÓN DE URÉTER POR URETEROTOMÍA (VÍA ABIERTA)	Cubierta
56.2.2.	URETEROLITOTOMÍA	Cubierta
56.2.2.01	URETEROLITOTOMÍA POR URETEROTOMÍA (VÍA ABIERTA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
56.2.2.21	URETEROLITOTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
56.3.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN URÉTER	
56.3.1.	URETEROSCOPIA O URETERORRENOSCOPIA	Cubierta
Incluye:	<i>DILATACIÓN URETERAL</i>	
56.3.1.00	URETEROSCOPIA DIAGNÓSTICA SOD	Cubierta
56.3.3.	BIOPSIA CERRADA ENDOSCÓPICA O LAPAROSCÓPICA DE URÉTER	Cubierta
56.3.3.01	BIOPSIA CERRADA ENDOSCÓPICA DE URÉTER ANTERÓGRADA	Cubierta
56.3.3.11	BIOPSIA CERRADA DE URÉTER RETRÓGRADA	Cubierta
56.3.3.21	BIOPSIA CERRADA DE URÉTER POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
56.3.4.	BIOPSIA ABIERTA DE URÉTER	Cubierta
56.3.4.00	BIOPSIA ABIERTA DE URÉTER SOD	Cubierta
56.3.5.	ENDOSCOPIA DE CONDUCTO DE DERIVACIÓN URINARIA	Cubierta
56.3.5.10	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO ILEAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
56.3.5.20	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO COLONICO	Cubierta
56.4.	URETERECTOMÍA	
Excluye:	NEFROURETERECTOMÍA (55.5.1.) FISTULECTOMÍA O CIERRE DE FÍSTULA URETERO CUTANEA (56.8.3.) Y OTRAS FÍSTULAS DE URÉTER (56.8.4.)	
Simultáneo:	CODIFICAR TAMBIEN ANASTOMOSIS PARA DERIVACIONES URINARIAS (56.5.1. - 56.5.7.) Y OTRAS ANASTOMOSIS (56.7.)	
56.4.1.	URETERECTOMÍA PARCIAL	Cubierta con aclaración
Excluye:	BIOPSIA DE URÉTER (56.3.1. - 56.3.4.)	
56.4.1.01	URETERECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
56.4.1.11	URETERECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
56.4.1.20	ESCISIÓN DE LESIÓN URETERAL O PARA URETERAL	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR DIVERTÍCULO ENTRE OTRAS CAUSAS	
56.4.1.30	ACORTAMIENTO O REMODELACIÓN DE URÉTER CON REIMPLANTACIÓN URETEROVESICAL	Cubierta
56.4.1.40	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URÉTER CON REIMPLANTACIÓN URETEROVESICAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
56.4.2.	URETERECTOMÍA TOTAL	Cubierta con aclaración
56.4.2.01	URETERECTOMÍA TOTAL O RESIDUAL POR VÍA ABIERTA	Cubierta
56.4.2.11	URETERECTOMÍA TOTAL O RESIDUAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
56.5.	FORMACIÓN DE DERIVACIONES URINARIAS	
56.5.1.	FORMACIÓN DE CONDUCTO ILEAL SIN TUNELIZACIÓN DE URÉTER	Cubierta
56.5.1.01	URETEROILEOSTOMÍA CUTÁNEA [CIRUGÍA DE BRICKER]	Cubierta
56.5.2.	FORMACIÓN DE CONDUCTO COLÓNICO CON TUNELIZACIÓN DE URÉTER	Cubierta
56.5.2.02	ANASTOMOSIS URETEROCOLÓNICA TUNELIZADA	Cubierta
56.5.2.01	URETEROSIGMOIDOSTOMÍA	Cubierta
56.5.4.	OTRO REEMPLAZO DE URÉTER POR INTESTINO	Cubierta
56.5.4.10	URETERONEOCECOCISTOPLASTIA	Cubierta
Incluye:	<i>URETERONEOILEOCECOCISTOPLASTIA [OPERACIÓN DE GITTES]</i>	
56.5.6.	URETEROENTEROSTOMÍAS CUTÁNEAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
56.5.6.01	URETEROENTEROSTOMÍA CUTÁNEA	Cubierta
56.5.6.10	URETEROCOLOSTOMÍA	Cubierta
56.5.7.	OTRAS DERIVACIONES URINARIAS	Cubierta
56.5.7.10	URETERONEOPROCTOSTOMÍA (ANASTOMOSIS DE URÉTERES A RECTO AISLADO IN SITU) [OPERACIÓN DE HEINZ-BOYER]	Cubierta
56.5.9.	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS URETERO INTESTINAL	Cubierta
56.5.9.00	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS URETERO INTESTINAL SOD	Cubierta
56.6.	OTRAS DERIVACIONES URINARIAS EXTERNAS	
56.6.0.	URETEROSTOMÍA CUTÁNEA	Cubierta
56.6.0.00	URETEROSTOMÍA CUTÁNEA SOD	Cubierta
56.6.2.	REVISIÓN DE URETEROSTOMÍA CUTÁNEA	Cubierta
56.6.2.00	REVISIÓN DE ESTOMA DE URETEROSTOMÍA CUTÁNEA SOD	Cubierta
56.7.	OTRA ANASTOMOSIS O DERIVACIÓN DE URÉTER	
Excluye:	URETEROPIELOSTOMÍA (55.8.6.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
56.7.4.	URETERONEOCISTOSTOMÍA	Cubierta
56.7.4.40	URETERONEOCISTOSTOMÍA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACIÓN URETEROVESICAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR CIERRE DE FÍSTULA URETERO-VAGINAL, UTERO-URETERAL</i>	
56.7.4.41	URETERONEOCISTOSTOMÍA CON TÉCNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL)	Cubierta
56.7.4.60	REANASTOMOSIS URETERO-VESICAL	Cubierta
56.7.5.	TRANSURETERO-URETEROSTOMÍA	Cubierta
56.7.5.00	TRANSURETERO-URETEROSTOMÍA SOD	Cubierta
56.8.	REPARACIONES DE URÉTER	
56.8.2.	SUTURA DE LACERACIÓN DE URÉTER O URETERORRAFIA	Cubierta
56.8.2.00	SUTURA DE LACERACIÓN DE URÉTER O URETERORRAFIA SOD	Cubierta
56.8.3.	CIERRE DE URETEROSTOMÍA (FÍSTULA URETEROCUTÁNEA)	Cubierta
56.8.3.00	CIERRE DE URETEROSTOMÍA SOD	Cubierta
56.8.4.	CIERRE DE OTRAS FÍSTULAS DE URÉTER	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
56.8.4.10	CIERRE DE FÍSTULA URETERO-ENTÉRICA O URETEROISCERAL	Cubierta
56.8.4.40	FISTULECTOMÍA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL	Cubierta
56.8.7.	URETEROPLASTIA	Cubierta con aclaración
56.8.7.01	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL	Cubierta
56.8.7.02	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE URÉTER POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
56.8.9.	OTRAS REPARACIONES DE URÉTER	Cubierta
56.8.9.10	INJERTO DE URÉTER	Cubierta
56.8.9.41	RESECCIÓN DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URÉTER IPSILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
56.8.9.42	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE URETEROCELE	Cubierta
56.8.9.70	REEMPLAZO DE URÉTER CON SEGMENTO ILEAL IMPLANTADO EN VEJIGA	Cubierta
56.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN URÉTER	
56.9.0.	DILATACIÓN URETERAL	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR ESTRECHEZ URETERAL ENTRE OTRAS CAUSAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
56.9.0.01	DILATACIÓN DE MEATO URETERAL	Cubierta
56.9.0.02	DILATACIÓN URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
56.9.8.	INFILTRACIÓN O INYECCIÓN PARAURETERAL	No Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR REFLUJO VESICO-URETERAL ENTRE OTRAS CAUSAS	
56.9.8.00	INFILTRACIÓN O INYECCIÓN PARAURETERAL SOD	No Cubierta
57.	PROCEDIMIENTOS EN VEJIGA	
Excluye:	AQUELLA COMO EXANTERACIÓN PÉLVICA EN MUJER (68.8.); AQUELLA DESCRITA COMO URETROCISTOPEXIA (59.5.); ESCISIÓN DE QUISTE URACAL DE PARED ABDOMINAL (54.3.)	
57.0.	DRENAJE TRANSURETRAL DE VEJIGA	
57.0.1.	DRENAJE DE VEJIGA SIN INCISIÓN	Cubierta
57.0.1.00	LIMPIEZA Y DRENAJE TRANSURETRAL DE VEJIGA SOD	Cubierta
57.0.2.	REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO, CUERPO EXTRAÑO O COÁGULO DE VEJIGA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
57.0.2.00	REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO, CUERPO EXTRAÑO O COÁGULO DE VEJIGA SOD	Cubierta
57.0.5.	HEMOSTASIA VESICAL TRANSURETRAL	Cubierta
57.0.5.00	HEMOSTASIA VESICAL TRANSURETRAL SOD	Cubierta
57.1.	CISTOTOMÍAS Y CISTOSTOMÍAS	
Excluye:	<i>CISTOTOMÍAS Y CISTOSTOMÍAS COMO ACCESO OPERATORIO (OMITIR CÓDIGO)</i>	
57.1.1.	CISTOTOMÍA	Cubierta con aclaración
57.1.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O CÁLCULO EN VEJIGA POR CISTOTOMÍA (VÍA ABIERTA)	Cubierta
57.1.1.10	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE VEJIGA	Cubierta
57.1.1.20	CISTOTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
57.1.2.	CISTOSTOMÍA	Cubierta
57.1.2.10	CISTOSTOMÍA ABIERTA	Cubierta
57.1.2.20	CISTOSTOMÍA CERRADA (PERCUTÁNEA) SUPRAPÚBICA	Cubierta
57.2.	VESICOSTOMÍA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	CREACIÓN DE UNA ABERTURA PERMANENTE ENTRE VEJIGA Y LA PIEL USANDO UN COLGAJO	
Excluye:	CISTOSTOMÍA (57.1.2.)	
57.2.1.	VESICOSTOMÍA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
57.2.1.01	VESICOSTOMÍA (CUTÁNEA)	Cubierta
57.2.2.	REVISIÓN O SUTURA DE VESICOSTOMÍA	Cubierta
57.2.2.00	REVISIÓN O SUTURA DE VESICOSTOMÍA SOD	Cubierta
57.3.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN VEJIGA	
57.3.1.	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA (CISTOSTOMÍA)	Cubierta
57.3.1.01	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMÍA	Cubierta
57.3.1.02	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA CONGÉNITO	Cubierta
57.3.1.03	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA TRAUMÁTICO	Cubierta
57.3.2.	OTRA CISTOSCOPIA	Cubierta
57.3.2.01	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
57.3.3.	BIOPSIA DE VEJIGA	Cubierta
57.3.3.01	BIOPSIA ÚNICA DE VEJIGA TRANSURETRAL	Cubierta
57.3.3.02	BIOPSIA MÚLTIPLE DE VEJIGA TRANSURETRAL	Cubierta
57.3.3.03	BIOPSIA ÚNICA DE VEJIGA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
57.3.3.04	BIOPSIA MÚLTIPLE DE VEJIGA VÍA LAPAROSCÓPICA	Cubierta
57.3.4.	BIOPSIA DE VEJIGA VÍA ABIERTA	Cubierta
57.3.4.01	BIOPSIA ÚNICA DE VEJIGA VÍA ABIERTA	Cubierta
57.3.4.02	BIOPSIA MÚLTIPLE DE VEJIGA VÍA ABIERTA	Cubierta
57.3.5.	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL	Cubierta
57.3.5.00	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL SOD	Cubierta
57.4.	ESCISIÓN O ABLACIÓN TRANSURETRAL DE TEJIDO VESICAL	
57.4.1.	ABLACIÓN TRANSURETRAL DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES	Cubierta
57.4.1.00	ABLACIÓN TRANSURETRAL DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
57.4.2.	OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN TRANSURETRAL DE TEJIDO O LESIÓN VESICAL	Cubierta
57.4.2.01	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN VESICAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR PÓLIPOS, TUMORES ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
57.4.2.02	FULGURACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN VESICAL	Cubierta
57.5.	OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO VESICAL	
Excluye:	<i>AQUELLA CON ACCESO TRANSURETRAL (57.4.)</i>	
57.5.1.	RESECCIÓN DE URACO	Cubierta con aclaración
Excluye:	<i>ESCISIÓN DE QUISTE URACAL DE PARED ABDOMINAL (54.3.)</i>	
57.5.1.01	RESECCIÓN DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL)	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR QUISTE URACAL</i>	
57.5.1.02	RESECCIÓN DE FÍSTULA URACAL	Cubierta
57.5.1.11	RESECCIÓN DE URACO POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
57.5.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE OTRA LESIÓN O TEJIDO VESICAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
57.5.2.01	ENDOMETRECTOMÍA DE VEJIGA	Cubierta
57.5.2.02	RESECCIÓN O FULGURACIÓN SUPRAPÚBICA DE LESIÓN VESICAL, VÍA ABIERTA	Cubierta
57.6.	CISTECTOMÍA PARCIAL	
57.6.0.	CISTECTOMÍA PARCIAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
57.6.0.01	CISTECTOMÍA PARCIAL, VÍA ABIERTA	Cubierta
57.6.0.11	CISTECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
57.6.0.60	RESECCIÓN DE CUELLO VESICAL TRANSVESICAL	Cubierta
57.6.0.61	RESECCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CUELLO VESICAL	Cubierta
57.7.	CISTECTOMÍA TOTAL Y RADICAL	
57.7.0.	CISTECTOMÍA TOTAL	Cubierta
Excluye:	AQUELLA COMO EXANTERACIÓN PÉLVICA EN MUJER (68.8.)	
57.7.0.01	EXTIRPACIÓN TOTAL DE VEJIGA URINARIA [CISTECTOMÍA]	Cubierta
57.7.0.05	CISTECTOMÍA TOTAL CON URETRECTOMIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
57.7.1.	CISTECTOMÍA RADICAL	Cubierta
Simultáneo:	<i>CUALQUIER DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.3. - 40.5.); DERIVACIÓN URINARIA (56.5. - 56.7.)</i>	
57.7.1.20	EXENTERACIÓN PÉLVICA MASCULINA (CON RECTO)	Cubierta
57.7.1.30	ESCISIÓN O REMOCIÓN DE VEJIGA, PRÓSTATA, VESÍCULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMÍA]	Cubierta
57.7.1.50	ESCISIÓN O REMOCIÓN DE VEJIGA, URETRA Y TEJIDO GRASO EN MUJER	Cubierta
57.7.2.	CISTECTOMÍA TOTAL O RADICAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
57.7.2.01	CISTECTOMÍA TOTAL O RADICAL	No Cubierta
57.7.2.10	ESCISIÓN O REMODELACIÓN DE VEJIGA PRÓSTATA, VESÍCULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL] POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
57.7.2.20	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MÁS DERIVACIÓN URINARIA (CONDUCTO ILEAL)	No Cubierta
57.7.2.30	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MAS DERIVACIÓN URINARIA (BOLSA CONTINENTE ORTOTÓPICA)	No Cubierta
57.7.2.40	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MAS DERIVACIÓN URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTOTÓPICA)	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
57.8.	REPARACIÓN O CORRECCIÓN EN VEJIGA	
Excluye:	<i>AQUELLA PARA INCONTINENCIA DE ESFUERZO (59.7.) REPARACIÓN DE: CISTOCELE (70.5.) Y DE LACERACIÓN OBSTÉTRICA (75.6.1.)</i>	
57.8.1.	SUTURA DE LACERACIÓN VESICAL [CISTORRAFIA]	Cubierta con aclaración
57.8.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA]	Cubierta
57.8.1.11	SUTURA DE VEJIGA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
57.8.2.	CIERRE DE CISTOSTOMÍA O VESICOSTOMÍA	Cubierta
57.8.2.01	CIERRE DE CISTOSTOMÍA (FISTULECTOMÍA VESICO-CUTÁNEA)	Cubierta
57.8.2.02	CIERRE DE VESICOSTOMÍA	Cubierta
57.8.3.	REPARACIÓN DE FÍSTULA VESICO-INTESTINAL	Cubierta
57.8.3.01	FISTULECTOMÍA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL	Cubierta
57.8.3.02	FISTULECTOMÍA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL	Cubierta
57.8.4.	REPARACIÓN DE OTRA FÍSTULA DE VEJIGA	Cubierta
57.8.4.01	FISTULECTOMÍA CERVICO-VESICAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
57.8.4.02	FISTULECTOMÍA VÉSICO-VAGINAL	Cubierta
57.8.4.03	FISTULECTOMÍA UTERO-VESICAL (VESICOUTERINA)	Cubierta
57.8.4.50	FISTULECTOMÍA URETRO-PERINEO-VESICAL	Cubierta
57.8.5.	CISTOURETROPLASTIA O PLASTIA DE CUELLO VESICAL	Cubierta
57.8.5.01	PLICATURA DE ESFÍNTER VESICAL	Cubierta
57.8.5.02	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL	Cubierta
57.8.6.	REPARACIÓN DE EXTROFIA VESICAL	Cubierta
57.8.6.00	REPARACIÓN DE EXTROFIA VESICAL SOD	Cubierta
57.8.7.	RECONSTRUCCIÓN DE VEJIGA	Cubierta
Simultáneo:	<i>CODIFICAR ADEMÁS CUALQUIER RESECCIÓN DE INTESTINO (45.6.) O AISLAMIENTO DE INTESTINO (45.5.)</i>	
57.8.7.01	AMPLIACIÓN DE VEJIGA CON SEGMENTO AISLADO DE ÍLEON	Cubierta
Incluye:	<i>ILEOCISTOPLASTIA</i>	
57.8.7.02	AMPLIACIÓN DE VEJIGA CON SEGMENTO DE COLON	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	COLOCISTOPLASTIA	
57.8.7.03	AMPLIACIÓN DE VEJIGA CON SEGMENTO DE ESTÓMAGO	Cubierta
Incluye:	GASTROCISTOPLASTIA	
57.8.7.04	ÍLEO-CECO-CISTOPLASTIA	Cubierta
57.8.8.	OTRA ANASTOMOSIS DE VEJIGA	Cubierta
57.8.8.01	ANASTOMOSIS DE VEJIGA CON SEGMENTO INTESTINAL	Cubierta
57.8.8.02	ANASTOMOSIS CISTOCÓLICA	Cubierta
57.8.9.	OTRA REPARACIÓN EN VEJIGA	Cubierta
Excluye:	AQUELLA DESCRITA COMO URETROCISTOPEXIA (59.5.1.)	
57.8.9.01	CISTOPEXIA (SUSPENSIÓN VESICAL)	Cubierta
57.8.9.10	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTÉTRICOS QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA (GRADO IV)	Cubierta
57.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VEJIGA	
57.9.1.	ESFINTEROTOMÍA VESICAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
57.9.1.01	ESFINTEROTOMÍA VESICAL CERRADA ENDOSCÓPICA	Cubierta
57.9.1.02	ESFINTEROTOMÍA DE VEJIGA	Cubierta
57.9.2.	DILATACIÓN DE CUELLO VESICAL	Cubierta
57.9.2.00	DILATACIÓN DE CUELLO VESICAL SOD	Cubierta
57.9.3.	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE VEJIGA	Cubierta
57.9.3.01	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE VEJIGA VÍA ABIERTA	Cubierta
57.9.3.02	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE VEJIGA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
57.9.4.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS URINARIOS (VESICAL)	Cubierta
57.9.4.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	Cubierta
57.9.5.	REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS URINARIOS (VESICAL)	Cubierta
57.9.5.01	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	Cubierta
57.9.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VEJIGA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
57.9.9.30	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS EN VEJIGA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
57.9.9.50	PROCEDIMIENTO ANTI-INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA	Cubierta
58.	PROCEDIMIENTOS EN URETRA	
Incluye:	<i>PROCEDIMIENTOS EN GLÁNDULA BULBOURETRAL [GLÁNDULA DE COWPER] Y TEJIDO PERIURETRAL</i>	
58.0.	INCISIÓN DE URETRA (URETROTOMÍAS Y URETROSTOMÍAS)	
Excluye:	<i>DRENAJE DE VÁLVULA VULVOURETRAL O DE TEJIDO PERIURETRAL (58.9.1.), EXTRACCIÓN DE CÁLCULO URETRAL SIN INCISIÓN (58.7.), MEATOTOMÍA URETRAL INTERNA (58.5.)</i>	
58.0.0.	URETROTOMÍA	Cubierta
58.0.0.10	ESCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE URETRAL	Cubierta
58.0.0.30	REMOCIÓN DE CÁLCULO O CUERPO EXTRAÑO URETRAL CON INCISIÓN	Cubierta
58.0.0.50	URETROTOMÍA INTERNA ENDOSCÓPICA	Cubierta
58.0.1.	URETROSTOMÍAS	Cubierta
58.0.1.01	URETROSTOMÍA	Cubierta
58.0.1.10	URETROSTOMÍA PERINEAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
58.1.	PROCEDIMIENTOS EN ESFÍNTER URETRAL	
Excluye:	<i>MEATOTOMÍA URETRAL INTERNA (58.5.)</i>	
58.1.0.	MEATOTOMÍA URETRAL	Cubierta
58.1.0.10	MEATOTOMÍA URETRAL EXTERNA	Cubierta
58.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN URETRA Y TEJIDO PERIURETRAL	
58.2.1.	URETROSCOPIA PERINEAL	Cubierta
58.2.1.00	URETROSCOPIA PERINEAL SOD	Cubierta
58.2.3.	BIOPSIA DE URETRA	Cubierta
58.2.3.01	BIOPSIA DE URETRA VÍA ABIERTA	Cubierta
58.2.4.	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL	Cubierta
58.2.4.01	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL VÍA ABIERTA	Cubierta
58.3.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	BIOPSIA DE URETRA (58.2.3.), ESCISIÓN DE GLÁNDULA BULBOURETRAL (58.9.1.) FISTULECTOMÍA (58.4.3.), URETRECTOMÍA COMO PARTE DE CISTECTOMÍA RADICAL O TOTAL Y EXANTERACIÓN PÉLVICA (57.7.0. - 57.7.1.)	
58.3.1.	ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR ESTENOSIS DE URETRA O DIVERTÍCULOS URETRALES ENTRE OTRAS CAUSAS	
58.3.1.01	FULGURACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIONES URETRALES	Cubierta
58.3.1.02	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE VALVA CONGÉNITA DE URETRA	Cubierta
58.3.1.03	RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL	Cubierta
58.3.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR CARÚNCULAS O DIVERTÍCULOS URETRALES ENTRE OTRAS CAUSAS	
58.3.2.01	FULGURACIÓN DE LESIONES URETRALES, VÍA ABIERTA	Cubierta
58.3.2.02	ESCISIÓN DE VALVA CONGÉNITA DE URETRA, VÍA ABIERTA	Cubierta
58.3.2.03	RESECCIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
58.3.2.30	URETRECTOMÍA SIMPLE, VÍA ABIERTA	Cubierta
58.3.2.40	URETRECTOMÍA RADICAL, VÍA ABIERTA	Cubierta
58.4.	REPARACIÓN DE URETRA	
Excluye:	REPARACIÓN DE LACERACIÓN OBSTETRICA ACTUAL (75.6.)	
58.4.1.	URETRORRAFIA	Cubierta
58.4.1.01	URETRORRAFIA FEMENINA	Cubierta
58.4.1.02	URETRORRAFIA PENEANA	Cubierta
58.4.1.03	URETRORRAFIA PERINEAL	Cubierta
58.4.2.	CIERRE DE URETROSTOMÍA	Cubierta
58.4.2.00	CIERRE DE URETROSTOMÍA SOD	Cubierta
58.4.3.	CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE URETRA	Cubierta
58.4.3.01	CIERRE DE FÍSTULA URETRORECTAL	Cubierta
58.4.3.02	CIERRE DE FÍSTULA URETRO-PERINEO-ESCROTAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
58.4.3.03	RESECCIÓN DE FÍSTULA URETROCUTÁNEA	Cubierta
58.4.3.04	CIERRE DE FÍSTULA URETRO -VAGINAL	Cubierta
58.4.3.05	CIERRE DE FÍSTULA DE NEOURETRA	Cubierta
58.4.4.	REANASTOMOSIS DE URETRA	Cubierta
58.4.4.01	ANASTOMOSIS DE URETRA - URETRA	Cubierta
58.4.4.02	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE URETRA	Cubierta
58.4.5.	REPARACIÓN DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS	Cubierta
58.4.5.01	CORRECCIÓN DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS	Cubierta
58.4.5.30	MEATOPLASTIA, GLANDULOPLASTIA, AVANZAMIENTO [MAGPI]	Cubierta
58.4.6.	OTRA RECONSTRUCCIÓN EN URETRA	Cubierta
58.4.6.01	URETROPLASTIA TRANSPÚBICA	Cubierta
58.4.6.02	URETROPLASTIA CON OTROS TEJIDOS (CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA VESICAL)	Cubierta
58.4.6.03	URETROPLASTIA PERINEAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
58.4.7.	MEATOPLASTIA URETRAL	Cubierta
58.4.7.00	MEATOPLASTIA URETRAL SOD	Cubierta
58.4.9.	OTRA CORRECCIÓN EN URETRA	Cubierta
58.4.9.01	MARSUPIALIZACIÓN DE DIVERTÍCULO URETRAL	Cubierta
58.5.	LIBERACIÓN DE ESTENOSIS URETRAL	
58.5.0.	URETROLISIS	Cubierta
58.5.0.01	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS EN URETRA [URETROLISIS]	Cubierta
58.5.0.10	MEATOTOMIA URETRAL INTERNA	Cubierta
58.6.	DILATACIÓN DE URETRA	
Incluye:	<i>CALIBRACIÓN URETRAL</i>	
58.6.1.	DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA	Cubierta
58.6.1.01	DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA EXTERNA	Cubierta
58.6.1.02	DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA INTERNA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
58.6.2.	DILATACIÓN DE UNIÓN URETROVESICAL	Cubierta
58.6.2.00	DILATACIÓN DE UNIÓN URETROVESICAL SOD	Cubierta
58.6.3.	DILATACIÓN DE URETRA POR SONDEO	Cubierta
58.6.3.00	DILATACIÓN DE URETRA POR SONDEO SOD	Cubierta
58.7.	EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS EN URETRA SIN INCISIÓN	
Excluye:	<i>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL NO TERAPÉUTICO DE URETRA SIN INCISIÓN (98.1.9.) Y EXTRACCIÓN O REEMPLAZO DE Sonda URETRAL (97.6.5.)</i>	
58.7.0.	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS EN URETRA	Cubierta
58.7.0.10	URETROLITOTOMÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
58.8.	CATETERISMO URETRAL	
Excluye:	<i>AQUELLA PARA EXTRACCIÓN TRANSURETRAL DE CÁLCULO O COÁGULO DE URETRA Y PELVIS RENAL (56.0.) PIELOGRAFIA (87.2.7.)</i>	
Simultáneo:	<i>CUALQUIER URETEROTOMÍA (56.2.)</i>	
58.8.2.	INSERCIÓN DE PRÓTESIS (STENT) URETRAL	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
58.8.2.01	INSERCIÓN DE PRÓTESIS (STENT) URETRAL, VÍA ABIERTA	No Cubierta
58.8.2.02	INSERCIÓN DE PRÓTESIS (STENT) URETRAL, VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
58.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN URETRA Y TEJIDO PERIURETRAL	
58.9.1.	INCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL	Cubierta
58.9.1.10	DRENAJE DE GLÁNDULA BULBOURETRAL	Cubierta
58.9.1.20	INCISIÓN Y DRENAJE DE COLECCIONES PERIURETRALES O URINOSOS	Cubierta
58.9.2.	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL	Cubierta
58.9.2.00	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL SOD	Cubierta
58.9.3.	IMPLANTACIÓN DE ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL	No Cubierta
58.9.3.01	COLOCACIÓN DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO INFLABLE	No Cubierta
Incluye:	BOMBA O DEPÓSITO	
58.9.4.	EXTRACCIÓN DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO	No Cubierta
58.9.4.01	RETIRO DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO, CON SUSTITUCIÓN	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
58.9.4.02	RETIRO DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO	No Cubierta
58.9.5.	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE PRESIÓN HIDRÁULICA DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO	No Cubierta
58.9.5.00	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE PRESIÓN HIDRÁULICA DE APARATO INFLABLE DE ESFÍNTER URINARIO SOD	No Cubierta
59.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN EL TRACTO URINARIO	
Simultáneo:	<i>CODIFICAR TAMBIEN CUALQUIER URETROTOMÍA (56.2.)</i>	
59.0.	DISECCIÓN DE TEJIDO RETROPERITONEAL	
59.0.1.	EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL	Cubierta
59.0.1.01	EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL (LUMBOTOMÍA EXPLORADORA) VÍA ABIERTA	Cubierta
59.0.1.11	EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL (LUMBOTOMÍA EXPLORADORA) POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
59.0.2.	URETEROLISIS CON LIBERACIÓN O REPOSICIONAMIENTO DE URÉTER	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR FIBROSIS RETROPERITONEAL ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS</i>	
59.0.2.00	URETEROLISIS CON LIBERACIÓN O REPOSICIONAMIENTO DE URÉTER SOD	Cubierta
59.0.3.	OTRAS LISIS DE ADHERENCIAS PERIRRENALES O PERIURETERALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
59.0.3.01	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS PERIURETERALES Y PERICALICIALES [URETEROLISIS] O [PIELOURETEROLISIS]	Cubierta
59.0.3.11	URETEROLISIS O PIELOURETEROLISIS POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
59.0.4.	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIURETERAL	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR ABSCESO, HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS	
59.0.4.00	INCISIÓN Y DRENAJE DE COLECCIÓN PERIRRENAL SOD	Cubierta
59.0.5.	DRENAJE PERCUTÁNEO EN ÁREA PERIRRENAL	Cubierta
Incluye:	AQUEL POR ABSCESO, HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS	
59.0.5.00	DRENAJE PERCUTÁNEO DE COLECCIÓN EN ÁREA PERIRRENAL SOD	Cubierta
59.1.	INCISIÓN EN TEJIDO PERIVESICAL	
59.1.1.	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES	Cubierta
59.1.1.00	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES SOD	Cubierta
59.1.9.	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIVESICAL	Cubierta
59.1.9.10	EXPLORACIÓN DE TEJIDO PERIVESICAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
59.1.9.20	INCISIÓN Y DRENAJE DE COLECCIÓN EN TEJIDO PERIVESICAL Y ESPACIO DE RETZIUS	Cubierta
59.3.	PROCEDIMIENTOS EN UNIÓN URETROVESICAL	
59.3.1.	PLICATURA DE UNIÓN URETROVESICAL	Cubierta
Incluye:	<i>CUALQUIER TÉCNICA QUIRÚRGICA, ENTRE ELLAS KELLY-STOECKEL</i>	
59.3.1.00	PLICATURA URETRAL SOD	Cubierta
59.5.	SUSPENSIÓN URETRO VESICAL	
59.5.1.	SUSPENSIÓN URETRAL RETROPÚBICA	Cubierta
59.5.1.01	SUSPENSIÓN URETRO VESICAL RETROPÚBICA	Cubierta
59.5.1.02	PEXIA URETRAL RETROPÚBICA	Cubierta
59.5.1.03	URETROCISTOPEXIA POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
59.6.	SUSPENSIÓN PARAURETRAL	
59.6.1.	SUSPENSIÓN PARAURETRAL O PERIURETRAL	Cubierta
Incluye:	<i>SUS VARIACIONES</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
59.6.1.01	SUSPENSIÓN PARAURETRAL ENDOSCÓPICA	Cubierta
59.6.1.02	PEXIA PARAURETRAL O PERIURETRAL	Cubierta
59.7.	OTRAS CORRECCIONES DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	
59.7.1.	PROCEDIMIENTOS PARA SUSPENSIÓN URETROVESICAL	Cubierta
59.7.1.01	CISTOURETROPEXIA CON CABESTRILLO (SUSPENSIÓN DEL MÚSCULO ELEVADOR)	Cubierta
59.7.1.04	CISTOURETROPEXIA VAGINAL	Cubierta
59.7.2.	INYECCIÓN DE IMPLANTE EN CUELLO VESICAL O INTRAURETRAL	No Cubierta
Incluye:	<i>COLLAGEN IMPLANTADO, IMPLANTE GRUESO O IMPLANTE DE POLYTE</i>	
59.7.2.01	INYECCIÓN DE IMPLANTE EN CUELLO DE VEJIGA O INTRAURETRAL	No Cubierta
59.7.2.10	INYECCIÓN ENDOSCÓPICA DE IMPLANTE EN CUELLO VESICAL O INTRAURETRAL	No Cubierta
59.7.2.51	INYECCIÓN PERIURETRAL ENDOSCÓPICA	No Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR INCONTINENCIA URINARIA</i>	
59.7.9.	OTRAS URETROPEXIAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
59.7.9.10	URETROPEXIA ANTERIOR	Cubierta
59.7.9.20	URETROPLASTIA DE AMPLIACIÓN	Cubierta
59.7.9.40	URETROCOLPOPEXIA VÍA VAGINAL O ABDOMINAL	Cubierta
59.7.9.41	URETROCOLPOPEXIA REPRODUCIDA VÍA VAGINAL O ABDOMINAL	Cubierta
59.7.9.90	REPARACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	Cubierta
59.8.	CATETERISMO URETERAL	
59.8.0.	CATETERISMO URETERAL NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
59.8.0.01	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
59.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN SISTEMA URINARIO	
Excluye:	<i>EXTRACCIÓN NO OPERATORIA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO (97.6.)</i>	
59.9.1.	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIVESICAL	Cubierta
59.9.1.01	RESECCIÓN DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIVESICAL	Cubierta
59.9.1.10	ESCISIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCIÓN DE GRANDES VASOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
59.9.3.	REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS DE URETEROSTOMÍA	Cubierta
Incluye:	<i>CAMBIO O REINSERCIÓN</i>	
59.9.3.01	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMÍA	Cubierta
59.9.4.	REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS DE CISTOSTOMÍA	Cubierta
59.9.4.01	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMÍA	Cubierta
59.9.5.	FRAGMENTACIÓN INTRACORPÓREA DE CÁLCULOS URINARIOS	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR MÉTODOS ELECTROHIDRÁULICOS, ELECTROMECAÑICOS, LÁSER O ULTRASONIDO ENTRE OTROS</i>	
Excluye:	<i>POR VÍA ABIERTA (55.0.3. - 56.0.2.); LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA (98.5.1.)</i>	
59.9.5.00	LITIASIS URINARIA FRAGMENTADA INTRACORPÓREA ENDOSCÓPICA SOD	Cubierta
Capítulo 11 SISTEMA REPRODUCTOR MASCULINO		
60.	PROCEDIMIENTOS EN PRÓSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
60.0.	INCISIÓN EN PRÓSTATA	
60.0.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN PROSTÁTICA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
60.0.1.10	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PRÓSTATA VÍA ABIERTA	Cubierta
60.0.1.12	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PRÓSTATA VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
60.0.2.	PROSTATOLITOTOMÍA	Cubierta
60.0.2.00	PROSTATOLITOTOMÍA SOD	Cubierta
60.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PRÓSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES	
60.1.1.	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE PRÓSTATA	Cubierta
60.1.1.01	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
60.1.1.02	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE PRÓSTATA POR ABORDAJE PERINEAL	Cubierta
60.1.2.	BIOPSIA DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA	Cubierta
60.1.2.00	BIOPSIA DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA SOD	Cubierta
60.1.3.	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
60.1.3.01	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES POR ABORDAJE TRANSRECTAL	Cubierta
60.1.3.11	BIOPSIA DE VESÍCULA SEMINAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
60.1.4.	BIOPSIA ABIERTA DE VESÍCULAS SEMINALES	Cubierta
60.1.4.00	BIOPSIA ABIERTA DE VESÍCULAS SEMINALES SOD	Cubierta
60.1.5.	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO	Cubierta
60.1.5.00	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
60.2.	PROSTATECTOMÍAS TRANSURETRALES	
Excluye:	<i>ESCISIÓN O ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE PRÓSTATA (60.6.2.)</i>	
60.2.1.	PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL CON ULTRASONIDO GUIADO POR LÁSER INDUCIDO	Cubierta
60.2.1.01	ABLACIÓN DE PRÓSTATA POR LÁSER (CONTACTO) (SIN CONTACTO) (INTERSTICIAL)	Cubierta
60.2.9.	OTRA PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA CON VAPORTRODE, VAPORTOME, LÁSER, TUNA ENTRE OTRAS</i>	
60.2.9.01	RESECCIÓN O ENUCLEACIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA [RTUP] O ADENOMECTOMÍA	Cubierta
60.2.9.02	PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL	Cubierta
60.3.	ADENOMECTOMÍA SUPRAPÚBICA	
Excluye:	<i>PROSTATECTOMÍA RADICAL (60.5.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
60.3.1.	PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL	Cubierta
60.3.1.00	PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL SOD	Cubierta
60.4.	ADENOMECTOMÍAS RETROPÚBICAS	
60.4.0.	ADENOMECTOMIA RETROPÚBICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta con aclaración
60.4.0.01	ADENOMECTOMÍA RETROPÚBICA	Cubierta
60.4.0.11	ADENOMECTOMIA RETROPÚBICA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
60.4.1.	PROSTATECTOMÍA TRANSVESICOCAPSULAR	Cubierta
60.4.1.00	PROSTATECTOMÍA TRANSVESICOCAPSULAR SOD	Cubierta
60.5.	PROSTATECTOMÍA RADICAL	
Excluye:	<i>CISTOPROSTATECTOMÍA (57.7.1.30)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
60.5.1.	PROSTATECTOMÍA RADICAL [PROSTATOVESICULECTOMÍA]	Cubierta
60.5.1.01	RESECCIÓN DE PRÓSTATA [PROSTATECTOMÍA] RADICAL [PROSTATOVESICULECTOMÍA]	Cubierta
60.5.1.11	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
60.6.	OTRA PROSTATECTOMÍA O ESCISIÓN DE TEJIDO O LESIÓN EN PRÓSTATA	
60.6.2.	PROSTATECTOMÍA PERINEAL	Cubierta
60.6.2.01	ABLACIÓN DE PRÓSTATA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR CRIOTERAPIA, TERMOABLACIÓN ENTRE OTRAS TÉCNICAS</i>	
60.7.	PROCEDIMIENTOS EN VESÍCULAS SEMINALES	
60.7.1.	ASPIRACIÓN (PERCUTÁNEA) CON (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES	Cubierta
60.7.1.00	ASPIRACIÓN (PERCUTÁNEA) CON (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
60.7.2.	VESICULOTOMÍA SEMINAL	Cubierta con aclaración
60.7.2.01	RESECCIÓN DE VESÍCULA SEMINAL [VESICULOTOMÍA]	Cubierta
60.7.2.11	VESICULOTOMÍA SEMINAL UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
60.7.2.12	VESICULOTOMÍA SEMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
60.7.3.	ESCISIÓN DE VESÍCULAS SEMINALES	Cubierta con aclaración
Incluye:	AQUELLA POR QUISTE EN CONDUCTO DE [MULLER] O EN VESÍCULA SEMINAL	
60.7.3.01	VESICULECTOMÍA O ESPERMATOCISTECTOMIA	Cubierta
60.7.3.11	VESICULECTOMÍA O ESPERMATOCISTECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
60.7.3.12	VESICULECTOMÍA O ESPERMATOCISTECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
60.8.	INCISIÓN O EXCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
60.8.1.	INCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO	Cubierta
60.8.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIPROSTÁTICA	Cubierta
60.8.2.	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO	Cubierta
60.8.2.01	ESCISIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO	Cubierta
60.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PRÓSTATA	
60.9.1.	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓSTATA	Cubierta
60.9.1.00	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓSTATA SOD	Cubierta
60.9.3.	REPARACIÓN O PLASTIA EN PRÓSTATA	Cubierta
60.9.3.01	REVISIÓN Y REPARACIÓN DE CÁPSULA VÍA TRANSVESICAL	Cubierta
60.9.4.	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRÚRGICA) DE PRÓSTATA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
60.9.4.01	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRÚRGICA) DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA	Cubierta
60.9.4.02	CONTROL DE HEMORRAGIA PROSTÁTICA VÍA CISTOSCOPIA	Cubierta
60.9.5.	DILATACIÓN TRANSURETRAL CON BALÓN DE URETRA PROSTÁTICA	Cubierta
Simultáneo:	GUÍA IMAGENOLÓGICA (87.2.0.70, 87.9.9.90 Y 88.1.3.90)	
60.9.5.00	DILATACIÓN TRANSURETRAL CON BALÓN DE URETRA PROSTÁTICA SOD	Cubierta
61.	PROCEDIMIENTOS EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS	
61.0.	INCISIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS	
61.0.1.	INCISIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
61.0.1.01	INCISIÓN Y DRENAJE DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS	Cubierta
61.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
61.1.1.	BIOPSIA DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS	Cubierta
61.1.1.01	BIOPSIA DE ESCROTO	Cubierta
61.1.1.02	BIOPSIA DE TÚNICA VAGINALIS	Cubierta
61.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN O CORRECCIÓN EN TÚNICA VAGINALIS	
61.2.1.	ESCISIÓN DE HIDROCELE DE (TÚNICA VAGINALIS)	Cubierta
61.2.1.00	REPARACIÓN O ESCISIÓN DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMÍA] DE TÚNICA VAGINALIS SOD	Cubierta
61.3.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O DE TEJIDO DE ESCROTO	
Incluye:	<i>REDUCCIÓN DE ELEFANTIASIS DE ESCROTO</i>	
61.3.1.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN ESCROTO	Cubierta
61.3.1.01	RESECCIÓN DE QUISTE SEBÁCEO EN ESCROTO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
61.3.1.02	FULGURACIÓN DE LESIÓN ESCROTAL	Cubierta
61.3.1.03	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN ESCROTO	Cubierta
61.3.4.	ESCROTECTOMÍA	Cubierta
61.3.4.01	RESECCIÓN PARCIAL DEL ESCROTO	Cubierta
61.3.4.02	RESECCIÓN TOTAL DEL ESCROTO	Cubierta
61.4.	CORRECCIÓN O PLASTIAS DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS	
61.4.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS	Cubierta
61.4.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS SOD	Cubierta
61.4.2.	FISTULECTOMÍA DEL ESCROTO	Cubierta
61.4.2.00	FISTULECTOMÍA DEL ESCROTO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
61.4.9.	OTRAS CORRECCIONES EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS	Cubierta
61.4.9.10	RECONSTRUCCIÓN DE ESCROTO CON COLGAJO O INJERTO PEDICULAR	Cubierta
61.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS	
61.9.1.	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE TÚNICA VAGINAL	Cubierta
61.9.1.00	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE TÚNICA VAGINAL (HIDROCELE) SOD	Cubierta
61.9.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TÚNICA VAGINALIS DISTINTAS A HIDROCELE	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR HEMATOCELE, PIOCELE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
61.9.2.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE TÚNICA VAGINALIS	Cubierta
61.9.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL ESCROTO POR INCISIÓN	Cubierta
Excluye:	<i>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ESCROTO SIN INCISIÓN (98.2.4.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
62.	PROCEDIMIENTOS EN TESTÍCULO	
Simultáneo:	<i>CODIFICAR TAMBIEN CUALQUIER DISECCIÓN SIMULTÁNEA DE GANGLIO LINFÁTICO (40.3. - 40.5.)</i>	
62.0.	INCISIÓN DE TESTÍCULO	
62.0.1.	DRENAJE POR INCISIÓN EN TESTÍCULO	Cubierta
62.0.1.00	DRENAJE POR INCISIÓN EN TESTÍCULO SOD	Cubierta
62.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN TESTÍCULO	
62.1.1.	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE TESTÍCULO	Cubierta
62.1.1.00	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE TESTÍCULO SOD	Cubierta
62.1.2.	BIOPSIA ABIERTA DE TESTÍCULO	Cubierta
62.1.2.00	BIOPSIA ABIERTA DE TESTÍCULO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
62.1.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS SOBRE TESTÍCULO	Cubierta
62.1.9.10	EXPLORACIÓN ABDOMINAL DE TESTÍCULO NO DESCENDIDO VÍA ABIERTA	Cubierta
62.1.9.11	EXPLORACIÓN ABDOMINAL DE TESTÍCULO NO DESCENDIDO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
62.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN TESTICULAR	
62.2.1.	RESECCIÓN DE LESIÓN TESTICULAR	Cubierta
Incluye:	<i>POR APÉNDICE TESTICULAR, HIDATIDES, QUISTES ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
62.2.1.00	RESECCIÓN DE LESIÓN TESTICULAR SOD	Cubierta
62.3.	ESCISIÓN DE UN TESTÍCULO	
62.3.0.	ORQUIECTOMÍA	Cubierta con aclaración
62.3.0.01	ORQUIECTOMÍA CON EPIDIDIDECTOMÍA (RADICAL)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
62.3.0.02	RESECCIÓN DE TESTÍCULO [ORQUIECTOMÍA]	Cubierta
Incluye:	RESECCIÓN DE CORDÓN ESPERMÁTICO	
62.3.0.11	ORQUIECTOMIA DE UN TESTÍCULO INTRAABDOMINAL UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
62.3.0.12	ORQUIECTOMIA DE UN TESTÍCULO INTRAABDOMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
62.5.	ORQUIDOPEXIAS	
62.5.1.	ORQUIDOPEXIAS SIMPLES	Cubierta
62.5.1.01	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSIÓN DE TESTÍCULO O DE CORDÓN ESPERMÁTICO	Cubierta
62.5.1.04	FIJACIÓN TESTICULAR PROFILÁCTICA	Cubierta
62.5.2.	OTRAS ORQUIDOPEXIAS	Cubierta
62.5.2.01	IMPLANTACIÓN DEL TESTÍCULO EN TEJIDOS VECINOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA POR ABLACIÓN ESCROTAL	
62.5.2.02	ORQUIDOPEXIA TRANSABDOMINAL	Cubierta
62.5.2.10	ORQUIDOPEXIA CON RECONSTRUCCIÓN DE CANAL INGUINAL	Cubierta
62.5.2.20	ORQUIDOPEXIA CON TRANSPOSICIÓN O MOVILIZACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE TESTÍCULO EN ESCROTO	Cubierta
62.6.	PLASTIA O REPARACIÓN DE TESTÍCULO	
Excluye:	REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR (63.5.2.)	
62.6.1.	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTÍCULO	Cubierta
62.6.1.00	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTÍCULO SOD	Cubierta
62.7.	IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR	
62.7.1.	IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
62.7.1.00	IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR SOD	Cubierta
62.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN TESTÍCULO	
62.9.1.	ASPIRACIÓN DE TESTÍCULO	Cubierta
62.9.1.00	ASPIRACIÓN DE TESTÍCULO SOD	Cubierta
62.9.3.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTÍCULO	Cubierta
62.9.3.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTÍCULO SOD	Cubierta
63.	PROCEDIMIENTOS EN CORDÓN ESPERMÁTICO, EPIDÍDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE	
63.0.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CORDÓN ESPERMÁTICO, EPIDÍDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE	
63.0.1.	BIOPSIA DE EPIDÍDIMO	Cubierta
63.0.1.00	BIOPSIA DE EPIDÍDIMO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
63.0.2.	BIOPSIA DE CORDÓN ESPERMÁTICO	Cubierta
63.0.2.00	BIOPSIA DE CORDÓN ESPERMÁTICO SOD	Cubierta
63.0.3.	BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE	Cubierta
63.0.3.00	BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE SOD	Cubierta
63.1.	ESCISIÓN DE VARICOCELE E HIDROCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO	
63.1.0.	LIGADURA DE VENA ESPERMÁTICA	Cubierta con aclaración
63.1.0.01	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMÁTICA VÍA RETROPERITONEAL	Cubierta
63.1.0.02	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMÁTICA, POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
63.1.0.10	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMÁTICA	Cubierta
63.1.0.11	VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACIÓN DE ARTERIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
63.1.2.	OCCLUSIÓN O CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA	Cubierta con aclaración
63.1.2.01	CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA VÍA RETROPERITONEAL	Cubierta
63.1.2.02	CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
63.1.3.	HIDROCELECTOMÍA DE CORDÓN ESPERMÁTICO	Cubierta
Incluye:	<i>CANAL DE NUCK</i>	
63.1.3.01	HIDROCELECTOMÍA DE CORDÓN ESPERMÁTICO VÍA INGUINAL	Cubierta
63.1.3.02	DRENAJE DE LÍQUIDO [HIDROCELECTOMÍA] DE CORDÓN ESPERMÁTICO	Cubierta
63.2.	RESECCIÓN DE QUISTES EN CORDÓN ESPERMÁTICO, EPIDÍDIMO O CONDUCTO DEFERENTE	
63.2.1.	ESPERMATOCELECTOMÍA O RESECCIÓN QUISTE DEL EPIDÍDIMO	Cubierta
63.2.1.00	ESPERMATOCELECTOMÍA O RESECCIÓN QUISTE DEL EPIDÍDIMO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
63.3.	ESCISIÓN DE OTRAS LESIONES DE TEJIDO EN CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO	
63.3.2.	RESECCIÓN DE HEMATOCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO	Cubierta
63.3.2.00	RESECCIÓN DE HEMATOCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO SOD	Cubierta
63.4.	EPIDIDIMECTOMÍA	
Excluye:	<i>AQUELLA REALIZADA SIMULTÁNEAMENTE CON ORQUIDECTOMÍA (62.3.)</i>	
63.4.0.	EPIDIDIMECTOMÍA SIN ORQUIDECTOMIA	Cubierta
63.4.0.00	EPIDIDIMECTOMÍA SOD	Cubierta
63.5.	CORRECCIONES O PLASTIAS DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO	
63.5.1.	SUTURA DE LACERACIÓN EN CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO	Cubierta
63.5.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN EN CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
63.5.2.	REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO	Cubierta
63.5.2.00	REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO SOD	Cubierta
63.6.	VASOTOMÍA O VASOSTOMÍA	
63.6.1.	VASOSTOMÍA	Cubierta
63.6.1.00	VASOTOMÍA SOD	Cubierta
63.7.	VASECTOMÍA Y LIGADURA DE CONDUCTO DEFERENTE	
63.7.1.	LIGADURA O SECCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE	Cubierta
63.7.1.00	LIGADURA O SECCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE SOD	Cubierta
63.7.2.	LIGADURA DE CORDÓN ESPERMÁTICO	Cubierta
63.7.2.00	LIGADURA DE CORDÓN ESPERMÁTICO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
63.7.3.	VASECTOMÍA	Cubierta
63.7.3.00	VASECTOMÍA SOD	Cubierta
63.8.	REPARACIÓN O PLASTIA DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO	
63.8.1.	SUTURA DE LACERACIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO	Cubierta
63.8.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO SOD	Cubierta
63.8.2.	RECONSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO (VASO-VASOSTOMÍA)	Cubierta
63.8.2.00	RECONSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO O VASO-VASOSTOMÍA SOD	Cubierta
63.8.3.	EPIDÍDIMOVASOSTOMÍA	Cubierta
63.8.3.00	EPIDÍDIMOVASOSTOMÍA SOD	Cubierta
63.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN CORDÓN ESPERMÁTICO, EPIDÍDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
63.9.1.	ASPIRACIÓN DE ESPERMATOCELE	Cubierta
63.9.1.00	ASPIRACIÓN DE ESPERMATOCELE SOD	Cubierta
63.9.2.	INCISIÓN DEL EPIDÍDIMO [EPIDIDIMOTOMÍA] Y DRENAJE	Cubierta
63.9.2.00	INCISIÓN DEL EPIDÍDIMO [EPIDIDIMOTOMÍA] Y DRENAJE SOD	Cubierta
63.9.3.	INCISIÓN Y DRENAJE DE CORDÓN ESPERMÁTICO	Cubierta
63.9.3.00	INCISIÓN Y DRENAJE DE CORDÓN ESPERMÁTICO SOD	Cubierta
63.9.6.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO	Cubierta
63.9.6.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO SOD	Cubierta
64.	PROCEDIMIENTOS EN PENE	
Incluye:	CUERPOS CAVERNOSOS, GLANDE Y PREPUCIO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
64.0.	CIRCUNCISIÓN	
64.0.0.	CIRCUNCISIÓN NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
64.0.0.00	CIRCUNCISIÓN SOD	Cubierta
64.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PENE	
64.1.1.	BIOPSIA DE PENE	Cubierta
64.1.1.00	BIOPSIA DE PENE SOD	Cubierta
64.1.2.	ENDOSCOPIAS DE URETRA PENEANA	Cubierta
64.1.2.01	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA	Cubierta
64.2.	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN EN PENE	
Excluye:	<i>BIOPSIA DE PENE (64.1.1.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
64.2.1.	FULGURACIÓN RESECCIÓN DE LESIÓN EN PENE	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR CONDILOMAS VENÉREOS U OTRAS PATOLOGÍAS</i>	
64.2.1.00	FULGURACIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN EN PENE SOD	Cubierta
64.3.	AMPUTACIÓN DE PENE	
64.3.1.	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE [PENECTOMÍA PARCIAL]	Cubierta
64.3.1.00	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE O PENECTOMÍA PARCIAL SOD	Cubierta
64.3.2.	AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE [PENECTOMÍA TOTAL]	Cubierta
64.3.2.00	AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE O PENECTOMÍA TOTAL SOD	Cubierta
64.4.	CORRECCIONES Y PLASTIAS EN PENE	
64.4.1.	SUTURA DE LACERACIÓN O HERIDA EN PENE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
64.4.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN O HERIDA EN PENE SOD	Cubierta
64.4.2.	LIBERACIÓN DE CORDEE	Cubierta
64.4.2.00	LIBERACIÓN DE CORDEE SOD	Cubierta
64.4.3.	CONSTRUCCIÓN DE PENE	Cubierta
64.4.3.00	CONSTRUCCIÓN (DE NOVO) DE PENE SOD	Cubierta
64.4.4.	RECONSTRUCCIÓN PENEANA	Cubierta
64.4.4.00	RECONSTRUCCIÓN PENEANA SOD	Cubierta
64.4.5.	REIMPLANTE DE PENE	Cubierta
64.4.5.00	REIMPLANTE O RECOLOCACIÓN DE PENE SOD	Cubierta
64.4.9.	OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN PENE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
64.4.9.10	ESCISIÓN DE NÓDULOS DE ENFERMEDAD DE PEYRONIE	Cubierta
64.4.9.20	PLASTIA DE FRENILLO PENEAL	Cubierta
64.4.9.30	INYECCIÓN EN PLACAS DE FIBROSIS DE PENE	Cubierta
64.5.	PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN SEXUAL	
64.5.1.	PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN SEXUAL NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
64.5.1.00	CIRUGÍA DE GENITALES AMBIGUOS SOD	Cubierta
64.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN GENITALES MASCULINOS	
64.9.1.	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO	Cubierta
Excluye:	<i>CIRCUNCISIÓN (64.0.0.)</i>	
64.9.1.00	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
64.9.3.	SECCIÓN O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS	Cubierta
64.9.3.00	SECCIÓN O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS SOD	Cubierta
64.9.5.	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE PRÓTESIS INTERNA DE PENE NO INFLABLE (RÍGIDA Y SEMIRÍGIDA)	No Cubierta
64.9.5.00	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE PRÓTESIS INTERNA DE PENE NO INFLABLE (RÍGIDA Y SEMIRÍGIDA) SOD	No Cubierta
64.9.6.	RETIRO DE PRÓTESIS PENEANA	No Cubierta
64.9.6.00	RETIRO DE PRÓTESIS PENEANA SOD	No Cubierta
64.9.7.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS DE PENE INFLABLE	No Cubierta
Incluye:	<i>COLOCACIÓN DE CILINDRO EN CONDUCTO DE PENE Y DE LA BOMBA DE DEPÓSITO</i>	
64.9.7.00	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS DE PENE INFLABLE SOD	No Cubierta
64.9.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PENE	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
64.9.8.01	DERIVACIÓN CUERPO CAVERNOSA - CUERPO ESPONJOSA O BULBO - CAVERNOSA	Cubierta
64.9.8.02	DERIVACIÓN CUERPO-SAFENA O SAFENO-CAVERNOSA	Cubierta
64.9.8.03	IRRIGACIÓN, PUNCIÓN O DRENAJE DE CUERPO CAVERNOSO	Cubierta
64.9.8.04	CORRECCIÓN DE ANGULACIÓN PENEANA	No Cubierta
64.9.8.05	INCISIÓN Y DRENAJE DE FLEGMÓN PENEANO	Cubierta
Capítulo 12 SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO		
65.	PROCEDIMIENTOS EN OVARIO	
65.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN OVARIO	
65.1.2.	BIOPSIA EN OVARIO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA POR PUNCIÓN O ESCISIÓN	
Simultáneo:	GUIA IMAGENOLÓGICA (87.2.0.70, 87.9.9.90 Y 88.1.3.90)	
65.1.2.01	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.1.2.02	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
65.1.2.03	BIOPSIA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) EN OVARIO	Cubierta
65.2.	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN OVÁRICA O DE TEJIDO OVÁRICO Y PARAOVÁRICO	
Excluye:	BIOPSIA IPSILATERAL (65.1.2.)	
65.2.1.	CISTECTOMÍA O RESECCIÓN DE QUISTE EN OVARIO	Cubierta
65.2.1.01	CISTECTOMÍA DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.2.1.02	CISTECTOMÍA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
65.2.2.	RESECCIÓN CUNEIFORME EN OVARIO	Cubierta
65.2.2.00	RESECCIÓN CUNEIFORME EN OVARIO SOD	Cubierta
65.2.3.	RESECCIÓN DE TUMOR EN OVARIO	Cubierta
65.2.3.01	RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.2.3.02	RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
65.2.4.	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN EN OVARIO	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR ABSCESO O QUISTE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
65.2.4.01	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.2.4.02	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
65.2.4.03	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN DE OVARIO VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
65.2.4.10	OFOROSTOMIA	Cubierta
65.2.7.	FULGURACIÓN EN OVARIO	Cubierta con aclaración
Incluye:	<i>ELECTROCAUTERIZACIÓN, CRIOCAUTERIZACIÓN, LÁSER, RADIOTERAPIA O RADIOFRECUENCIA ENTRE OTRAS</i>	
65.2.7.01	FULGURACIÓN EN OVARIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.2.7.02	FULGURACIÓN EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
65.2.8.	RESECCIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PARAOVÁRICO	Cubierta
65.2.8.01	RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.2.8.02	RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
65.2.8.03	ESCISIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PARAOVÁRICO	Cubierta
65.2.9.	OTRA ESCISIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN OVÁRICA O DE TEJIDO OVÁRICO O PARAOVÁRICO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
65.2.9.01	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.2.9.02	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
65.2.9.10	CITOREDUCCIÓN DE TUMOR DE OVARIO	Cubierta
65.3.	ESCISIÓN DE UN SOLO OVARIO	
65.3.1.	OOFORECTOMÍA UNILATERAL	Cubierta
65.3.1.01	OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.3.1.02	OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
65.3.1.03	OOFORECTOMÍA UNILATERAL CON OMENTECTOMIA POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.5.	OOFORECTOMÍA BILATERAL O ESCISIÓN DE LOS DOS OVARIOS	
65.5.1.	OOFORECTOMÍA BILATERAL EN UN MISMO ACTO OPERATORIO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
65.5.1.01	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.5.1.02	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
65.5.1.03	OOFORECTOMÍA BILATERAL CON OMENTECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.5.2.	ESCISIÓN DE OVARIO REMANENTE	Cubierta
65.5.2.00	ESCISIÓN DE OVARIO REMANENTE SOLITARIO O ÚNICO SOD	Cubierta
65.7.	REPARACIONES O PLASTIAS EN OVARIO	
65.7.0.	OFOROPLASTIA	Cubierta
65.7.0.00	OFOROPLASTIA SOD	Cubierta
65.7.1.	SUTURA SIMPLE DE OVARIO	Cubierta
65.7.1.00	OOFORORRAFIA SIMPLE SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
65.7.8.	OOFOROPEXIA	Cubierta
65.7.8.01	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.7.8.02	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
65.7.8.03	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.7.8.04	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
65.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN OVARIO	
65.9.1.	ASPIRACIÓN DE OVARIO	Cubierta
Simultáneo:	GUÍA IMAGENOLÓGICA (88.1.3.90)	
65.9.1.10	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA FOLICULAR DE OVARIO	Cubierta
65.9.1.20	ASPIRACIÓN FOLICULAR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
65.9.3.	ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORECTOMÍA	Cubierta
65.9.3.00	ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORECTOMÍA SOD	Cubierta
65.9.5.	LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO	Cubierta con aclaración
65.9.5.10	LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
65.9.5.20	LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
66.	PROCEDIMIENTOS EN TROMPAS DE FALOPIO	
66.0.	SALPINGOTOMÍAS Y SALPINGOSTOMIAS	
Incluye:	<i>AQUELLAS PARA TRATAMIENTO CONSERVADOR DE EMBARAZO ECTÓPICO, HIDROSALPINX ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
66.0.1.	SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO	Cubierta
66.0.1.01	SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
66.0.1.02	SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
66.0.2.	SALPINGOSTOMÍA	Cubierta con aclaración
66.0.2.01	SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.0.2.02	SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
66.0.2.03	SALPINGOSTOMÍA Y SALPINGOPLASTIA	Cubierta
66.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN TROPAS DE FALOPIO	
66.1.1.	BIOPSIA DE TROPAS DE FALOPIO	Cubierta
66.1.1.10	BIOPSIA DE TROPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.1.1.20	BIOPSIA DE TROPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
66.2.	ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA DE TROPAS DE FALOPIO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
66.2.1.	ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA	Cubierta
66.2.1.00	ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA VÍA ENDOSCÓPICA SOD	Cubierta
66.2.2.	ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO	Cubierta
66.2.2.00	ABLACIÓN U OCLUSIÓN BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO VÍA ENDOSCÓPICA SOD	Cubierta
66.3.	OCLUSIÓN O ABLACIÓN BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO	
Excluye:	<i>ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA DE TROMPAS DE FALOPIO (66.2.)</i>	
66.3.1.	SECCIÓN O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO POR MINILAPAROTOMÍA	Cubierta
66.3.1.00	SECCIÓN O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO [CIRUGÍA DE POMEROY] POR MINILAPAROTOMÍA SOD	Cubierta
66.3.9.	OTRAS OCLUSIONES O ABLACIONES BILATERALES DE TROMPAS DE FALOPIO	Cubierta
66.3.9.10	ESTERILIZACION FEMENINA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUELLA REALIZADA SIMULTÁNEAMENTE CON LA CESÁREA (CODIFICAR SIMULTÁNEAMENTE)</i>	
66.4.	SALPINGECTOMIA UNILATERAL	
66.4.0.	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL	Cubierta
66.4.0.01	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.4.0.02	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
66.5.	SALPINGECTOMÍA BILATERAL	
66.5.0.	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL	Cubierta
66.5.0.01	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.5.0.02	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
66.5.3.	ESCISIÓN DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
66.5.3.01	ESCISIÓN DE TROMPA DE FALOPIO REMANENTE	Cubierta
66.6.	OTRAS SALPINGECTOMÍAS	
66.6.1.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO	Cubierta
Incluye:	<i>POR TUMOR U OTRA PATOLOGÍA</i>	
66.6.1.01	RESECCIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO VÍA ABIERTA	Cubierta
66.6.1.02	RESECCIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
66.6.1.10	ESCISIÓN DE LESIÓN CON SALPINGECTOMÍA PARCIAL	Cubierta
66.6.1.11	ESCISION DE LESIÓN CON SALPINGECTOMÍA PARCIAL, POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
66.6.2.	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR QUISTE U OTRA PATOLOGÍA</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
66.6.2.10	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.6.2.20	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
66.7.	PLASTIA O REPARACIONES EN TROMPAS DE FALOPIO	
66.7.1.	SALPINGORRAFIA O SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO	Cubierta
66.7.1.01	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.7.2.	SALPINGOOFOROTOMÍA	Cubierta
66.7.2.00	SALPINGOOFOROTOMÍA SOD	Cubierta
66.7.3.	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA (SALPINGONEOSTOMÍA) (RECONSTRUCCIÓN TUBÁRICA)	Cubierta con aclaración
66.7.3.01	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.7.3.02	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
66.7.4.	SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) (REIMPLANTACIÓN TUBÁRICA)	Cubierta
66.7.4.00	SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) SOD	Cubierta
66.7.6.	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE TROMPAS DE FALOPIO	Cubierta con aclaración
66.7.6.01	SALPINGOLISIS POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.7.6.10	SALPINGOLISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
66.7.9.	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA)	Cubierta
66.7.9.01	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.7.9.02	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
66.8.	INSUFLACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO	
66.8.1.	INSUFLACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO CON AGENTE TERAPÉUTICO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
66.8.1.00	INSUFLACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO SOD	No Cubierta
66.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN TROMPAS DE FALOPIO	
66.9.1.	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL	Cubierta
66.9.1.10	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.9.1.20	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
66.9.1.30	ESCISIÓN DE UN OVARIO (REMANENTE, SOLITARIO O ÚNICO) CON RESECCIÓN DE TROMPA	Cubierta
66.9.2.	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL	Cubierta
66.9.2.10	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.9.2.20	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
66.9.3.	ASPIRACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
66.9.3.00	ASPIRACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO SOD	Cubierta
66.9.4.	PLASTIAS O REPARACIONES EN OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO	Cubierta
66.9.4.10	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACIÓN DE ESTES]	Cubierta
66.9.5.	IMPLANTACIÓN O REEMPLAZO DE PRÓTESIS DE TROMPA DE FALOPIO	No Cubierta
66.9.5.00	IMPLANTACIÓN O REEMPLAZO DE PRÓTESIS DE TROMPA DE FALOPIO SOD	No Cubierta
66.9.6.	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS DE TROMPA DE FALOPIO	No Cubierta
66.9.6.00	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS DE TROMPA DE FALOPIO SOD	No Cubierta
66.9.9.	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO	Cubierta con aclaración
66.9.9.01	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
66.9.9.02	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
67.	PROCEDIMIENTOS EN CUELLO UTERINO	
67.0.	DILATACIÓN DEL CANAL CERVICAL	
Excluye:	<i>AQUELLA PARA INDUCCIÓN DEL PARTO (OMITIR CÓDIGO) Y LA DILATACIÓN PARA LEGRADO UTERINO (69.0.1. - 69.0.9.)</i>	
67.0.1.	DILATACIÓN Y CURETAJE DE MUÑÓN CERVICAL	Cubierta
67.0.1.00	DILATACIÓN Y CURETAJE DE MUÑÓN CERVICAL SOD	Cubierta
67.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	
67.1.2.	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO	Cubierta
Excluye:	<i>CONIZACIÓN (67.2.)</i>	
67.1.2.01	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO (EXOCÉRVIX)	Cubierta
67.1.2.02	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
67.1.2.03	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	Cubierta
67.2.	CONIZACIONES	
Excluye:	<i>CRIOCAUTERIZACIÓN Y ELECTROCAUTERIZACIÓN (67.3.)</i>	
67.2.0.	CONIZACIÓN	Cubierta
67.2.0.01	CONIZACIÓN CERVICAL	Cubierta
67.3.	OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDOS DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	
67.3.1.	RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUELLO UTERINO	Cubierta
67.3.1.01	ESCISIÓN DE PÓLIPO EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	Cubierta
67.3.1.02	RESECCIÓN DE LESIÓN CUELLO UTERINO	Cubierta
67.3.1.10	ESCISIÓN DE PÓLIPO PEDICULADO O SESIL EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
67.3.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR CAUTERIZACIÓN	Cubierta con aclaración
67.3.2.10	ELECTROCAUTERIZACIÓN DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	Cubierta
67.3.2.20	VAPORIZACIÓN CON LÁSER DE LESIONES DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	No Cubierta
67.3.2.30	CONIZACIÓN LÁSER	Cubierta
67.3.3.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR CRIOTERAPIA	Cubierta
67.3.3.10	CRIOCAUTERIZACIÓN DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	Cubierta
67.3.4.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR RADIOFRECUENCIA	Cubierta
67.3.4.01	CONIZACIÓN CON RADIOFRECUENCIA BAJO COLPOSCOPIA	Cubierta
67.3.4.02	CONIZACIÓN CON RADIOFRECUENCIA	Cubierta
67.3.4.10	CAUTERIZACIÓN CERVICAL POR RADIOFRECUENCIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
67.4.	AMPUTACIÓN EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	
67.4.0.	AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO	Cubierta
67.4.0.01	AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO O TRAQUELECTOMÍA	Cubierta
67.4.0.11	TRAQUELECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
67.4.1.	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL VÍA VAGINAL O ABDOMINAL	Cubierta
67.4.1.00	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL VÍA VAGINAL O ABDOMINAL SOD	Cubierta
67.4.2.	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON REPARACIÓN DEL PISO PÉLVICO	Cubierta
67.4.2.00	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON REPARACIÓN DEL PISO PÉLVICO SOD	Cubierta
67.4.3.	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	Cubierta
67.4.3.00	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
67.4.4.	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON CORRECCIÓN DE ENTEROCELE	Cubierta
67.4.4.00	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON CORRECCIÓN DE ENTEROCELE SOD	Cubierta
67.4.5.	TRAQUELECTOMÍA RADICAL	Cubierta
67.4.5.01	TRAQUELECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
67.4.5.11	TRAQUELECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
67.5.	REPARACIÓN DE ORIFICIO INTERNO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	
67.5.1.	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO	Cubierta
67.5.1.00	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO SOD	Cubierta
67.6.	OTRAS PLASTIAS O REPARACIONES EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	
Excluye:	REPARACIÓN DE LACERACIÓN OBSTÉTRICA ACTUAL O RECIENTE (75.5.1.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
67.6.1.	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	Cubierta
67.6.1.00	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] SOD	Cubierta
67.6.2.	CORRECCIÓN DE FÍSTULA EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	Cubierta
67.6.2.10	FISTULECTOMÍA CERVICOSIGMOIDAL	Cubierta
67.6.9.	OTRAS CORRECCIONES O PLASTIAS DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	Cubierta
67.6.9.10	CORRECCIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	Cubierta
67.6.9.20	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA	Cubierta
68.	PROCEDIMIENTOS EN ÚTERO	
Simultáneo:	ESCISIÓN DE TROMPAS Y OVARIOS (65.3. - 65.5., 66.4. - 66.6.), REPARACIÓN DE CISTO RECTOCELE (70.5.), REPARACIÓN DE SUELO PÉLVICO (70.7.), COLOSTOMÍA (46.1.), DERIVACIÓN URINARIA (56.5. - 56.6.), DISECCIÓN DE GLANDIOS LINFÁTICOS (40.3. - 40.5.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
68.0.	INCISIÓN DE ÚTERO	
Excluye:	<i>HISTEROTOMÍA PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO O CESÁREA (74.0.)</i>	
68.0.1.	HISTEROTOMÍA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR ESCISIÓN DE MOLA HIDATIFORME O FETO MUERTO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
68.0.1.00	HISTEROTOMÍA SOD	Cubierta
68.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE	
68.1.2.	HISTEROSCOPIA	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA CON BIOPSIA (68.1.6.11)</i>	
68.1.2.00	HISTEROSCOPIA SOD	Cubierta
68.1.3.	BIOPSIA ABIERTA DE ÚTERO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
68.1.3.10	BIOPSIA DE MIOMETRIO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
68.1.4.	BIOPSIA ABIERTA DE LIGAMENTOS DE ÚTERO	Cubierta
68.1.4.00	BIOPSIA ABIERTA DE LIGAMENTOS DE ÚTERO SOD	Cubierta
68.1.5.	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE LIGAMENTOS DE ÚTERO	Cubierta
68.1.5.00	BIOPSIA ENDOSCÓPICA DE LIGAMENTOS DE ÚTERO SOD	Cubierta
68.1.6.	BIOPSIA CERRADA DE ÚTERO	Cubierta
68.1.6.01	BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR PINZA SACABOCADO O DE LEGRADO	Cubierta
68.1.6.02	BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR LAVADO	Cubierta
68.1.6.03	BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACIÓN	Cubierta
68.1.6.10	BIOPSIA DE MIOMETRIO POR LAPAROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
68.1.6.11	BIOPSIA DE ENDOMETRIO Y LESIÓN ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA	Cubierta
68.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES DE TEJIDO UTERINO	
68.2.1.	SECCIÓN DE SINEQUIAS ENDOMETRIALES	Cubierta
68.2.1.01	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL ÚTERO	Cubierta
68.2.1.02	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DE ÚTERO POR HISTEROSCOPIA	Cubierta
68.2.2.	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO	Cubierta
68.2.2.01	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
68.2.2.02	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO POR HISTEROSCOPIA	Cubierta
68.2.3.	RESECCIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL	Cubierta
68.2.3.01	ESCISIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
68.2.3.02	RESECCIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA	Cubierta
68.2.4.	MIOMECTOMÍA UTERINA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR MIOMAS PEDICULADOS, SUBSEROSOS O SUBMUCOSOS ENTRE OTROS</i>	
68.2.4.01	MIOMECTOMÍA UTERINA Y ESCISIÓN DE TUMOR FIBROIDE (ÚNICO O MÚLTIPLE) POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
68.2.4.02	MIOMECTOMÍA UTERINA Y ESCISIÓN DE TUMOR FIBROIDE (ÚNICO O MÚLTIPLE) VÍA VAGINAL	Cubierta
68.2.4.03	MIOMECTOMÍA UTERINA (ÚNICA O MÚLTIPLE) POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
68.2.4.04	MIOMECTOMÍA UTERINA POR HISTEROSCOPIA	Cubierta
68.2.5.	ABLACIÓN ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMÍA	Cubierta
68.2.5.10	ABLACIÓN ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMÍA POR HISTEROSCOPIA	Cubierta
68.3.	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL ABDOMINAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
68.3.1.	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL	Cubierta
68.3.1.01	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
68.3.1.11	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL, POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
68.4.	HISTERECTOMÍA TOTAL	
68.4.0.	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL	Cubierta
68.4.0.01	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCIÓN DE MOLA O FETO MUERTO	Cubierta
68.4.0.02	EXTIRPACIÓN TOTAL DE ÚTERO [HISTERECTOMÍA] ABDOMINAL	Cubierta
68.4.0.10	HISTERECTOMÍA TOTAL, CON CERVICECTOMÍA, REMOCIÓN DE VEJIGA, TRASPLANTE URETERAL O RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL DE COLON, RECTO Y COLOSTOMÍA O CUALQUIER COMBINACIÓN ANTERIOR.	Cubierta
68.4.0.20	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
68.4.1.	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POSRADIOTERAPIA</i>	
Simultáneo:	<i>ESCISIÓN SIMULTÁNEA DE ANEXOS (65.3. - 65.5., 66.4. - 66.6.); LINFADENECTOMÍA RADICAL PÉLVICA (40.5.4.)</i>	
68.4.1.01	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA CON VAGINECTOMIA PARCIAL	Cubierta
68.4.1.02	EXTIRPACIÓN TOTAL DE ÚTERO [HISTERECTOMÍA] ABDOMINAL AMPLIADA	Cubierta
68.5.	HISTERECTOMÍAS VAGINALES	
68.5.1.	HISTERECTOMÍA VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
68.5.1.01	HISTERECTOMÍA VAGINAL	Cubierta
68.5.1.10	HISTERECTOMÍA VAGINAL CON COLPOURETROCISTOPEXIA	Cubierta
68.5.1.20	HISTERECTOMÍA VAGINAL CON REPARACIÓN DE ENTEROCELE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
68.5.1.30	HISTERECTOMÍA VAGINAL CON REPARACIÓN PLASTICA DE VAGINA Y COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	Cubierta
68.6.	HISTERECTOMÍA RADICAL ABDOMINAL	
68.6.0.	HISTERECTOMÍA RADICAL	Cubierta
68.6.0.01	HISTERECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA	Cubierta
68.6.0.11	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
68.6.1.	HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA	Cubierta con aclaración
Simultáneo:	<i>ESCISIÓN DE TROMPAS Y OVARIOS (65.3. - 65.5., 66.4. - 66.6.), REPARACIÓN DE CISTOCELE RECTOCELE (70.5.), REPARACIÓN DE SUELO PÉLVICO (70.7.) DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.3. - 40.5.)</i>	
68.6.1.01	EXTIRPACIÓN DE ÚTERO [HISTERECTOMÍA] RADICAL MODIFICADA	Cubierta
68.6.1.10	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
68.7.	HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL	
68.7.0.	HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
68.7.0.00	HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL [OPERACIÓN DE SCHAUTA] SOD	Cubierta
68.8.	EXENTERACIÓN PÉLVICA	
68.8.1.	EXENTERACIÓN O EVISCERACIÓN PÉLVICA TOTAL	Cubierta
Incluye:	<i>ESCISIÓN DE OVARIOS, TROMPAS, ÚTERO, VAGINA, VEJIGA Y URETRA, CON ESCISIÓN DE COLÓN SIGMOIDE Y RECTO</i>	
Simultáneo:	<i>REPARACIÓN DE CISTOCELE RECTOCELE (70.5.), REPARACIÓN DE SUELO PÉLVICO (70.7.), DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.3. - 40.5.), COLOSTOMÍA (46.1.) DERIVACIÓN URINARIA (56.5. - 56.6.)</i>	
68.8.1.01	EXENTERACIÓN O EVISCERACIÓN PÉLVICA FEMENINA TOTAL O COMPLETA	Cubierta
68.8.2.	EXENTERACIÓN PÉLVICA ANTERIOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
68.8.2.00	EXENTERACIÓN ANTERIOR: ÚTERO Y VEJIGA SOD	Cubierta
68.8.3.	EXENTERACIÓN PÉLVICA POSTERIOR	Cubierta
68.8.3.00	EXENTERACIÓN POSTERIOR: ÚTERO Y RECTO SOD	Cubierta
69.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE	
69.0.	DILATACIÓN Y LEGRADO DE ÚTERO	
69.0.1.	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO	Cubierta
69.0.1.01	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO DIAGNÓSTICO	Cubierta
69.0.1.02	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO TERAPÉUTICO	Cubierta
69.1.	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE	
69.1.1.	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
69.1.1.01	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
69.1.1.02	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE	Cubierta
69.1.1.10	RESECCIÓN DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
69.1.1.30	SECCIÓN DE LIGAMENTO ÚTERO SACRO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
69.1.2.	RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE	Cubierta con aclaración
69.1.2.01	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE ENDOMETROSIS ESTADOS I Y II POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
69.1.2.02	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE ENDOMETROSIS ESTADOS III Y IV POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
69.1.2.03	ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE	Cubierta
69.1.2.30	SECCIÓN DE LIGAMENTO ÚTERO SACRO POR LAPAROSCOPIA	No Cubierta
69.1.3.	SECCIÓN O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
69.1.3.01	SECCIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROTOMÍA	Cubierta
69.1.3.02	SECCIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCOPICA	Cubierta
69.1.9.	OTRA ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE LESIÓN EN TEJIDO DE ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE	Cubierta con aclaración
69.1.9.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
69.1.9.02	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LIGAMENTO ANCHO VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
69.1.9.10	CITORREDUCCIÓN DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO O DE LIGAMENTO ÚTERO SACRO	Cubierta
Excluye:	<i>CITORREDUCCIÓN TUMOR DE OVARIO (65.2.9.10)</i>	
69.1.9.20	ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO INTRALIGAMENTOSO	Cubierta
69.2.	CORRECCIONES Y PLASTIAS DE ESTRUCTURAS DE SOPORTE UTERINAS	
69.2.1.	PROCEDIMIENTOS DE INTERPOSICIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
69.2.1.10	INTERPOSICIÓN UTERINA [WATKINS]	Cubierta
69.2.2.	OTRAS SUSPENSIONES UTERINAS	Cubierta
69.2.2.10	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
69.2.2.11	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMÍA CON SIMPATECTOMÍA PRESACRA	Cubierta
69.4.	REPARACIÓN O PLASTIA UTERINA	
Excluye:	<i>REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL (75.5.1.)</i>	
69.4.1.	SUTURA DE DESGARRO Y LACERACIÓN DE ÚTERO	Cubierta
69.4.1.01	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
69.4.1.02	HISTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA	Cubierta
69.4.1.03	HISTERORRAFIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
69.4.2.	CIERRE DE FÍSTULA DE ÚTERO	Cubierta
69.4.2.00	CIERRE DE FÍSTULA DE ÚTERO SOD	Cubierta
69.4.3.	REPARACIÓN DE ÚTERO BICORNE	Cubierta
69.4.3.00	REPARACIÓN DE ÚTERO BICORNE SOD	Cubierta
69.4.9.	OTRAS PLASTIAS DE ÚTERO	Cubierta
69.4.9.10	CORRECCIÓN DE DESGARRO O LACERACIÓN OBSTÉTRICA ANTIGUAS EN ÚTERO	Cubierta
69.4.9.20	HISTEROPLASTIA [OPERACIÓN DE STRASMAN]	Cubierta
69.5.	EVACUACIÓN POR ASPIRACIÓN DE UTERO	
69.5.1.	EVACUACIÓN POR ASPIRACIÓN DEL ÚTERO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO	Cubierta
69.5.1.01	ASPIRACIÓN AL VACÍO DE ÚTERO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	ABORTO TERAPÉUTICO, TÉCNICA MANUAL O ELÉCTRICA	
69.7.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO	
69.7.1.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	Cubierta
69.7.1.00	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU] SOD	Cubierta
69.8.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO	
69.8.1.	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO	Cubierta
Incluye:	DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVOS [DIU]	
69.8.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR HISTEROSCOPIA	Cubierta
69.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ÚTERO, CUELLO UTERINO [CÉRVIX] Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE	
69.9.1.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN ÚTERO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>INSERCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO (69.7.)</i>	
69.9.1.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN EL ÚTERO	Cubierta
69.9.1.20	IMPLANTACIÓN INTRAUTERINA DE PLATINAS RADIOACTIVAS	Cubierta
69.9.6.	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO	Cubierta
69.9.6.00	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO SOD	Cubierta
69.9.7.	RETIRO DE OTRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE DE CUELLO UTERINO	Cubierta
69.9.7.00	RETIRO DE OTRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE EN CUELLO UTERINO SOD	Cubierta
70.	PROCEDIMIENTOS EN VAGINA Y FONDO DE SACO	
70.0.	COLPOCENTESIS	
70.0.1.	COLPOCENTESIS O CULDOCENTESIS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
70.0.1.00	COLPOCENTESIS O CULDOCENTESIS SOD	Cubierta
70.1.	INCISIÓN EN VAGINA Y FONDO DE SACO	
70.1.2.	CULDOTOMÍA O COLPOTOMÍA	Cubierta
70.1.2.01	COLPOTOMÍA CON EXPLORACIÓN	Cubierta
70.1.2.02	COLPOTOMÍA CON DRENAJE DE COLECCIÓN PÉLVICA	Cubierta
70.1.2.03	PUNCIÓN O INSICIÓN EN VAGINA [COLPOTOMÍA] O [CULDOTOMÍA]	Cubierta
70.1.3.	LIBERACIÓN-LISIS DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA	Cubierta
70.1.3.00	LIBERACIÓN-LISIS DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA SOD	Cubierta
70.1.4.	OTRAS VAGINOTOMÍAS	Cubierta
70.1.4.10	SECCIÓN O INCISIÓN DE TABIQUE VAGINAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
70.1.4.20	DRENAJE DE COLECCIÓN DE FONDO DE SACO (CÚPULA VAGINAL)	Cubierta
70.1.4.30	VAGINOPERINEOTOMÍA	Cubierta
Excluye:	<i>EPISIOTOMÍA PARA ATENCIÓN DEL PARTO (72.)</i>	
70.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN VAGINA Y FONDO DE SACO	
70.2.1.	VAGINOSCOPIA	Cubierta
Excluye:	<i>LA ACTIVIDAD COMO PARTE DEL EXAMEN MÉDICO FÍSICO BÁSICO (ESPECULOSCOPIA) (89.)</i>	
70.2.1.10	VAGINOSCOPIA CON INSTRUMENTO ÓPTICO (EN NIÑAS)	Cubierta
70.2.2.	COLPOSCOPIA	Cubierta
70.2.2.01	COLPOSCOPIA CON BIOPSIA	Cubierta
70.2.2.02	EXAMEN VISUAL DEL CONDUCTO VAGINAL Y CUELLO UTERINO [COLPOSCOPIA]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
70.2.3.	BIOPSIA DE FONDO DE SACO	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA CON COLPOSCOPIA (70.2.2.)</i>	
70.2.3.00	BIOPSIA DE FONDO DE SACO SOD	Cubierta
70.2.4.	BIOPSIA DE VAGINA	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA CON COLPOSCOPIA (70.2.2.)</i>	
70.2.4.00	BIOPSIA DE VAGINA SOD	Cubierta
70.3.	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE TEJIDO EN VAGINA Y FONDO DE SACO	
70.3.1.	HIMENECTOMÍA	Cubierta
70.3.1.00	HIMENECTOMÍA O HIMENOTOMIA SOD	Cubierta
70.3.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN FONDO DE SACO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
70.3.2.00	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN FONDO DE SACO SOD	Cubierta
70.3.3.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO EN VAGINA	Cubierta
Excluye:	<i>VAGINECTOMÍA (70.4.1.)</i>	
70.3.3.10	RESECCIÓN DEL TABIQUE VAGINAL	Cubierta
70.3.3.20	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA EN TERCIO MEDIO O INFERIOR DE VAGINA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR TUMOR O QUISTE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
70.3.3.21	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA EN TERCIO SUPERIOR DE VAGINA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR TUMOR O QUISTE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
70.3.3.30	RESECCIÓN PARCIAL DE VAGINA O ESCISIÓN DE MANGUITO VAGINAL	Cubierta
70.3.3.40	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE VAGINA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
70.4.	OBLITERACIÓN Y ESCISIÓN TOTAL DE VAGINA	
70.4.1.	VAGINECTOMÍA O COLPECTOMÍA TOTAL	Cubierta
70.4.1.00	VAGINECTOMÍA O COLPECTOMÍA TOTAL SOD	Cubierta
70.5.	CORRECCIÓN DE CISTOCELE Y RECTOCELE	
70.5.1.	CORRECCIÓN DE CISTOCELE	Cubierta
70.5.1.10	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACIÓN DE URETROCELE	Cubierta
70.5.2.	CORRECCIÓN DE RECTOCELE	Cubierta
70.5.2.10	COLPORRAFIA POSTERIOR	Cubierta
70.5.3.	CORRECCIÓN SIMULTÁNEA DE CISTORECTOCELE	Cubierta
70.5.3.01	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
70.5.3.02	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACIÓN DE ENTEROCELE	Cubierta
70.5.3.03	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACIÓN DE CUELLO [MANCHESTER-FOTHERGILL]	Cubierta
70.6.	RECONSTRUCCIÓN O CONSTRUCCIÓN DE VAGINA	
70.6.0.	RECONSTRUCCIÓN DE VAGINA	Cubierta
70.6.0.00	RECONSTRUCCIÓN DE VAGINA SOD	Cubierta
70.6.1.	CONSTRUCCIÓN DE VAGINA (NEOVAGINA) POR ATRESIA O VAGINOPLASTIA	Cubierta
70.6.1.01	VAGINOPLASTIA, VÍA ABDOMINAL	Cubierta
70.6.1.02	VAGINOPLASTIA, VÍA PERINEAL	Cubierta
70.6.1.03	VAGINOPLASTIA, VÍA ABDOMINOPERINEAL	Cubierta
70.7.	OTRAS CORRECCIONES DE VAGINA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>AQUELLA ASOCIADA CON AMPUTACIÓN CERVICAL (67.4.), CON LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES (70.1.3.) Y CON REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL (71.7.1.)</i>	
70.7.1.	SUTURA DE LACERACIÓN Y DESGARRO DE VAGINA	Cubierta
70.7.1.10	REPARACIÓN DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTÉTRICO GRADO I-II (COMPROMISO MUCOSO O MUSCULAR)	Cubierta
70.7.1.20	REPARACIÓN DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTÉTRICO GRADO III (RECTOVAGINAL CON COMPROMISO DE ESFÍNTER ANAL)	Cubierta
70.7.1.30	REPARACIÓN DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTÉTRICO GRADO IV (ESTALLIDO DE VEJIGA CON O SIN EVISCERACIÓN)	Cubierta
70.7.2.	CORRECCIÓN DE FÍSTULA COLOVAGINAL (CECOVAGINAL)	Cubierta
70.7.2.00	CORRECCIÓN DE FÍSTULA COLOVAGINAL (CECOVAGINAL) SOD	Cubierta
70.7.3.	CORRECCIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL	Cubierta
70.7.3.00	CORRECCIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
70.7.4.	CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINOINTESTINALES	Cubierta
70.7.4.00	CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINOINTESTINALES SOD	Cubierta
70.7.5.	CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINALES	Cubierta
70.7.5.10	CIERRE DE FÍSTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL SOD	Cubierta
70.7.6.	HIMENORRAFIA O HIMENOPLASTIA	No Cubierta
70.7.6.00	HIMENORRAFIA O HIMENOPLASTIA SOD	No Cubierta
70.7.7.	SUSPENSIÓN Y FIJACIÓN DE CÚPULA VAGINAL (COLPOPEXIA)	Cubierta
70.7.7.01	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMÍA	Cubierta
70.7.7.02	COLPOPEXIA VÍA VAGINAL	Cubierta
70.7.7.03	COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
70.7.9.	OTRAS CORRECCIONES DE LA VAGINA	Cubierta
70.7.9.20	CORRECCIÓN DE LACERACIÓN OBSTÉTRICA ANTIGUA EN VAGINA	Cubierta
Excluye:	<i>DESGARRO OBSTÉTRICO RECIENTE (71.7.1.)</i>	
70.7.9.30	CORRECCIÓN DE SENO UROGENITAL	Cubierta
70.8.	OBLITERACIÓN DE CÚPULA VAGINAL	
70.8.1.	OBLITERACIÓN Y ESCISIÓN LOCAL DE VAGINA (COLPOCLEISIS)	Cubierta
70.8.1.01	OBLITERACIÓN VAGINAL [TÉCNICA DE LEFORT]	Cubierta
70.8.1.02	OBLITERACIÓN Y ESCISIÓN LOCAL DE VAGINA	Cubierta
70.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VAGINA Y FONDO DE SACO	
Excluye:	<i>DILATACIÓN VAGINA (96.2.3.), EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA (98.1.7.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
70.9.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISIÓN	Cubierta
70.9.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISIÓN SOD	Cubierta
70.9.2.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN FONDO DE SACO	Cubierta
70.9.2.10	OBLITERACIÓN DE FONDO DE SACO	Cubierta
70.9.2.20	REPARACIÓN DE ENTEROCELE VÍA VAGINAL	Cubierta
70.9.2.30	REPARACIÓN DE ENTEROCELE VÍA ABDOMINAL	Cubierta
71.	PROCEDIMIENTOS EN VULVA Y PERINÉ	
Simultáneo:	<i>CODIFICAR TAMBIEN CUALQUIER DISECCIÓN SIMULTÁNEA DE GANGLIOS LINFÁTICOS (40.3. - 40.5.)</i>	
71.0.	INCISIÓN EN VULVA Y PERINÉ	
71.0.1.	LISIS DE ADHERENCIAS EN VULVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
71.0.1.00	LISIS DE ADHERENCIAS EN VULVA SOD	Cubierta
71.0.9.	OTRAS INCISIONES EN VULVA Y PERINÉ	Cubierta con aclaración
71.0.9.20	AMPLIACIÓN DEL INTROITO	No Cubierta
71.0.9.21	INCISIÓN Y DRENAJE DE COLECCIÓN DE VULVA O DE GLÁNDULA DE SKENE	Cubierta
Incluye:	AQUEL POR ABSCESO, QUISTE O FORÚNCULO ENTRE OTRAS CAUSAS	
71.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN VULVA Y PERINÉ	
71.1.1.	BIOPSIA EN VULVA	Cubierta
71.1.1.10	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA	Cubierta
71.1.1.20	BIOPSIA DE CLÍTORIS	Cubierta
71.1.1.30	BIOPSIA - ESCISIÓN GLÁNDULA DE BARTHOLIN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
71.1.3.	BIOPSIA DE PERINÉ	Cubierta
71.1.3.00	BIOPSIA DE PERINÉ SOD	Cubierta
71.2.	PROCEDIMIENTOS EN LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN	
71.2.1.	ASPIRACIÓN CON AGUJA DE LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN (QUISTE)	Cubierta
71.2.1.00	ASPIRACIÓN CON AGUJA DE LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN (QUISTE) SOD	Cubierta
71.2.2.	INCISIÓN DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN	Cubierta
71.2.2.00	INCISIÓN Y DRENAJE DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE) SOD	Cubierta
71.2.3.	MARSUPIALIZACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE) O DE SKENE	Cubierta
71.2.3.00	MARSUPIALIZACIÓN O DRENAJE EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN O DE SKENE SOD	Cubierta
71.2.4.	ESCISIÓN U OTRA ABLACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
71.2.4.01	RESECCIÓN DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN [BARTHOLINECTOMIA]	Cubierta
71.3.	OTRA ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE TEJIDO EN VULVA Y PERINÉ	
Excluye:	<i>BIOPSIA DE VULVA (71.1.1.) FISTULECTOMÍA VULVAR (71.7.2.); LESIONES CUTÁNEAS (86.3.1.); TUMORES (86.4.2.)</i>	
71.3.1.	RESECCIÓN DE GLÁNDULA DE SKENE	Cubierta
71.3.1.00	RESECCIÓN DE GLÁNDULA DE SKENE SOD	Cubierta
71.3.4.	RESECCIÓN DE ENDOMETRIOMA PERINEAL	Cubierta
71.3.4.00	RESECCIÓN DE ENDOMETRIOMA PERINEAL SOD	Cubierta
71.3.5.	RESECCIÓN GRANULOMA VULVO-PERINEAL	Cubierta
71.3.5.00	RESECCIÓN GRANULOMA VULVO-PERINEAL SOD	Cubierta
71.4.	PROCEDIMIENTOS EN CLÍTORIS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
71.4.1.	AMPUTACIÓN TOTAL DE CLÍTORIS [CLITORIDECTOMÍA]	Cubierta
71.4.1.00	AMPUTACIÓN TOTAL DE CLÍTORIS [CLITORIDECTOMÍA] SOD	Cubierta
71.4.2.	ESCISIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS [CLITORIDOTOMÍA]	Cubierta
71.4.2.00	ESCISIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS [CLITORIDOTOMÍA] SOD	Cubierta
71.5.	VULVECTOMÍA	
71.5.1.	VULVECTOMÍA RADICAL	Cubierta
Simultáneo:	<i>CUALQUIER DISECCIÓN SIMULTÁNEA DE GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (40.3. - 40.5.)</i>	
71.5.1.00	VULVECTOMÍA RADICAL SOD	Cubierta
71.5.2.	VULVECTOMÍA TOTAL O COMPLETA	Cubierta
71.5.2.00	VULVECTOMÍA TOTAL O COMPLETA BILATERAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
71.6.	OTRAS VULVECTOMÍAS	
71.6.1.	VULVECTOMÍA UNILATERAL SIMPLE (HEMIVULVECTOMIA)	Cubierta
71.6.1.20	VULVECTOMÍA PARCIAL O UNILATERAL (MENOS DEL 80% DEL ÁREA VULVAR)	Cubierta
71.6.2.	VULVECTOMÍA BILATERAL SIMPLE	Cubierta
71.6.2.00	VULVECTOMÍA BILATERAL SIMPLE O PARCIAL SOD	Cubierta
71.7.	CORRECCIONES Y PLASTIAS EN VULVA Y PERINÉ	
71.7.1.	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE VULVA O PERINÉ	Cubierta
Excluye:	ATENCION DEL PARTO Y EPISIORRAFIA (72.)	
71.7.1.01	SUTURA DE DESGARRO O LACERACIÓN DE VULVA O PERINE	Cubierta
71.7.1.02	SUTURA DE DESGARRO O LACERACIÓN OBSTETRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINE (MUCOSA O MÚSCULO) (GRADO I-II)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
71.7.2.	CORRECCIÓN DE FÍSTULA DE VULVA O PERINÉ	Cubierta
71.7.2.00	CORRECCIÓN DE FÍSTULA DE VULVA O PERINÉ SOD	Cubierta
71.7.3.	DRENAJE DE COLECCIÓN VULVOPERINEAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
71.7.3.00	DRENAJE DE COLECCIÓN VULVOPERINEAL SOD	Cubierta
71.7.9.	OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN VULVA Y PERINÉ	Cubierta con aclaración
71.7.9.01	PLASTIA DE LABIOS MENORES	No Cubierta
71.7.9.10	CORRECCIÓN DE LACERACIÓN OBSTÉTRICA ANTIGUA EN VULVA Y PERINÉ	Cubierta
71.7.9.20	SUTURA DE DESGARRO O LACERACIÓN NO OBSTÉTRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINÉ (MUCOSA O MÚSCULO) (GRADO I-II)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
71.7.9.30	PERINEOPLASTIA POR DESGARRO ANTIGUO DE PERINÉ	Cubierta
71.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VULVA O PERINÉ	
71.8.1.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINÉ CON INCISIÓN	Cubierta
Excluye:	<i>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SIN INCISIÓN (98.2.3.), RETIRO O REMOCIÓN DE TAPONAMIENTO (97.7.5.), SUSTITUCIÓN DE TAPONAMIENTO (97.2.6.)</i>	
71.8.1.00	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINÉ CON INCISIÓN SOD	Cubierta
72.	PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN PARTO VAGINAL	
Incluye:	<i>ESPISIOTOMÍA, EPISIORRAFIA, RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS O INCISIÓN DE DUHRSSSEN; ADEMÁS TODAS LAS ACTIVIDADES DE ADAPTACIÓN NEONATAL INMEDIATA ESTABLECIDAS SEGÚN REGLAMENTACIÓN VIGENTE PARA LA ATENCIÓN DEL(OS) RECIÉN NACIDO(S)</i>	
72.1.	ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL INSTRUMENTADO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUEL CON FÓRCEPS, ASPIRACIÓN, ESPÁTULAS DE VELASCO	
72.1.0.	PARTO INSTRUMENTADO CON FÓRCEPS O ESPÁTULAS DE VELASCO	Cubierta
Incluye:	ROTACIÓN CON FÓRCEPS O ESPÁTULAS DE VELASCO DE CABEZA FETAL	
72.1.0.01	PARTO INSTRUMENTADO CON FÓRCEPS O ESPÁTULAS DE VELASCO BAJOS	Cubierta
72.1.0.02	PARTO INSTRUMENTADO CON FÓRCEPS O ESPÁTULAS DE VELASCO MEDIOS	Cubierta
72.5.	EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA EN PODÁLICA	
72.5.1.	EXTRACCIÓN (TOTAL O PARCIAL) INSTRUMENTADA EN PODÁLICA	Cubierta
72.5.1.00	EXTRACCIÓN (TOTAL O PARCIAL) INSTRUMENTADA EN PODÁLICA SOD	Cubierta
73.	OTROS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN E INDUCCIÓN DEL PARTO VAGINAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>TODAS LAS ACTIVIDADES DE ADAPTACIÓN NEONATAL INMEDIATA ESTABLECIDAS SEGÚN REGLAMENTACIÓN VIGENTE PARA LA ATENCIÓN DEL(OS) RECIÉN NACIDO(S)</i>	
73.2.	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS MANUALES	
73.2.2.	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRA DE VERSIÓN FETAL INTERNA Y COMBINADA	Cubierta
73.2.2.01	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRA DE VERSION FETAL INTERNA Y COMBINADA CON EXTRACCIÓN	Cubierta
73.5.	PARTO ASISTIDO MANUALMENTE	
73.5.3.	ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	Cubierta
73.5.3.00	ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA SOD	Cubierta
73.5.9.	OTRAS ASISTENCIAS MANUALES DEL PARTO	Cubierta
73.5.9.10	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTÁNEO NORMAL (EXPULSIVO)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
73.5.9.30	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTÁNEO GEMELAR O MÚLTIPLE	Cubierta
73.5.9.31	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MÚLTIPLE	Cubierta
73.5.9.80	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTÁNEO	Cubierta
74.	PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN PARTO ABDOMINAL	
Incluye:	<i>TODAS LAS ACTIVIDADES DE ADAPTACIÓN NEONATAL INMEDIATA ESTABLECIDAS SEGÚN REGLAMENTACIÓN VIGENTE PARA LA ATENCIÓN DEL(OS) RECIÉN NACIDO(S)</i>	
74.0.	CESÁREA Y EXTRACCIÓN DE FETO	
Simultáneo:	<i>CODIFICAR TAMBIEN CUALQUIER ESTERILIZACIÓN SIMULTÁNEA (66.3.1. - 66.3.9.), HISTERECTOMÍA (68.3. - 68.4., 68.6., 68.8.), MIOMECTOMÍA (68.2.4.)</i>	
74.0.1.	CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	Cubierta
74.0.1.00	CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
74.0.2.	CESÁREA CORPORAL	Cubierta
74.0.2.00	CESÁREA CORPORAL SOD	Cubierta
74.0.3.	CESÁREA EXTRAPERITONEAL	Cubierta
74.0.3.00	CESÁREA EXTRAPERITONEAL SOD	Cubierta
74.3.	REMOCIÓN DE FETO INTRAPERITONEAL	
Excluye:	<i>AQUELLA CON SALPINGECTOMÍA SIMULTÁNEA (66.4. - 66.5.), AQUELLA CON SALPINGOTOMÍA (66.0.) AQUELLA CON SALPINGOSTOMÍA (66.0.2.)</i>	
74.3.1.	REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL	Cubierta
74.3.1.00	REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL SOD	Cubierta
74.3.2.	REMOCIÓN DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBÁRICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
74.3.2.00	REMOCIÓN DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBÁRICA SOD	Cubierta
75.	OTROS PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES OBSTÉTRICOS	
Simultáneo:	<i>CODIFICAR ADEMÁS CUALQUIER ACCESO POR HISTEROTOMÍA (68.0.)</i>	
75.0.	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO	
Excluye:	<i>LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO (69.0.1.)</i>	
75.0.1.	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO	Cubierta
Incluye:	<i>POR ABORTO INCOMPLETO, ENDOMETRITIS PUERPERAL, MOLA U OTRA CAUSA OBSTÉTRICA</i>	
75.0.1.01	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACIÓN Y CURETAJE	Cubierta
75.0.1.05	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACIÓN AL VACÍO	Cubierta
75.0.2.	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
75.0.2.01	DILATACIÓN Y LEGRADO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA POR ASPIRACIÓN AL VACÍO (69.5.1.01)</i>	
75.1.	AMNIOCENTESIS	
75.1.1.	AMNIOCENTESIS DIAGNÓSTICA	Cubierta
75.1.1.00	AMNIOCENTESIS DIAGNÓSTICA SOD	Cubierta
75.1.2.	AMNIOCENTESIS TERAPÉUTICA (NO DELIBERADAMENTE ABORTIVA)	Cubierta
75.1.2.00	AMNIOCENTESIS TERAPÉUTICA (NO DELIBERADAMENTE ABORTIVA) SOD	Cubierta
75.2.	TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA	
75.2.1.	EXANGUINO-TRANSFUSIÓN EN ÚTERO	Cubierta
75.2.1.00	EXANGUINO-TRANSFUSIÓN EN ÚTERO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
75.3.	OTROS PROCEDIMIENTOS INTRAUTERINOS EN FETO Y AMNIOS	
75.3.1.	AMNIOSCOPIA	Cubierta
75.3.1.00	AMNIOSCOPIA SOD	Cubierta
75.3.5.	BIOPSIA DE VELLOCIDAD CORIAL	No Cubierta
75.3.5.00	BIOPSIA DE VELLOCIDAD CORIAL SOD	No Cubierta
75.3.6.	CORDOCENTESIS	No Cubierta
75.3.6.00	CORDOCENTESIS SOD	No Cubierta
75.3.7.	PROCEDIMIENTOS INTRAUTERINOS EN FETO	No Cubierta
75.3.7.01	FETOSCOPIA	No Cubierta
75.4.	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
75.4.1.	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISIÓN UTERINA	Cubierta
75.4.1.01	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISIÓN UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO	Cubierta
75.5.	REPARACIÓN DE DESGARRO UTERINO OBSTÉTRICO ACTUAL	
75.5.1.	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	Cubierta
75.5.1.00	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] SOD	Cubierta
75.5.2.	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUERPO UTERINO	Cubierta
75.5.2.00	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUERPO UTERINO SOD	Cubierta
75.6.	REPARACIÓN DE OTRAS LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS	
75.6.1.	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA	Cubierta
75.6.1.00	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA (GRADO IV) SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
75.6.2.	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFÍNTER ANAL	Cubierta
75.6.2.00	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFÍNTER ANAL (GRADO III) SOD	Cubierta
75.6.9.	REPARACIÓN DE OTRAS LACERACIONES OBSTÉTRICAS	Cubierta
75.6.9.01	PLASTIA O REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO DE PERINÉ	Cubierta
75.6.9.02	PLASTIA O REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO VAGINAL	Cubierta
75.6.9.03	PLASTIA O REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO VULVAR	Cubierta
75.6.9.10	REPARO SECUNDARIO DE EPISIOTOMÍA	Cubierta
Incluye:	DESBRIDAMIENTO CON CIERRE DE DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA	
75.8.	TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO	
75.8.1.	TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO DE ÚTERO O VAGINA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
75.8.1.00	TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO DE ÚTERO O VAGINA SOD	Cubierta
75.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS EN PERINÉ, VULVA O VAGINA	
75.9.1.	DRENAJE DE COLECCIÓN OBSTÉTRICA EN PERINÉ POR INCISIÓN	Cubierta
75.9.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN OBSTÉTRICA (DE EPISIOTOMÍA O EPISIORRAFIA) EN PERINÉ POR INCISIÓN	Cubierta
75.9.4.	CORRECCIÓN O REPOSICION MANUAL DE ÚTERO INVERTIDO	Cubierta
75.9.4.00	CORRECCION O REPOSICION MANUAL DE ÚTERO INVERTIDO SOD	Cubierta
Capítulo 13 SISTEMA OSTEOMUSCULAR		
76.	PROCEDIMIENTOS EN HUESOS Y ARTICULACIONES FACIALES	
Incluye:	DISPOSITIVO MÉDICO	
Excluye:	CRÁNEO (01.); HUESOS NAALES (21.); SENOS PARANAALES (22.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.0.	INCISIÓN DE HUESO FACIAL SIN DIVISIÓN	
76.0.1.	SECUESTRECTOMÍA DE HUESO FACIAL	Cubierta
76.0.1.01	SECUESTRECTOMÍA INTRAORAL CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.0.1.02	SECUESTRECTOMÍA EXTRAORAL CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.0.1.03	SECUESTRECTOMÍA INTRAORAL O EXTRAORAL	Cubierta
76.0.9.	OTRA INCISIÓN DE HUESO FACIAL	Cubierta
76.0.9.01	OSTEOTOMÍA MAXILAR PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	Cubierta
76.0.9.02	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL	Cubierta
76.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN HUESOS Y ARTICULACIONES FACIALES	
76.1.1.	BIOPSIA DE HUESO FACIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.1.1.01	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES	Cubierta
76.1.1.02	BIOPSIA DE PALADAR ÓSEO	Cubierta
76.1.2.	ARTROCENTESIS DIAGNÓSTICA FACIAL	Cubierta
76.1.2.01	ARTROCENTESIS DIAGNÓSTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
76.1.3.	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN ARTICULACIÓN FACIAL	Cubierta
76.1.3.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
76.1.3.02	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA FACIAL	Cubierta
76.2.	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIONES EN HUESO FACIAL	
Excluye:	<i>BIOPSIA DE HUESO FACIAL (76.1.1.); ESCISIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA (24.4.)</i>	
76.2.1.	RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILARES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.2.1.01	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VÍA TRANSMUCOSA	Cubierta
76.2.1.02	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VÍA TRANSCUTÁNEA	Cubierta
76.2.1.03	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MÁS DE TRES CMS, VÍA TRANSMUCOSA	Cubierta
76.2.1.04	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MÁS DE TRES CMS, VÍA TRANSCUTÁNEA	Cubierta
76.2.1.05	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	Cubierta
76.2.2.	RESECCIÓN DE LESIONES MALIGNAS EN MAXILARES	Cubierta
76.2.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	Cubierta
76.2.2.02	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	Cubierta
76.2.3.	OTRA ABLACIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO EN HUESO FACIAL	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.2.3.01	ESCLEROSIS DE REBORDE DE MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	No Cubierta
76.3.	OSTECTOMIA PARCIAL DE HUESO FACIAL	
76.3.1.	MANDIBULECTOMIA PARCIAL	Cubierta
76.3.1.01	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	Cubierta
76.3.1.02	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	Cubierta
76.3.1.03	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	Cubierta
76.3.1.04	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	Cubierta
76.3.9.	OSTECTOMÍA, EXERESIS O ESCISIÓN PARCIAL DE OTRO HUESO FACIAL	Cubierta
76.3.9.01	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCIÓN	Cubierta
76.3.9.02	CONDILECTOMIA DE LA MANDÍBULA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.3.9.03	HEMIMAXILECTOMÍA	Cubierta
76.4.	ESCISIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE HUESOS FACIALES	
76.4.1.	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	Cubierta
76.4.1.01	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	Cubierta
76.4.2.	OTRA MANDIBULECTOMÍA TOTAL	No Cubierta
76.4.2.01	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	No Cubierta
76.4.3.	OTRA RECONSTRUCCIÓN DE MANDÍBULA	Cubierta
76.4.3.01	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL)	Cubierta
76.4.3.02	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	Cubierta
76.4.3.03	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.4.3.04	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO, COLGAJO PEDICULADO	Cubierta
76.4.3.05	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	Cubierta
76.4.4.	OSTECTOMÍA TOTAL DE OTRO HUESO FACIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	Cubierta
76.4.4.01	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	Cubierta
76.4.4.02	RESECCIÓN TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	Cubierta
76.4.6.	OTRA RECONSTRUCCIÓN DE OTRO HUESO FACIAL	Cubierta
76.4.6.01	RETROPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE LA PREMAXILA	Cubierta
76.5.	ARTROPLASTIA TEMPOROMANDIBULAR	
76.5.1.	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
76.5.1.01	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.5.1.05	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VÍA EXTERNA	Cubierta
76.5.2.	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
76.5.2.01	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR CON INJERTO	Cubierta
76.5.2.02	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO	Cubierta
76.5.3.	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
76.5.3.01	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO	Cubierta
76.5.3.02	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR CON IMPLANTE ALOPLÁSTICO	Cubierta
76.5.4.	REMODELACION DEL CARTÍLAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
76.5.4.01	REMODELACION DEL CARTÍLAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
76.6.	REPARACIÓN DE HUESO FACIAL Y PROCEDIMIENTOS DE ORTOGNÁTICA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>RECONSTRUCCIÓN DE HUESOS FACIALES (76.4.)</i>	
Simultáneo:	<i>IMPLANTE SINTÉTICO (76.8.2.); INJERTO ÓSEO (76.8.1.)</i>	
76.6.1.	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR	Cubierta
76.6.1.00	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR SOD	Cubierta
76.6.2.	OSTEOPLASTIA ABIERTA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR	Cubierta
76.6.2.01	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.6.2.02	OSTEOTOMÍA RAMA MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.6.2.03	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O VÍA TRANSCUTÁNEA	Cubierta
76.6.2.05	CORONOIDECTOMÍA	Cubierta
76.6.3.	OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) DE CUERPO DE MANDÍBULA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.6.3.01	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.6.3.02	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.6.3.03	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O TRANSCUTÁNEA	Cubierta
76.6.4.	OTRA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA EN MANDÍBULA	Cubierta
76.6.4.01	OSTEOTOMÍA SUBAPICAL MANDIBULAR	Cubierta
76.6.4.02	CORTICOTOMÍA MANDIBULAR	Cubierta
76.6.4.03	OSTEOTOMÍA DE MENTÓN CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.6.5.	OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) SEGMENTARIA DE MAXILAR	Cubierta
76.6.5.01	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA	Cubierta
76.6.6.	OSTEOPLASTIA TOTAL (OSTEOTOMÍA) DE MAXILAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.6.6.01	OSTEOTOMÍA LEFORT I CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.6.6.02	OSTEOTOMÍA SUBAPICAL CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.6.6.03	OSTEOTOMÍA LEFORT II CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.6.6.04	OSTEOTOMÍA LEFORT III CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.6.6.05	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT I (DISYUNCIÓN PALATINA)	Cubierta
76.6.6.06	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT II	Cubierta
76.6.6.07	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT III	Cubierta
76.6.7.	GENIOPLASTIA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
76.6.7.01	GENIOPLASTIA CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.6.9.	OTRA REPARACIÓN DE HUESO FACIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.6.9.01	SUSPENSIÓN ESQUELÉTICA EN FRACTURAS U OSTEOTOMÍAS FACIALES	Cubierta
76.6.9.02	OSTEOTOMÍA DESLIZANTE (VISERA)	Cubierta
76.6.9.03	OSTEOPLASTIA SIMULTÁNEA DE VARIOS HUESOS FACIALES	Cubierta
76.6.9.70	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUESOS FACIALES	Cubierta
76.7.	REDUCCIÓN DE FRACTURA FACIAL	
76.7.2.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR Y CIGOMÁTICA	Cubierta
76.7.2.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.7.2.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO	Cubierta
76.7.2.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCIÓN PISO DE ÓRBITA INJERTO O FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.7.3.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MAXILAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.7.3.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	Cubierta
76.7.3.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	Cubierta
76.7.3.03	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	Cubierta
76.7.3.04	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	Cubierta
76.7.4.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MAXILAR	Cubierta
76.7.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.7.4.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.7.4.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.7.4.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.7.5.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MANDIBULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUELLA CON O SIN INMOVILIZACIÓN INTERMAXILAR</i>	
76.7.5.01	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CÓNDILO	Cubierta
76.7.5.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	Cubierta
76.7.5.03	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	Cubierta
76.7.6.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MANDIBULAR	Cubierta con aclaración
76.7.6.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE CÓNDILO, CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.7.6.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.7.6.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
76.7.6.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN EXTERNA	Cubierta
76.7.6.05	REDUCCIÓN DE FRACTURA CONDILAR CON FIJACIÓN INTERNA VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.7.7.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA ALVEOLAR	Cubierta
76.7.7.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACIÓN	Cubierta
76.7.7.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACIÓN	Cubierta
76.7.7.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DE MÁS DE TRES DIENTES, CON FIJACIÓN	Cubierta
76.7.7.05	REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE LUXACIÓN DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES	Cubierta
76.7.7.06	REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE LUXACIÓN DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE MÁS DE TRES DIENTES	Cubierta
76.7.8.	OTRA REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA FACIAL	Cubierta
76.7.8.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA ORBITAL	Cubierta
76.7.8.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACIÓN	Cubierta
76.7.9.	OTRA REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA FACIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.7.9.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE BORDE O PARED ORBITAL	Cubierta
76.7.9.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO	Cubierta
76.7.9.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MÁS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO	Cubierta
76.7.9.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO	Cubierta
76.7.9.05	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO	Cubierta
76.7.9.07	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL, CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
76.7.9.08	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MÚLTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ÓRBITARIO	Cubierta
76.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN HUESOS Y ARTICULACIONES FACIALES	
76.8.0.	FIJACIÓN INTERMAXILAR [CERCLAJE] INTER O INTRA MAXILAR	Cubierta
76.8.0.01	FIJACIÓN INTERMAXILAR O CERCLAJE INTER MAXILAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.8.0.02	FIJACIÓN INTERMAXILAR O CERCLAJE INTRA MAXILAR	Cubierta
76.8.1.	INJERTOS ÓSEOS EN HUESO FACIAL	Cubierta
Incluye:	<i>AUTÓGENO, DE BANCO DE HUESOS O HETERÓGENO</i>	
76.8.1.01	INJERTO ÓSEO EN HUESO FACIAL	Cubierta
76.8.1.10	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	Cubierta
76.8.2.	INSERCIÓN DE IMPLANTE SINTÉTICO EN HUESO FACIAL	Cubierta
76.8.2.00	INSERCIÓN DE IMPLANTE SINTÉTICO EN HUESO FACIAL SOD	Cubierta
76.8.3.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
76.8.3.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	Cubierta
76.8.3.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACIÓN INTERMAXILAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.8.4.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
76.8.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR RECIDIVANTE POR CONDILECTOMÍA DEL TEMPORAL	Cubierta
76.8.5.	INSERCIÓN DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACIÓN FACIAL	No Cubierta
76.8.5.00	INSERCIÓN DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACIÓN FACIAL SOD	No Cubierta
76.8.6.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
76.8.6.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR SOD	Cubierta
76.8.7.	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE FIJACIÓN INTERNA DE HUESO FACIAL	Cubierta
76.8.7.01	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACIÓN INTERNA DE HUESO FACIAL	Cubierta
76.8.7.02	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR	Cubierta
76.8.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
76.8.8.01	ARTRECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
76.8.9.	RETIRO DE DISPOSITIVO EN MANDÍBULA	Cubierta
76.8.9.01	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA EN MANDÍBULA	Cubierta
76.8.9.02	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA EN MANDÍBULA	Cubierta
77.	PROCEDIMIENTOS EN HUESOS NO FACIALES	
Excluye:	<i>ESTERNOTOMÍA ACCESORIA DE OPERACIÓN TORÁCICA Y RESECCIONES COSTALES ACCESORIAS A OPERACIONES TORÁCICAS (OMITIR CÓDIGO); LAMINOTOMÍA O INCISIÓN EN VÉRTEBRA (03.0.1. - 03.0.9.); LAMINECTOMÍAS O HEMILAMINECTOMÍAS (03.0.1. - 03.0.4.); AMPUTACIONES PARCIALES DE DEDOS DE MANO Y PIE (84.0. - 84.0.2.)</i>	
77.0.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO	
Excluye:	<i>DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA (79.6.0. - 79.6.9.) Y VERTEBRECTOMÍA (77.8.9. - 77.9.9.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.0.1.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
77.0.1.00	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) SOD	Cubierta
77.0.2.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HÚMERO	Cubierta
77.0.2.00	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HÚMERO SOD	Cubierta
77.0.3.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE O DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO	Cubierta
77.0.3.01	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CÚBITO	Cubierta
77.0.3.02	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO	Cubierta
77.0.4.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	Cubierta
77.0.4.01	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMÍA EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)	Cubierta
77.0.4.02	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMÍA EN METACARPIANOS (UNO O MÁS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.0.5.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR	Cubierta
77.0.5.00	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR SOD	Cubierta
77.0.6.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RÓTULA	Cubierta
77.0.6.00	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RÓTULA SOD	Cubierta
77.0.7.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA - PERONÉ	Cubierta
77.0.7.01	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
77.0.7.02	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
77.0.8.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta
77.0.8.01	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)	Cubierta
77.0.8.02	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS (UNO O MÁS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.0.9.	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE O DESBRIDAMIENTO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta con aclaración
Incluye:	<i>EXTRACCIÓN DE ESPÍCULAS ÓSEAS DE CANAL ESPINAL, IRRIGACIÓN POST QUIRÚRGICA</i>	
77.0.9.01	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	Cubierta
77.0.9.02	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	Cubierta
77.0.9.20	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUESOS PELVIANOS	Cubierta
77.0.9.30	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA DE COLUMNA VERTEBRAL, VÍA ANTERIOR	Cubierta
77.0.9.31	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA DE COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	Cubierta
77.0.9.32	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
77.0.9.33	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ENDOSCÓPICA	No Cubierta
77.1.	OTRA INCISIÓN DE HUESO SIN DIVISIÓN	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.1.1.	REAPERTURA DE SITIO DE OSTEOTOMÍA	No Cubierta
77.1.1.00	REAPERTURA DE SITIO DE OSTEOTOMÍA SOD	No Cubierta
77.2.	OSTEOTOMÍA	
Excluye:	<i>AQUELLAS PARA HALLUX VALGUS (77.5.1.); PARA PLASTIA DE MALFORMACIÓN DE PIE (77.3.) Y ARTEJOS (77.5.)</i>	
77.2.1.	OSTEOTOMÍA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
77.2.1.01	OSTEOTOMÍA DE CLAVÍCULA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.1.02	OSTEOTOMÍA DE CLAVÍCULA	Cubierta
77.2.1.03	OSTEOTOMÍA DE COSTILLA (UNA O MÁS)	Cubierta
77.2.1.04	OSTEOTOMÍA DE ESCÁPULA	Cubierta
77.2.1.05	OSTEOTOMÍA DE ESTERNÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.2.2.	OSTEOTOMÍA EN HÚMERO	Cubierta
77.2.2.01	OSTEOTOMÍA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.2.02	OSTEOTOMÍA DE HÚMERO	Cubierta
77.2.3.	OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO	Cubierta
77.2.3.01	OSTEOTOMÍA EN RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.3.02	OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.3.03	OSTEOTOMÍA EN RADIO O CÚBITO	Cubierta
77.2.4.	OSTEOTOMÍA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS	Cubierta
77.2.4.01	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.4.02	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO Y METACARPIANO CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.2.5.	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR	Cubierta
77.2.5.01	OSTEOTOMÍA FEMORAL DIAFISIARIA CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.5.02	OSTEOTOMÍA SUPRA E INTERCONDÍLEA DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.5.03	OSTEOTOMÍA SUPRACONDÍLEA O INTERCONDÍLEA DE FÉMUR, CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.5.04	OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE FÉMUR, CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.5.05	OSTEOTOMÍA VALGIZANTE O VARIZANTE DE CUELLO DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.5.06	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR (DIAFISIARIA, SUPRA E INTERCONDÍLEA, SUPRACONDÍLEA O INTERCONDÍLEA, VALGIZANTE O VARIZANTE DE CUELLO DE FÉMUR, MÚLTIPLE)	Cubierta
77.2.5.20	OSTEOTOMÍA CON DESCENSO DEL TROCÁNTER MAYOR	Cubierta
77.2.6.	OSTEOTOMÍA EN RÓTULA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.2.6.00	OSTEOTOMÍA EN RÓTULA SOD	Cubierta
77.2.7.	OSTEOTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
77.2.7.01	OSTEOTOMÍA DE TIBIA CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.7.02	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.7.03	OSTEOTOMÍA DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
77.2.8.	OSTEOTOMÍA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta
77.2.8.01	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS HUESOS) CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.8.02	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO Y METATARSO (UNO O MÁS HUESOS) CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.8.03	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS HUESOS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.2.9.	OSTEOTOMÍA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta con aclaración
77.2.9.01	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE MANO (UNO O MÁS HUESOS) CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.9.02	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE MANO (UNO O MÁS)	Cubierta
77.2.9.10	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DEL PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) (UNO O MÁS HUESOS)	Cubierta
77.2.9.11	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DEL PIE (UNO O MÁS HUESOS) (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.2.9.20	OSTEOTOMÍAS SIMPLES EN PELVIS [PEMBERTON-SALTER-CHIARI- DEGA]	Cubierta
77.2.9.21	OSTEOTOMÍAS COMPLEJAS EN PELVIS CON FIJACIÓN [GANZ-DOBLE- TRIPLE]	Cubierta
77.2.9.29	OSTEOTOMÍA FACETARIA VÍA POSTERIOR	No Cubierta
77.2.9.30	OSTEOTOMÍA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR O POSTERIOR	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.2.9.31	OSTEOTOMÍA VERTEBRAL, VÍA ANTERIOR CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN O INSTRUMENTACIÓN)	No Cubierta
77.2.9.32	OSTEOTOMÍA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN O INSTRUMENTACIÓN)	Cubierta
77.3.	OTROS PROCEDIMIENTOS DE INCISIÓN O DIVISIÓN ÓSEA	
77.3.1.	OSTEOARTROTOMÍAS	Cubierta
Excluye:	<i>ESTERNOTOMÍA ACCESORIA DE OPERACIÓN TORÁCICA (OMITIR CÓDIGO), LAMINOTOMÍA O INCISIÓN EN VÉRTEBRA (03.0.1. - 03.0.4.),</i>	
77.3.1.00	OSTEOARTROTOMÍA SOD	Cubierta
77.3.2.	OSTEOTOMÍAS Y ARTROTOMÍAS	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLAS EN CORRECCIÓN DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE PIE: EQUINO VARO, EQUINO CAVO, PIE VALGO, PIE TALUS O CONVEXO, PIE CAVO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
77.3.2.00	OSTEOTOMÍAS Y ARTROTOMÍAS SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.4.	BIOPSIA DE HUESO Y PERIOSTIO	
Incluye:	<i>PERIOSTIO</i>	
77.4.0.	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO	Cubierta
77.4.0.01	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA ABIERTA	Cubierta
77.4.0.02	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
77.4.0.03	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
77.4.9.	BIOPSIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta
77.4.9.10	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA ABIERTA	Cubierta
77.4.9.11	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
77.4.9.12	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.5.	ESCISIÓN Y REPARACIÓN DE HALLUX VALGUS [JUANETE] Y DE OTRAS DEFORMIDADES DE LOS DEDOS DEL PIE	
77.5.1.	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍA] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO BLANDO Y OSTEOTOMÍA DEL PRIMER METATARSIANO	Cubierta
77.5.1.01	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA PROXIMAL O DISTAL METATARSIANA	Cubierta
77.5.1.02	CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA DISTAL Y PROXIMAL METATARSIANA	Cubierta
77.5.1.03	CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS CON BUNIECTOMÍA SIMPLE Y CAPSULOPLASTIA	Cubierta
77.5.2.	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍA] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE Y ARTRODESIS	Cubierta
77.5.2.01	CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS CON ARTRODESIS	Cubierta
77.5.3.	OTRAS CORRECCIONES DE HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍAS] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE	Cubierta
77.5.3.01	CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS CON ARTROPLASTIA	Cubierta
77.5.6.	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.5.6.00	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO (FALANGECTOMÍA, FUSIÓN O RECORTE) SOD	Cubierta
77.5.7.	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN GARRA (ALARGAMIENTO DE TENDÓN, CAPSULOTOMÍA, FALANGECTOMIA O FUSIÓN)	Cubierta
77.5.7.01	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN GARRA CON ARTRODESIS (UNO O MÁS) (EXCEPTO QUINTO DEDO)	Cubierta
77.5.7.02	REPARACIÓN DEL QUINTO DEDO DE PIE EN GARRA CON ARTRODESIS	Cubierta
77.6.	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN ÓSEA O TEJIDO ÓSEO	
Excluye:	BIOPSIA DE HUESO (77.4.0. - 77.4.9.), DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA (79.6.9.)	
77.6.0.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN SITIO INESPECIFICADO	Cubierta
77.6.0.01	RESECCIÓN DE EXOSTOSIS EN HUESO NO ESPECIFICADO (UNA O MÁS)	Cubierta
77.6.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
77.6.1.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO DE CLAVÍCULA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.6.1.02	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO DE CLAVÍCULA	Cubierta
77.6.1.04	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO DE ESCÁPULA	Cubierta
77.6.1.05	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO DE ESCÁPULA	Cubierta
77.6.1.09	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE TÓRAX (REJA COSTAL Y ESTERNÓN)	Cubierta
77.6.1.10	RESECCIÓN TUMOR MALIGNO DE TÓRAX (REJA COSTAL Y ESTERNÓN)	Cubierta
77.6.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN HÚMERO	Cubierta
77.6.2.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN HÚMERO	Cubierta
77.6.2.02	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN HÚMERO CON INJERTO	Cubierta
77.6.2.03	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN HÚMERO	Cubierta
77.6.2.04	RESECCIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN HÚMERO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.6.3.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN RADIO Y CÚBITO	Cubierta
77.6.3.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN RADIO O CÚBITO	Cubierta
77.6.3.02	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN RADIO O CÚBITO	Cubierta
77.6.4.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS	Cubierta
77.6.4.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	Cubierta
77.6.4.02	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	Cubierta
77.6.5.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN FÉMUR	Cubierta
77.6.5.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN FÉMUR	Cubierta
77.6.5.02	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
77.6.5.03	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN FÉMUR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.6.6.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN RÓTULA	Cubierta
77.6.6.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN RÓTULA	Cubierta
77.6.6.02	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN RÓTULA	Cubierta
77.6.7.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
77.6.7.01	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN TIBIA O PERONÉ	Cubierta
77.6.7.02	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONÉ	Cubierta
77.6.8.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA O LESIÓN EN TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta
77.6.8.01	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA ÓSEA EN TARSIANOS O METATARSIANOS	Cubierta
77.6.8.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN TARSIANOS O METATARSIANOS	Cubierta
77.6.8.03	RESECCIÓN DEL ESPOLOÓN CALCÁNEO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.6.8.04	RESECCIÓN DE OSTEOFITOS TIBIALES O TALARES POR ENDOSCOPIA	Cubierta
77.6.8.05	RESECCIÓN DE EXOSTOSIS NO ARTICULAR DE PIE POR ENDOSCOPIA	Cubierta
77.6.9.	ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR TERATOMA U OTRO TUMOR ÓSEO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
Excluye:	<i>RESECCIÓN DE TUMORES INTRARAQUÍDEOS MEDULARES Y EXTRAMEDULARES (03.4.3. - 03.4.4.)</i>	
Simultáneo:	<i>INJERTO O TRASPLANTE ÓSEO (78.0.9.)</i>	
77.6.9.01	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	Cubierta
77.6.9.02	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	Cubierta
77.6.9.20	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN HUESOS PELVIANOS	Cubierta
77.6.9.21	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN HUESOS PELVIANOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.6.9.22	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMÍA DE RAMA MEDIAL) VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
77.6.9.23	ESCISIÓN DE QUISTE SINOVIAL FACETARIO VÍA POSTERIOR	Cubierta
77.6.9.29	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR O LATERAL CERVICOTORÁCICA	Cubierta
77.6.9.30	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR O LATERAL TORACOABDOMINAL	Cubierta
77.6.9.31	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	Cubierta
77.6.9.32	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCÍGEO VÍA ANTERIOR	Cubierta
77.6.9.33	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCÍGEO VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	Cubierta
77.7.	TOMA DE INJERTO ÓSEO	
77.7.0.	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE SITIO NO ESPECIFICADO	Cubierta
77.7.0.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.7.1.	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLA Y ESTERNÓN)	Cubierta
77.7.1.01	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE ESCÁPULA	Cubierta
77.7.1.02	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE CLAVÍCULA	Cubierta
77.7.1.03	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE COSTILLA [COSTOCONDRA] O ESTERNÓN	Cubierta
77.7.2.	TOMA DE INJERTO ÓSEO EN HÚMERO	No Cubierta
77.7.2.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO EN HÚMERO SOD	No Cubierta
77.7.3.	TOMA DE INJERTO ÓSEO EN RADIO O CÚBITO	Cubierta
77.7.3.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO EN RADIO O CÚBITO SOD	Cubierta
77.7.4.	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE CARPO O METACARPO	No Cubierta
77.7.4.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE CARPO O METACARPO SOD	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.7.5.	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FÉMUR	Cubierta
77.7.5.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FÉMUR SOD	Cubierta
77.7.6.	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE RÓTULA	No Cubierta
77.7.6.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE RÓTULA SOD	No Cubierta
77.7.7.	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
77.7.7.00	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONÉ SOD	Cubierta
77.7.8.	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE TARSO O METATARSO	Cubierta
77.7.8.00	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE TARSO O METATARSO SOD	Cubierta
77.7.9.	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta
77.7.9.02	TOMA DE INJERTO DE HUESO ILÍACO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.8.	RESECCIÓN ÓSEA [OSTEOTOMÍA] PARCIAL	
Incluye:	<i>AQUELLA POR TUMORES BENIGNOS, MALIGNOS, PRIMARIOS O METASTÁSICOS; CONDILECTOMÍAS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
Excluye:	<i>AMPUTACIONES PARCIALES (84.0.0. - 84.9.1.), AQUELLA ACCESORIA A OTRAS OPERACIONES (OMITIR CÓDIGO), ARTRECTOMÍAS (80.8.4.), ESCISIÓN PARA HALLUX VALGUS (77.5.1.), ESCISIÓN DE CARTÍLAGO (80.5. - 80.9.9.), LA ASOCIADA CON ARTRODESIS (81.0.0. - 81.2.9.) O ARTROPLASTIAS (81.5. - 81.9.)</i>	
77.8.1.	RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
Excluye:	<i>RESECCIONES COSTALES ACCESORIAS A OPERACIONES TORÁCICAS (OMITIR CÓDIGO)</i>	
77.8.1.01	RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA	Cubierta
77.8.1.02	RESECCIÓN PARCIAL DE CLAVÍCULA	Cubierta
77.8.1.03	RESECCIÓN PARCIAL DE CLAVÍCULA, VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.8.1.04	RESECCIÓN PARCIAL DE COSTILLAS	Cubierta
77.8.1.05	RESECCIÓN PARCIAL DE ESTERNÓN	Cubierta
77.8.2.	RESECCIÓN PARCIAL DE HÚMERO	Cubierta
77.8.2.01	RESECCIÓN DE EPICÓNDILO O EPITRÓCLEA HUMERAL	Cubierta
77.8.2.02	HEMI O DIAFISECTOMÍA DE HÚMERO	Cubierta
77.8.2.03	RESECCIÓN DE CABEZA HUMERAL	Cubierta
77.8.3.	RESECCIÓN PARCIAL DE RADIO Y CÚBITO	Cubierta
77.8.3.01	RESECCIÓN PARCIAL DE DIÁFISIS EN CÚBITO (HEMIDIAFISECTOMÍA)	Cubierta
77.8.3.02	RESECCIÓN DE EPÍFISIS DE CÚBITO	Cubierta
77.8.3.03	RESECCIÓN PARCIAL DE DIÁFISIS EN RADIO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.8.3.04	RESECCIÓN DE CÚPULA DE RADIO	Cubierta
77.8.3.05	RESECCIÓN DE OLÉCRANON	Cubierta
77.8.3.06	RESECCIÓN DE CABEZA DE RADIO	Cubierta
77.8.4.	RESECCIÓN PARCIAL DE CARPIANOS O METACARPIANOS	Cubierta
77.8.4.01	HEMI O DIAFISECTOMÍA METACARPIANOS (UNO O MÁS)	Cubierta
77.8.4.02	RESECCIÓN CABEZA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)	Cubierta
77.8.5.	RESECCIÓN PARCIAL DE FÉMUR	Cubierta
77.8.5.01	HEMIDIAFISECTOMÍA EN FÉMUR	Cubierta
77.8.6.	RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA	Cubierta
77.8.6.00	RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.8.7.	RESECCIÓN PARCIAL DE TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
77.8.7.01	RESECCIÓN PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMÍA)	Cubierta
77.8.7.02	RESECCIÓN PARCIAL DE PERONÉ (HEMIDIAFISECTOMÍA)	Cubierta
77.8.7.03	HEMIDIAFISECTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
77.8.8.	RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta
77.8.8.00	RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MÁS) SOD	Cubierta
77.8.9.	RESECCIÓN PARCIAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta con aclaración
Incluye:	<i>FALANGES MANO O PIE, PELVIS, VÉRTEBRAS (CUERPO, FACETA O APÓFISIS) CERVICAL, TORÁCICA, LUMBAR O SACROCOCCÍGEA</i>	
Excluye:	<i>LAMINECTOMÍAS O HEMILAMINECTOMÍAS (03.0.1.), DISECTOMÍA (80.5.1.), INJERTO SIMULTÁNEO (78.0.9.) REQUIERE CÓDIGO ADICIONAL SIMULTÁNEO, AMPUTACIONES PARCIALES DE DEDOS DE MANO Y PIE (84.0. - 84.0.2.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.8.9.01	HEMIDIAFISECTOMÍA FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	Cubierta
77.8.9.02	RESECCIÓN CABEZA DE FALANGE DE MANO (UNA O MÁS)	Cubierta
77.8.9.11	HEMIDIAFISECTOMÍA FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	Cubierta
77.8.9.12	RESECCIÓN CABEZA DE FALANGE DE PIE (UNA O MÁS)	Cubierta
77.8.9.21	RESECCIÓN PARCIAL DE HUESOS PELVIANOS	Cubierta
77.8.9.22	HEMIHEMIPELVECTOMÍA	Cubierta
77.8.9.23	HEMIPELVECTOMÍA	Cubierta
77.8.9.31	RESECCIÓN DE APÓFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANSORAL	Cubierta
Incluye:	RESECCIÓN DE ARCO ANTERIOR; CORRECCIÓN DE INVAGINACIÓN BASILAR	
77.8.9.32	RESECCIÓN DE APÓFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANS LATERAL	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	RESECCIÓN DE ARCO ANTERIOR; EN CORRECCIÓN DE INVAGINACIÓN BASILAR	
77.8.9.33	RESECCIÓN DE APÓFISIS ODONTOIDES, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	No Cubierta
77.8.9.40	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL CON ARTRODESIS SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
77.8.9.41	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL CON ARTRODESIS CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
77.8.9.42	CERVICOTOMÍA CERVICAL ANTERIOR	Cubierta
77.8.9.51	RESECCIÓN PARCIAL DE VÉRTEBRA [VERTEBRECTOMÍA PARCIAL] TORÁCICA, LUMBAR O SACRA SIN ARTRODESIS, SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
77.8.9.52	RESECCIÓN PARCIAL DE VÉRTEBRA [VERTEBRECTOMÍA PARCIAL] TORÁCICA, LUMBAR O SACRA CON ARTRODESIS, SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
77.8.9.53	RESECCIÓN PARCIAL DE VÉRTEBRA [VERTEBRECTOMÍA PARCIAL] TORÁCICA, LUMBAR O SACRA CON ARTRODESIS, CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
77.9.	RESECCIÓN ÓSEA [OSTEOTOMÍA] TOTAL	
Incluye:	AQUELLA POR TUMORES BENIGNOS, MALIGNOS, PRIMARIOS O METASTÁSICOS ENTRE OTRAS CAUSAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	AMPUTACIONES DE MIEMBROS (84.0.0. - 84.9.1.) Y AQUELLA ACCESORIA DE OTRA OPERACIÓN (OMITIR CÓDIGO)	
77.9.1.	RESECCIÓN TOTAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
77.9.1.01	RESECCIÓN TOTAL DE ESCÁPULA	Cubierta
77.9.1.02	RESECCIÓN TOTAL DE CLAVÍCULA	Cubierta
77.9.1.05	RESECCIÓN TOTAL DE ESTERNÓN	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR OSTEOMIELITIS O MEDIASTINITIS ENTRE OTRAS CAUSAS	
77.9.1.31	RESECCIÓN TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMÍA (UNA O MÁS)	Cubierta
77.9.1.34	RESECCIÓN DE COSTILLA CERVICAL O SUPERNUMERARIA	Cubierta
77.9.2.	RESECCIÓN TOTAL DE HÚMERO	Cubierta
77.9.2.01	RESECCIÓN DE HÚMERO (PROXIMAL O DISTAL)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.9.2.02	RESECCIÓN RADICAL DE HÚMERO SIN INJERTO	Cubierta
77.9.2.03	RESECCIÓN TOTAL O RADICAL DE HÚMERO CON INJERTO	Cubierta
77.9.3.	RESECCIÓN TOTAL DE RADIO Y CÚBITO	Cubierta
77.9.3.01	RESECCIÓN TOTAL O RADICAL DE CÚBITO O RADIO	Cubierta
77.9.4.	RESECCIÓN TOTAL DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	Cubierta
77.9.4.01	CARPECTOMÍA (UNO O MÁS HUESOS)	Cubierta
77.9.4.05	METACARPECTOMÍA (UNO O MÁS HUESOS)	Cubierta
77.9.5.	RESECCIÓN TOTAL DE FÉMUR	Cubierta
77.9.5.00	RESECCIÓN TOTAL DE FÉMUR SOD	Cubierta
77.9.6.	RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.9.6.00	RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA SOD	Cubierta
77.9.7.	RESECCIÓN TOTAL DE TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
77.9.7.01	RESECCIÓN TOTAL DE LA TIBIA O PERONÉ	Cubierta
77.9.8.	RESECCIÓN TOTAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta
77.9.8.01	RESECCIÓN TOTAL RADICAL DEL TARSO O METATARSO	Cubierta
77.9.8.02	ASTRAGALECTOMÍA	Cubierta
77.9.9.	RESECCIÓN TOTAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta con aclaración
77.9.9.01	RESECCIÓN TOTAL DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	Cubierta
77.9.9.02	RESECCIÓN TOTAL DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	Cubierta
77.9.9.30	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL CON ARTRODESIS SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
77.9.9.31	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL CON ARTRODESIS CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
77.9.9.32	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL CON REEMPLAZO CORPORAL ARTIFICIAL	Cubierta
77.9.9.35	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA O LUMBAR CON ARTRODESIS SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
Incluye:	<i>CORPECTOMÍA PARA DESCOMPRESIÓN DE CANAL ESPINAL Y RAÍZ NERVIOSA</i>	
77.9.9.36	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA O LUMBAR, CON ARTRODESIS CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
77.9.9.37	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA O LUMBAR CON REEMPLAZO CORPORAL ARTIFICIAL	No Cubierta
77.9.9.40	RESECCIÓN TOTAL DE SACRO [VERTEBRECTOMÍA TOTAL SACRA] CON ARTRODESIS	Cubierta
77.9.9.41	RESECCIÓN TOTAL DE CÓCCIX [COCCIGECTOMÍA]	Cubierta
Excluye:	<i>DESBRIDAMIENTO DE LESIÓN PROFUNDA (ÚLCERA) CON COCCIGECTOMÍA (86.2.3.12)</i>	
78.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN HUESOS, EXCEPTO HUESOS FACIALES	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.0.	INJERTO ÓSEO (AUTÓLOGO, HETERÓLOGO)	
Excluye:	<i>AQUEL PARA ALARGAMIENTO DE HUESO (78.3.0. - 78.3.9.) Y PARA ARTRODESIS O FUSIÓN (81.0.0. - 81.8.5.) Y AQUEL INJERTO ESPECIFICADO EN OTRO PROCEDIMIENTO (OMITIR CÓDIGO)</i>	
Simultáneo:	<i>CODIFICAR TAMBIÉN CUALQUIER ESCISIÓN DE HUESO PARA INJERTO (77.7.0.) Y LA ESCISIÓN PARCIAL DE SITIO RECEPTOR (77.8.), O ESCISIÓN TOTAL (77.9.) O REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS (78.4.1. - 78.4.9.)</i>	
78.0.1.	INJERTO ÓSEO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
78.0.1.01	INJERTO ÓSEO EN CLAVÍCULA	Cubierta
78.0.2.	INJERTOS ÓSEOS EN HÚMERO	Cubierta
78.0.2.01	INJERTO ÓSEO EN HÚMERO	Cubierta
78.0.2.02	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN HÚMERO	Cubierta
78.0.3.	INJERTO ÓSEO EN RADIO Y CÚBITO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.0.3.00	INJERTO ÓSEO EN CÚBITO O RADIO SOD	Cubierta
78.0.4.	INJERTO ÓSEO EN CARPIANOS Y METACARPIANOS	Cubierta
78.0.4.01	INJERTO ÓSEO EN HUESOS DEL CARPO (EXCEPTO ESCAFOIDES)	Cubierta
78.0.4.02	INJERTO ÓSEO EN ESCAFOIDES	Cubierta
78.0.4.03	INJERTO ÓSEO EN METACARPIANOS (UNO O MÁS)	Cubierta
78.0.5.	INJERTOS ÓSEOS EN FÉMUR	Cubierta
78.0.5.01	INJERTO ÓSEO EN FÉMUR	Cubierta
78.0.5.02	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE FÉMUR	Cubierta
78.0.5.03	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRA EN FÉMUR	Cubierta
78.0.6.	INJERTO ÓSEO EN RÓTULA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.0.6.00	INJERTO ÓSEO EN RÓTULA SOD	No Cubierta
78.0.7.	INJERTO ÓSEO EN TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
78.0.7.01	INJERTO ÓSEO EN TIBIA O PERONÉ	Cubierta
78.0.7.02	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE TIBIA	Cubierta
78.0.7.03	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRA EN TIBIA	Cubierta
78.0.7.05	INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO (MICRO) DE PERONÉ	Cubierta
78.0.7.06	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE PERONÉ	Cubierta
78.0.8.	INJERTO ÓSEO EN TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta
78.0.8.00	INJERTO ÓSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	Cubierta
78.0.9.	INJERTO O TRASPLANTE ÓSEO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.0.9.01	INJERTO ÓSEO EN FALANGES DE LA MANO (UNA O MÁS)	Cubierta
78.0.9.02	INJERTO ÓSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA O MÁS)	Cubierta
78.0.9.20	INJERTO ÓSEO EN PELVIS	Cubierta
78.0.9.21	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN PELVIS	Cubierta
78.0.9.31	INJERTO ÓSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR	Cubierta
78.0.9.32	INJERTO ÓSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR	Cubierta
78.1.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN	
Incluye:	<i>MINIFIJADOR CON INSERCIÓN DE CLAVO, ALAMBRE, TORNILLO EN EL HUESO</i>	
78.1.2.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE HÚMERO	Cubierta
78.1.2.01	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN HÚMERO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.1.2.02	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EN CODO	Cubierta
78.1.3.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE RADIO O CÚBITO	Cubierta
78.1.3.01	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN RADIO O CÚBITO	Cubierta
78.1.3.02	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN RADIO Y CÚBITO	Cubierta
78.1.3.04	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA	Cubierta
78.1.4.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE CARPIANOS O METACARPIANOS	Cubierta
78.1.4.01	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN MANO	Cubierta
78.1.5.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FÉMUR	Cubierta
78.1.5.01	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN FÉMUR	Cubierta
78.1.5.02	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.1.5.03	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO PARA TRACCIÓN ESQUELÉTICA EN MUSLO (TRANSCONDÍLEA)	Cubierta
78.1.6.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN RODILLA O RÓTULA	Cubierta
78.1.6.01	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO RODILLA	Cubierta
78.1.7.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
78.1.7.01	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA O PERONÉ	Cubierta
78.1.7.02	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
78.1.7.03	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE	Cubierta
78.1.7.04	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN TRANSTIBIAL	Cubierta
78.1.8.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TARSIANOS O METATARSIANOS	Cubierta
78.1.8.01	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO PIE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.1.8.02	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO EN PIE (CALCÁNEO)	Cubierta
78.1.9.	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta
Incluye:	<i>DISPOSITIVOS MÉDICOS DE TRACCIÓN</i>	
78.1.9.01	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FALANGES DE MANO	Cubierta
78.1.9.02	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FALANGES DE PIE	Cubierta
78.1.9.20	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN PELVIS, POR VÍA ANTERIOR O POSTERIOR	Cubierta
78.1.9.30	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN COLUMNA VERTEBRAL	Cubierta
78.2.	PROCEDIMIENTOS DE ACORTAMIENTO DE EXTREMIDADES	
78.2.1.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE HÚMERO	Cubierta con aclaración
78.2.1.01	EPIFISIODESIS ABIERTA DE HÚMERO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.2.1.02	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE HÚMERO	No Cubierta
78.2.1.03	GRAPADO EPIFISIARIO DE HÚMERO	Cubierta
78.2.1.04	ACORTAMIENTO DE HÚMERO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.2.2.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO	Cubierta
78.2.2.11	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CÚBITO O RADIO	Cubierta
78.2.2.13	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CÚBITO Y RADIO	Cubierta
78.2.2.21	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE CÚBITO O RADIO	Cubierta
78.2.2.23	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE RADIO Y CÚBITO	Cubierta
78.2.2.31	GRAPADO EPIFISIARIO DE CÚBITO O RADIO	Cubierta
78.2.2.33	GRAPADO EPIFISIARIO DE RADIO Y CÚBITO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.2.2.41	ACORTAMIENTO DE CÚBITO O RADIO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.2.2.43	ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.2.3.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	Cubierta
78.2.3.11	EPIFISIODESIS ABIERTA DE METACARPIANOS	Cubierta
78.2.3.21	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE METACARPIANOS	Cubierta
78.2.3.31	GRAPADO EPIFISIARIO DE METACARPIANOS	Cubierta
78.2.3.41	RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) DE CARPIANOS O METACARPIANOS PARA ACORTAMIENTO	Cubierta
78.2.4.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FÉMUR	Cubierta
78.2.4.01	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FÉMUR	Cubierta
78.2.4.02	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE FÉMUR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.2.4.03	GRAPADO EPIFISIARIO DE FÉMUR	Cubierta
78.2.4.04	ACORTAMIENTO DE FÉMUR MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.2.5.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
78.2.5.11	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
78.2.5.13	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
78.2.5.21	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
78.2.5.23	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
78.2.5.31	GRAPADO EPIFISIARIO DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
78.2.5.33	GRAPADO EPIFISIARIO DE TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
78.2.5.41	ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.2.5.43	ACORTAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.2.6.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS	Cubierta
78.2.6.11	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MÁS)	Cubierta
78.2.6.21	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MÁS)	Cubierta
78.2.6.31	GRAPADO EPIFISIARIO DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MÁS)	Cubierta
78.2.6.41	ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)	Cubierta
78.2.7.	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FALANGES (DE PIE) (DE MANO)	Cubierta
78.2.7.11	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	Cubierta
78.2.7.21	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	Cubierta
78.2.7.31	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.2.7.41	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE MANO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)	Cubierta
78.2.7.51	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	Cubierta
78.2.7.61	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	Cubierta
78.2.7.71	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	Cubierta
78.2.7.81	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE PIE MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)	Cubierta
78.3.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES	
78.3.0.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES SITIO NO ESPECIFICADO	Cubierta
78.3.0.01	TRANSPOSICIÓN ÓSEA EN HUESOS LARGOS CON COLOCACIÓN DE TUTOR EXTERNO	Cubierta
78.3.2.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE HÚMERO	Cubierta con aclaración
78.3.2.01	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN U OSTEOTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.3.2.02	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN U OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.2.03	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	No Cubierta
78.3.2.04	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	No Cubierta
78.3.3.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO	Cubierta con aclaración
78.3.3.01	ALARGAMIENTO DE RADIO O CÚBITO POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.3.02	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	No Cubierta
78.3.3.05	ALARGAMIENTO DE CÚBITO O RADIO PROGRESIVO CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA	No Cubierta
78.3.3.06	ALARGAMIENTO DE CÚBITO Y RADIO PROGRESIVO CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA	No Cubierta
78.3.3.07	ALARGAMIENTO DE RADIO O CÚBITO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	No Cubierta
78.3.3.08	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.3.4.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	No Cubierta
78.3.4.01	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	No Cubierta
78.3.4.02	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	No Cubierta
78.3.4.03	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	No Cubierta
78.3.4.04	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	No Cubierta
78.3.5.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FÉMUR	Cubierta
78.3.5.01	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.5.02	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.5.03	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.3.5.04	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.3.7.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
78.3.7.01	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.7.02	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.7.03	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.7.04	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.7.05	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.3.7.06	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.3.7.07	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.3.7.08	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.3.8.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.3.8.01	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.8.02	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.8.03	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.8.04	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.8.05	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.3.8.06	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.3.8.07	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.3.8.08	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	No Cubierta
78.3.9.	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FALANGES (DE MANO) (DE PIE)	Cubierta con aclaración
78.3.9.01	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO CON INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.3.9.02	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	No Cubierta
78.3.9.03	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	No Cubierta
78.3.9.11	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.9.12	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
78.3.9.13	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.3.9.14	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	Cubierta
78.5.	FIJACIÓN INTERNA DE HUESO SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA	
Incluye:	<i>FIJACIÓN PROFILÁCTICA, REVISIÓN O REINSERCIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS; AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE PSEUDOARTROSIS</i>	
Excluye:	<i>AQUELLA PARA REDUCCIÓN DE FRACTURA O LUXACIÓN (79.0. - 79.9.), ARTROPLASTIA Y ARTRODESIS (81.0. - 81.9.), INJERTO DE HUESO (78.0.) ACORTAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR (78.2.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.5.1.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
78.5.1.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) SOD	Cubierta
78.5.2.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HÚMERO	Cubierta
78.5.2.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HÚMERO SOD	Cubierta
78.5.3.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO	Cubierta
78.5.3.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RADIO O CÚBITO SOD	Cubierta
78.5.4.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	Cubierta
78.5.4.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD	Cubierta
78.5.5.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FÉMUR	Cubierta
78.5.5.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FÉMUR SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.5.6.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RÓTULA	Cubierta
78.5.6.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RÓTULA SOD	Cubierta
78.5.7.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
78.5.7.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TIBIA O PERONÉ SOD	Cubierta
78.5.8.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta
78.5.8.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	Cubierta
78.5.9.	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	No Cubierta
78.5.9.00	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FALANGES DE PIE O DE MANO SOD	No Cubierta
78.6.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HUESO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUEL DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA, OSTEOSÍNTESIS, INSTRUMENTACIÓN, ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO</i>	
Excluye:	<i>EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO O DE CUERPO EXTRAÑO (97. - 98.), DE TENAZAS O COMPÁS DE CRÁNEO O DE HALO (02.8.5.), RETIRO DE ESCAYOLA, FÉRULA, TABLILLA, FIJACIÓN EXTERNA Y DISPOSITIVO DE TRACCIÓN (ALAMBRE DE KIRSCHNER)(CLAVO DE STEINMANN) (97.8.8.); RETIRO DE ELECTRODOS O RECEPTOR NEUROESTIMULADOR ESPINAL (03.9.4.01)</i>	
78.6.0.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO	Cubierta
78.6.0.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESO NO ESPECIFICADO	Cubierta
78.6.0.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO, VÍA ABIERTA	Cubierta
78.6.1.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
78.6.1.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.6.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN), VÍA ABIERTA	Cubierta
78.6.2.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO	Cubierta
78.6.2.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HÚMERO	Cubierta
78.6.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO, VÍA ABIERTA	Cubierta
78.6.3.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CÚBITO	Cubierta
78.6.3.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CÚBITO	Cubierta
78.6.3.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CÚBITO, VÍA ABIERTA	Cubierta
78.6.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	Cubierta
78.6.4.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MÁS)	Cubierta
78.6.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MÁS), VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.6.5.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN FÉMUR	Cubierta
78.6.5.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FÉMUR	Cubierta
78.6.5.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FÉMUR, VÍA ABIERTA	Cubierta
78.6.6.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RÓTULA	Cubierta
78.6.6.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RÓTULA	Cubierta
78.6.6.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RÓTULA, VÍA ABIERTA	Cubierta
78.6.7.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ	Cubierta
78.6.7.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONÉ	Cubierta
78.6.7.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ, VÍA ABIERTA	Cubierta
78.6.8.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.6.8.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MÁS)	Cubierta
78.6.8.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MÁS), VÍA ABIERTA	Cubierta
78.6.9.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta
78.6.9.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE MANO	Cubierta
78.6.9.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE MANO, VÍA ABIERTA	Cubierta
78.6.9.10	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE	Cubierta
78.6.9.11	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE, VÍA ABIERTA	Cubierta
78.6.9.20	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESOS PELVIANOS	Cubierta
78.6.9.21	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS, VÍA ABIERTA	Cubierta
78.6.9.30	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA ANTERIOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.6.9.31	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA ANTERIOR	Cubierta
78.6.9.32	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA LATERAL	Cubierta
78.6.9.35	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR	Cubierta
78.6.9.36	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR	Cubierta
78.7.	OSTEOCLASTIA	
Incluye:	<i>AQUELLA PARA CORRECCIÓN DE PSEUDOARTROSIS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
78.7.1.	OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
78.7.1.00	OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) SOD	Cubierta
78.7.2.	OSTEOCLASTIA DE HÚMERO	Cubierta
78.7.2.00	OSTEOCLASTIA DE HÚMERO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.7.3.	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CÚBITO	Cubierta
78.7.3.00	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CÚBITO SOD	Cubierta
78.7.4.	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS	Cubierta
78.7.4.00	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD	Cubierta
78.7.5.	OSTEOCLASTIA DE FÉMUR	Cubierta
78.7.5.00	OSTEOCLASTIA DE FÉMUR SOD	Cubierta
78.7.6.	OSTEOCLASTIA DE RÓTULA	No Cubierta
78.7.6.00	OSTEOCLASTIA DE RÓTULA SOD	No Cubierta
78.7.7.	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
78.7.7.00	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONÉ SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.7.8.	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS	Cubierta
78.7.8.00	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	Cubierta
78.7.9.	OSTEOCLASTIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta
78.7.9.01	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MÁS) DE MANO	Cubierta
78.7.9.02	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE	Cubierta
78.9.	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO	
Excluye:	<i>INSERCIÓN DE ESTIMULADOR SUPERFICIAL (TRANSCUTÁNEO) INCRUENTO (99.8.6.)</i>	
78.9.2.	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE HÚMERO	No Cubierta
78.9.2.00	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE HÚMERO SOD	No Cubierta
78.9.3.	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE RADIO O CÚBITO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.9.3.01	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE CÚBITO	No Cubierta
78.9.3.02	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE RADIO	No Cubierta
78.9.3.03	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE RADIO Y CÚBITO	No Cubierta
78.9.4.	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE CARPIANOS O METACARPIANOS	No Cubierta
78.9.4.01	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE CARPIANOS	No Cubierta
78.9.4.02	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE METACARPIANOS	No Cubierta
78.9.4.03	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	No Cubierta
78.9.5.	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE FÉMUR	No Cubierta
78.9.5.00	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE FÉMUR SOD	No Cubierta
78.9.7.	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TIBIA O PERONÉ	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
78.9.7.01	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE PERONÉ	No Cubierta
78.9.7.02	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TIBIA	No Cubierta
78.9.7.03	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TIBIA Y PERONÉ	No Cubierta
78.9.8.	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TARSIANOS O METATARSIANOS	No Cubierta
78.9.8.01	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TARSIANOS	No Cubierta
78.9.8.02	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE METATARSIANOS	No Cubierta
78.9.8.03	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	No Cubierta
78.9.9.	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE OTROS HUESOS	No Cubierta
78.9.9.01	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE FALANGES	No Cubierta
78.9.9.20	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE HUESOS PELVIANOS	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.	REDUCCIÓN DE FRACTURA Y LUXACIÓN	
Incluye:	<i>APLICACIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA, REDUCCIÓN CON INSERCIÓN DE DISPOSITIVO DE TRACCIÓN (ALAMBRE O PLACA DE KIRSCHNER, CLAVO DE STEINMANN)</i>	
Simultáneo:	<i>APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN (78.1.)</i>	
79.0.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA	
Excluye:	<i>AQUELLA PARA SEPARACIÓN DE EPÍFISIS (79.4.)</i>	
79.0.1.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
79.0.1.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS O ESTERNÓN) SOD	Cubierta
79.0.2.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO	Cubierta
79.0.2.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.0.3.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS SIN FIJACIÓN INTERNA DE CÚBITO O RADIO	Cubierta
79.0.3.01	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO [RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL DE COLLES O SMITH]	Cubierta
79.0.3.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CÚBITO O RADIO	Cubierta
79.0.4.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS O METACARPIANOS	Cubierta
79.0.4.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)	Cubierta
79.0.4.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)	Cubierta
79.0.5.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR	Cubierta
79.0.5.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE FÉMUR SIN FIJACIÓN INTERNA SOD	Cubierta
79.0.6.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA	Cubierta
79.0.6.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.0.7.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
79.0.7.01	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
79.0.7.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
79.0.8.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta
Incluye:	<i>TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE FRACTURA DE METATARSIANOS</i>	
79.0.8.00	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO SOD	Cubierta
79.0.9.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS	Cubierta
79.0.9.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	Cubierta
79.0.9.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	Cubierta
79.0.9.20	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.0.9.30	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON HALOYESO O HALOCHAQUETA	Cubierta
79.0.9.31	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE COLUMNA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON DISPOSITIVOS (THOMAS, PHILADELPHIA U OTROS)	Cubierta
79.0.9.32	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACIÓN	Cubierta
79.0.9.33	REDUCCIÓN CERRADA O MANIPULACIÓN DE FRACTURA DE SACRO O CÓCCIX	Cubierta
79.1.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA	
Excluye:	<i>RETIRO O SUSTITUCIÓN DE FÉRULA (97.1.1. - 97.1.4., 97.8.8.), TRACCIÓN COMO ÚNICA REDUCCIÓN DE FRACTURA (93.4.1. - 93.4.6.) Y AQUELLA PARA SEPARACIÓN DE EPÍFISIS (79.4.)</i>	
79.1.1.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
79.1.1.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) SOD	Cubierta
79.1.2.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.1.2.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO (EPÍFISIS O DIÁFISIS), PERCUTÁNEA CON PINES	Cubierta
79.1.3.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO	Cubierta
79.1.3.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE CÚBITO O RADIO (COLLES, OTROS) CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON PINES	Cubierta
79.1.4.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	Cubierta
79.1.4.01	FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA E INESTABILIDAD DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
79.1.4.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE METACARPIANOS Y FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON PINES (UNO O MÁS)	Cubierta
79.1.4.03	REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO Y FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON PINES (UNO O MÁS)	Cubierta
79.1.5.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR	Cubierta
79.1.5.01	REDUCCIÓN CERRADA CON FIJACIÓN INTERNA DE CUELLO DE FÉMUR O INTERTROCANTÉRICA	Cubierta
79.1.5.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE FÉMUR SUPRACONDÍLEA CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.1.5.03	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE FÉMUR SUPRACONDÍLEA E INTERCONDÍLEA CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
79.1.6.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA	Cubierta
79.1.6.00	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA SOD	Cubierta
79.1.7.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
79.1.7.01	REDUCCIÓN CERRADA DE PILÓN CON FIJACIÓN INTERNA Y EXTERNA	Cubierta
79.1.7.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACIÓN INTERNA, VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
79.1.7.03	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA, CON FIJACIÓN INTERNA, VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
79.1.7.40	REVISIÓN ENDOSCÓPICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS) DE LAS FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA	Cubierta
79.1.8.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta
79.1.8.01	REDUCCIÓN CERRADA CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA FRACTURA ASTRÁGALO O CALCÁNEO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.1.8.02	REDUCCIÓN CERRADA CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA FRACTURAS HUESOS TARSO (EXCEPTO CALCÁNEO O ASTRÁGALO)	Cubierta
79.1.9.	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS	Cubierta
79.1.9.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA (PINES) DE FALANGES (UNA O MÁS) DE PIE O DE MANO	Cubierta
79.1.9.20	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HUESOS PELVIANOS	Cubierta
79.1.9.21	REDUCCIÓN CERRADA CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA DE FRACTURA DE SACRO O SACROILÍACA O COCCIGEA	Cubierta
79.1.9.30	REDUCCIÓN DE FRACTURA, DESCOMPRESIÓN CON INSTRUMENTACIÓN, EN SEGMENTO TORÁCICO O LUMBAR, VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
79.2.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA	
Excluye:	<i>RETIRO O SUSTITUCIÓN DE FÉRULA (97.1.1. - 97.1.4., 97.8.8.), TRACCIÓN COMO ÚNICA REDUCCIÓN DE FRACTURA (93.4.1. - 93.4.6.) Y AQUELLA PARA SEPARACIÓN DE EPÍFISIS (79.4.)</i>	
79.2.1.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.2.1.01	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE UNA O MÁS COSTILLAS	Cubierta
79.2.1.02	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE ESCÁPULA O CLAVÍCULA	Cubierta
79.2.1.03	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA CUELLO Y GLENOIDES	Cubierta
79.2.2.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO	Cubierta
79.2.2.00	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO SOD	Cubierta
79.2.3.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO O CÚBITO	Cubierta
79.2.3.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO O CÚBITO	Cubierta
79.2.3.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO	Cubierta
79.2.4.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	Cubierta
79.2.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO O METACARPO (UNO O MÁS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.2.5.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR	Cubierta
79.2.5.00	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE FÉMUR SIN FIJACIÓN INTERNA SOD	Cubierta
79.2.6.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA	Cubierta
79.2.6.00	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE RÓTULA SIN FIJACIÓN INTERNA SOD	Cubierta
79.2.7.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
79.2.7.01	REDUCCIÓN ABIERTA, SIN FIJACIÓN INTERNA, DE FRACTURA DE TIBIA O PERONÉ	Cubierta
79.2.7.02	REDUCCIÓN ABIERTA, SIN FIJACIÓN INTERNA, DE FRACTURA DE PILÓN Y MALÉOLO LATERAL	Cubierta
79.2.7.03	REDUCCIÓN ABIERTA, SIN FIJACIÓN INTERNA, DE FRACTURA DE PILÓN Y MALÉOLO INTERNO	Cubierta
79.2.7.10	REDUCCIÓN ABIERTA, SIN FIJACIÓN INTERNA, DE FRACTURA BIMALEOLAR	Cubierta
79.2.8.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS O METATARSIANOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.2.8.01	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA, DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)	Cubierta
79.2.9.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS	Cubierta con aclaración
79.2.9.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE MANO	Cubierta
79.2.9.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE	Cubierta
79.2.9.20	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HUESOS PELVIANOS	Cubierta
79.2.9.31	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE COLUMNA CERVICAL VÍA ANTERIOR	Cubierta
79.2.9.32	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE COLUMNA CERVICAL VÍA POSTERIOR	Cubierta
79.2.9.35	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE COLUMNA TORÁCICA O LUMBAR VÍA ANTERIOR	Cubierta
79.2.9.36	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE COLUMNA TORÁCICA O LUMBAR VÍA POSTERIOR	Cubierta
79.2.9.41	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE SACRO VÍA ANTERIOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.2.9.42	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE SACRO VÍA POSTERIOR	No Cubierta
79.3.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA	
Excluye:	<i>RETIRO O SUSTITUCIÓN DE FÉRULA (97.1.1. - 97.1.4., 97.8.8.), TRACCIÓN COMO ÚNICA REDUCCIÓN DE FRACTURA (93.4.1. - 93.4.6.) Y AQUELLA PARA SEPARACIÓN DE EPÍFISIS (79.4.)</i>	
79.3.1.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	Cubierta
79.3.1.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) DE CLAVÍCULA	Cubierta
79.3.1.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA	Cubierta
79.3.1.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE COSTILLA O ESTERNÓN	Cubierta
79.3.2.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN HÚMERO	Cubierta
79.3.2.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.3.2.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.2.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTA DE TERCIO PROXIMAL HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.2.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.2.05	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA E INTERCONDÍLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.2.06	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE EPICÓNDILO O EPITRÓCLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.2.10	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.3.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RADIO O CÚBITO	Cubierta
79.3.3.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.3.3.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CÚBITO O DE OLÉCRANON CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.3.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CÚBITO O RADIO (COLLES, OTROS) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.3.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CÚPULA RADIAL) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.3.05	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.3.06	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.3.07	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE CÚBITO Y RADIO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.4.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS	Cubierta
79.3.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.3.4.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPÍANOS (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.5.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN FÉMUR	Cubierta
79.3.5.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.5.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.6.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RÓTULA	Cubierta
79.3.6.00	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN RÓTULA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) SOD	Cubierta
79.3.7.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
79.3.7.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.7.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN TIBIA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.3.7.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PLATILLOS TIBIALES Y EXTENSIÓN DISFISIARIA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) SIN INJERTO	Cubierta
79.3.7.05	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PLATILLOS TIBIALES O PLAFÓN CON FIJACIÓN INTERNA E INJERTO	Cubierta
79.3.7.06	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PILÓN CON FIJACIÓN INTERNA Y EXTERNA	Cubierta
79.3.8.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta
79.3.8.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.8.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.8.03	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA DE TARSO Y METATARSO (UNO O MÁS HUESOS) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.8.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CALCÁNEO CON FIJACIÓN INTERNA Y ARTRODESIS SUBASTRAGALINA	Cubierta
79.3.9.	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	REDUCCIÓN ABIERTA, CON FIJACIÓN O INSTRUMENTACIÓN DE LUXOFRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL	
79.3.9.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
79.3.9.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA	Cubierta
79.3.9.10	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DEL ILÍACO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.9.11	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN RAMAS PÚBIS CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.9.12	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SÍNFISIS PÚBLICA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.9.20	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS [ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR] CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.9.21	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.3.9.30	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.3.9.31	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
79.3.9.32	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
79.3.9.33	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
79.3.9.35	REDUCCIÓN DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
79.3.9.36	REDUCCIÓN DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
79.3.9.37	REDUCCIÓN DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
79.3.9.38	REDUCCIÓN DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
79.3.9.40	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
79.3.9.41	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
79.3.9.42	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.3.9.43	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
79.3.9.44	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
79.3.9.45	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
79.3.9.46	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
79.3.9.47	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
79.3.9.50	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
79.3.9.51	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
79.3.9.52	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
79.3.9.53	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.3.9.60	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) CON INSTRUMENTACIÓN POR ENDOSCOPIA	No Cubierta
79.4.	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA	
79.4.1.	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO	Cubierta
79.4.1.01	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO SIN FIJACIÓN	Cubierta
79.4.1.02	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO CON FIJACIÓN	Cubierta
79.4.2.	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO O CÚBITO	Cubierta
79.4.2.01	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN CÚBITO O RADIO SIN FIJACIÓN	Cubierta
79.4.2.02	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN	Cubierta
79.4.2.03	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO Y CÚBITO SIN FIJACIÓN	Cubierta
79.4.2.04	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.4.5.	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR	Cubierta
79.4.5.01	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR SIN FIJACIÓN	Cubierta
79.4.5.02	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR CON FIJACIÓN	Cubierta
79.4.6.	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN TIBIA O PERONÉ	Cubierta
79.4.6.01	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN	Cubierta
79.4.6.02	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ CON FIJACIÓN	Cubierta
79.4.6.03	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ SIN FIJACIÓN	Cubierta
79.4.6.04	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN	Cubierta
79.5.	REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA	
79.5.1.	REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.5.1.01	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE HÚMERO	Cubierta
79.5.1.02	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE HÚMERO	Cubierta
79.5.2.	REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO O CÚBITO	Cubierta
79.5.2.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO O CÚBITO SIN FIJACIÓN	Cubierta
79.5.2.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN	Cubierta
79.5.2.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO Y CÚBITO SIN FIJACIÓN	Cubierta
79.5.2.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN	Cubierta
79.5.5.	REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR	Cubierta
79.5.5.01	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE FÉMUR	Cubierta
79.5.5.02	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE FÉMUR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.5.6.	REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN TIBIA O PERONÉ	Cubierta
79.5.6.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN	Cubierta
79.5.6.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ CON FIJACIÓN	Cubierta
79.5.6.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ SIN FIJACIÓN	Cubierta
79.5.6.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN	Cubierta
79.6.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA	
Excluye:	<i>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE ARTICULACIÓN Y DE LUXOFRATURA (80.8.)</i>	
79.6.1.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO	Cubierta
79.6.1.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO SOD	Cubierta
79.6.2.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RADIO O CÚBITO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.6.2.01	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CÚBITO O RADIO	Cubierta
79.6.3.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	Cubierta
79.6.3.01	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES)	Cubierta
79.6.4.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FALANGES EN MANO	Cubierta
79.6.4.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD	Cubierta
79.6.5.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR	Cubierta
79.6.5.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR SOD	Cubierta
79.6.6.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
79.6.6.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONÉ SOD	Cubierta
79.6.7.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.6.7.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	Cubierta
79.6.8.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE	Cubierta
79.6.8.00	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE SOD	Cubierta
79.6.9.	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta
79.6.9.02	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE RÓTULA	Cubierta
79.6.9.03	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE PELVIS	Cubierta
79.6.9.05	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RAQUIS O COLUMNA	Cubierta
79.7.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIONES	
Excluye:	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR (76.8.3.) Y LUXOFRATURAS O FRACTURAS INTRAARTICULARES (79.9.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.7.1.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO	Cubierta
79.7.1.00	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	Cubierta
79.7.2.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO	Cubierta
79.7.2.00	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO SOD	Cubierta
79.7.3.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MUÑECA	Cubierta
79.7.3.00	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MUÑECA SOD	Cubierta
79.7.4.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MANO Y DEDOS	Cubierta
79.7.4.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN CARPIANA	Cubierta
79.7.4.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN CARPOMETACARPIANA	Cubierta
79.7.4.03	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.7.4.04	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	Cubierta
79.7.5.	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O DE LUXACIÓN DE CADERA	Cubierta
79.7.5.01	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA (UNI O BILATERAL)	Cubierta
79.7.5.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA	Cubierta
79.7.5.03	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA CON TENOTOMÍA DE ADUCTORES O PSOAS	Cubierta
79.7.6.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN RODILLA	Cubierta
79.7.6.01	REDUCCION CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RODILLA	Cubierta
79.7.6.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TIBIOPERONERA PROXIMAL	Cubierta
79.7.6.03	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RÓTULA	Cubierta
79.7.7.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN TOBILLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.7.7.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	Cubierta
79.7.8.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN PIE Y DEDOS	Cubierta
79.7.8.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS	Cubierta
79.7.8.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA	Cubierta
79.7.8.03	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIONES METATARSO-FALÁNGICAS O INTERFALANGICAS EN PIE	Cubierta
79.7.9.	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS	Cubierta
79.7.9.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE COLUMNA TORÁCICA O LUMBAR	Cubierta
79.7.9.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE SACRO Y CÓCCIX	Cubierta
79.8.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR (76.8.4.) Y DE LUXOFRACTURAS O FRACTURAS INTRAARTICULARES (79.9.)	
79.8.1.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE HOMBRO	Cubierta
79.8.1.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN ACROMIO CLAVICULAR CON O SIN DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.8.1.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE LA LUXACIÓN GLENOHUMERAL	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR LUXACIÓN RECIDIVANTE UNI O MULTIDIRECCIONAL	
79.8.1.05	CAPSULORRAFIA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
79.8.1.06	FIJACIÓN DE ESCÁPULA A COSTILLAS [ESCAPULOPEXIA] (TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN CONGENITA DE ESCAPULA ALADA)	Cubierta
79.8.2.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CODO	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR LUXACIÓN CONGÉNITA O ADQUIRIDA, AGUDA O RECIDIVANTE ENTRE OTRAS CAUSAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.8.2.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE LA CABEZA RADIAL	Cubierta
79.8.3.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MUÑECA	Cubierta
79.8.3.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN RADIOCUBITAL	Cubierta
79.8.4.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MANO Y DEDOS	Cubierta
79.8.4.11	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPIANA	Cubierta
79.8.4.21	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPO-METACARPIANA	Cubierta
79.8.4.31	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	Cubierta
79.8.5.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CADERA	Cubierta
Incluye:	TENOTOMÍAS Y TRACCIÓN ESQUELÉTICA	
79.8.5.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.8.5.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA	Cubierta
79.8.6.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RODILLA	Cubierta
Incluye:	<i>LUXACIÓN CONGÉNITA O ADQUIRIDA</i>	
79.8.6.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE LA RODILLA	Cubierta
79.8.6.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RÓTULA	Cubierta
79.8.7.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN EN TOBILLO	Cubierta
79.8.7.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)	Cubierta
79.8.8.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE PIE Y DEDOS	Cubierta
79.8.8.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS (UNO O MÁS) CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN	Cubierta
79.8.9.	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.8.9.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN CERVICAL	Cubierta
79.9.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS	
79.9.1.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO	Cubierta
79.9.1.00	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO SOD	Cubierta
79.9.2.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CODO	Cubierta
79.9.2.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL [MONTEGGIA-GALLEAZI]	Cubierta
79.9.2.02	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CODO	Cubierta
79.9.2.03	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA CODO SIN FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.9.2.04	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.9.3.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MUÑECA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.9.3.01	REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN DE LUXOFRATURA DE BENNET	Cubierta
79.9.3.02	REDUCCIÓN CERRADA Y FIJACIÓN DE LUXOFRATURA DE BENNET	Cubierta
79.9.4.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRATURAS EN MANOS Y DEDOS	Cubierta
79.9.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE FRACTURA INTRAARTICULAR DE MANO (UNA O MÁS ARTICULACIONES)	Cubierta
79.9.5.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRATURAS EN CADERA	Cubierta
79.9.5.00	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRATURAS EN CADERA SOD	Cubierta
79.9.6.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRATURAS EN RODILLA	Cubierta
79.9.6.01	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRATURAS EN RODILLA POR ARTROTOMÍA	Cubierta
79.9.6.02	REDUCCIÓN DE LAS FRACTURAS INTRAARTICULARES DE RODILLA CON FIJACIÓN INTERNA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
79.9.7.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRATURAS EN TOBILLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
79.9.7.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXO-FRACTURA TOBILLO SIN FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	Cubierta
79.9.7.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE CUELLO DE PIE O TOBILLO	Cubierta
79.9.7.03	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO	Cubierta
79.9.7.04	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO	Cubierta
79.9.7.10	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LAS FRACTURAS DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
79.9.8.	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN PIE Y DEDOS DE PIE	Cubierta
79.9.8.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA SIN FIJACIÓN DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)	Cubierta
79.9.8.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)	Cubierta
80.	PROCEDIMIENTOS EN ESTRUCTURAS DE ARTICULACIÓN	
Incluye:	<i>PROCEDIMIENTOS SOBRE CÁPSULA, CARTÍLAGO, LIGAMENTO, MEMBRANA SINOVIOL Y MENISCO</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	ESCISIÓN DE EXTREMOS DE HUESOS Y CONDILECTOMÍA O ESCISIÓN PARCIAL DE HUESO (77.8.0. - 77.8.9.); ESCISIÓN QUISTE DE BAKER (83.3.9.)	
80.0.	INCISIÓN Y ESCISIÓN DE ESTRUCTURAS DE ARTICULACIÓN	
Incluye:	AQUELLA PARA EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS, MATERIAL DE FIJACIÓN INTERNA, DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN, OSTEOSÍNTESIS, INSTRUMENTACIÓN, O ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO IMPLANTADOS EN ARTICULACIÓN	
80.0.1.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.1.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.2.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CODO POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.2.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CODO POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.0.3.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.3.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.3.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.4.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN ARTICULACIÓN DE MANO POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.5.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CADERA POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.5.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CADERA POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.5.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CADERA POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.6.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.0.6.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.6.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.7.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.7.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.7.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.8.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.8.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.0.8.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMÍA	Cubierta
80.1.	OTRA ARTROTOMÍA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>AQUELLA PARA ACCESO OPERATORIO (OMITIR CÓDIGO), ARTROGRAFIA (87.3.2.), ARTROSCOPIA (80.2.), INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE MEDICAMENTO (81.9.2.)</i>	
80.1.1.	OTRA ARTROTOMÍA DE HOMBRO	Cubierta
80.1.1.01	ARTROTOMÍA DE HOMBRO CON EXPLORACIÓN DE ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR	Cubierta
80.1.2.	OTRA ARTROTOMÍA DE CODO	Cubierta
80.1.2.00	ARTROTOMÍA DE CODO SOD	Cubierta
80.1.3.	OTRA ARTROTOMÍA DE MUÑECA	Cubierta
80.1.3.00	ARTROTOMÍA DE MUÑECA SOD	Cubierta
80.1.4.	OTRA ARTROTOMÍA DE MANO Y DEDO	Cubierta
80.1.4.00	ARTROTOMÍA EN MANO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.1.5.	OTRA ARTROTOMÍA DE PELVIS	Cubierta
80.1.5.00	ARTROTOMÍA DE PELVIS SOD	Cubierta
80.1.6.	OTRA ARTROTOMÍA DE RODILLA	Cubierta
80.1.6.00	ARTROTOMÍA DE RODILLA SOD	Cubierta
80.1.7.	OTRA ARTROTOMÍA DE TOBILLO	Cubierta
80.1.7.00	ARTROTOMÍA DE TOBILLO O CUELLO DE PIE SOD	Cubierta
80.1.8.	OTRA ARTROTOMÍA EN PIE Y ARTEJOS	Cubierta
80.1.8.00	ARTROTOMÍA EN PIE SOD	Cubierta
80.2.	ARTROSCOPIA	
Incluye:	DIAGNÓSTICA CON TOMA DE BIOPSIA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>AQUELLA COMO VÍA DE ACCESO OPERATORIO ESPECÍFICA O CODIFICADA EN OTRA PARTE (OMITIR CÓDIGO)</i>	
80.2.1.	ARTROSCOPIA DE HOMBRO	Cubierta
80.2.1.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE HOMBRO	Cubierta
80.2.2.	ARTROSCOPIA DE CODO	Cubierta
80.2.2.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE CODO	Cubierta
80.2.3.	ARTROSCOPIA DE MUÑECA	Cubierta
80.2.3.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE MUÑECA	Cubierta
80.2.4.	ARTROSCOPIA DE MANO Y DEDO	Cubierta
80.2.4.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE FALANGES (UNA O MÁS) DE MANO	Cubierta
80.2.5.	ARTROSCOPIA DE PELVIS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.2.5.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE PELVIS	Cubierta
80.2.6.	ARTROSCOPIA DE RODILLA	Cubierta
80.2.6.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE RODILLA	Cubierta
80.2.7.	ARTROSCOPIA DE TOBILLO	Cubierta
80.2.7.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE TOBILLO	Cubierta
80.2.8.	ARTROSCOPIA EN PIE Y ARTEJOS	Cubierta
80.2.8.01	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN PIE O ARTEJOS (UNO O MÁS)	Cubierta
80.3.	BIOPSIA DE ESTRUCTURAS ARTICULARES	
80.3.1.	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO	Cubierta
80.3.1.01	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.3.2.	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO	Cubierta
80.3.2.01	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO VÍA ABIERTA	Cubierta
80.3.3.	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA	Cubierta
80.3.3.01	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA VÍA ABIERTA	Cubierta
80.3.4.	BIOPSIA ABIERTA ARTICULAR EN MANO Y DEDO	Cubierta
80.3.4.01	BIOPSIA ARTICULAR EN MANO Y DEDO VÍA ABIERTA	Cubierta
80.3.5.	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA	Cubierta
80.3.5.01	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VÍA ABIERTA	Cubierta
80.3.6.	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA	Cubierta
80.3.6.01	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.3.7.	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO	Cubierta
80.3.7.01	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO VÍA ABIERTA	Cubierta
80.3.8.	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS	Cubierta
80.3.8.01	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS VÍA ABIERTA	Cubierta
80.4.	DIVISIÓN DE CÁPSULA O LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR	
Excluye:	<i>AQUELLA POR SINDROME DE TÚNEL CARPIANO O METATARSIANO (04.4.3. - 04.4.4.)</i>	
80.4.0.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
80.4.0.01	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR	Cubierta
80.4.0.02	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO INTERESPINOSO O INTERFACETARIO O INTERLAMINAR	Cubierta
80.4.1.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE HOMBRO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUELLA POR CAPSULITIS ADHESIVA, OSTEOCONDritis DISECANTE ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
80.4.1.01	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.4.2.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CODO	Cubierta
80.4.2.00	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CODO SOD	Cubierta
80.4.3.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MUÑECA Y MANO	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR OSTEOCONDritis ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
80.4.3.01	CAPSULOTOMÍA METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS)	Cubierta
80.4.3.02	CAPSULOTOMÍA INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	Cubierta
80.4.3.03	DESBRIDAMIENTO DE FIBROcartÍLAGO TRIANGULAR O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.4.3.04	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.4.3.10	LIBERACIÓN DE BANDAS CONSTRICTIVAS	Cubierta
80.4.4.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MANO Y DEDO	Cubierta
80.4.4.01	CAPSULODESIS EN MANO	Cubierta
80.4.5.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CADERA	Cubierta
80.4.5.00	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CADERA SOD	Cubierta
80.4.6.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE RODILLA	Cubierta
80.4.6.00	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE RODILLA SOD	Cubierta
80.4.7.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE TOBILLO	Cubierta
80.4.7.01	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.4.8.	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.4.8.02	CORRECCIÓN DE VARO METATARSIANO O PIE ADUCTO [HEYMAN-HERNDON-STRONG]	Cubierta
80.4.8.03	LIBERACIÓN DE PIE TALO [GOLDNER]	Cubierta
80.5.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL	
Incluye:	<i>CON O SIN MICROSCOPIO O MICRODISCECTOMÍA Y AQUELLA PARA DESCOMPRIMIR CANAL CERVICAL, PARA DESCOMPRIMIR RAÍZ DE NERVIOS ESPINALES AL MISMO NIVEL Y LA DESCRITA COMO EXTRACCIÓN DE NÚCLEO PULPOSO HERNIADO</i>	
80.5.1.	DISCECTOMÍA O ESCISIÓN QUIRÚRGICA DE DISCO INTERVERTEBRAL	Cubierta
80.5.1.01	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA ANTERIOR	Cubierta
80.5.1.02	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA POSTERIOR	Cubierta
80.5.1.03	DISCECTOMÍA O MICRODISCECTOMÍA ENDOSCÓPICA O TRANSARTROSCÓPICA CERVICAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.5.1.05	DISCECTOMÍA CERVICAL, VÍA ANTERIOR CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO [CLOWARD, SMITH ROBINSON, SIMMONS]	Cubierta
80.5.1.10	ABLACIÓN O NUCLEOTOMÍA CERVICAL (EN DESCOMPRESIÓN) VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
80.5.1.21	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA ANTERIOR	Cubierta
80.5.1.22	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA POSTERIOR	Cubierta
80.5.1.23	ABLACIÓN O NUCLEOTOMÍA TORÁCICA (EN DESCOMPRESIÓN) VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
80.5.1.25	DISCECTOMÍA ENDOSCÓPICA O TRANSARTROSCÓPICA TORÁCICA	Cubierta
80.5.1.31	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA ANTERIOR	Cubierta
80.5.1.32	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA POSTERIOR	Cubierta
80.5.1.33	ABLACIÓN O NUCLEOTOMÍA LUMBAR (EN DESCOMPRESIÓN) VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.5.1.34	DISCECTOMÍA LUMBAR, VÍA POSTEROLATERAL CON O SIN FACECTOMIA (EN DESCOMPRESIÓN)	Cubierta
80.5.1.35	DISCECTOMÍA ENDOSCÓPICA O TRANSARTROSCÓPICA LUMBAR	Cubierta
80.5.2.	QUIMIONUCLEOLISIS O DISCÓLISIS INTERVERTEBRAL	Cubierta
80.5.2.00	QUIMIONUCLEOLISIS O DISCÓLISIS INTERVERTEBRAL SOD	Cubierta
80.5.9.	OTRA ABLACIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA CON BISTURÍ O ELECTROBISTURÍ CON O SIN MICROSCOPIO (80.5.1.)</i>	
80.5.9.01	ABLACIÓN DE DISCO (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL	Cubierta
80.5.9.02	ABLACIÓN DE FORAMEN VERTEBRAL	Cubierta
80.6.	ESCISIÓN DE CARTÍLAGO SEMILUNAR DE RODILLA	
80.6.1.	ESCISIÓN DE MENISCOS DE RODILLA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.6.1.01	MENISCECTOMÍA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VÍA ABIERTA	Cubierta
80.6.1.02	MENISCECTOMÍA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VÍA ABIERTA	Cubierta
80.6.1.03	MENISCECTOMÍA MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.6.1.04	MENISCECTOMÍA MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.	SINOVECTOMÍA	
Excluye:	<i>ESCISIÓN DE QUISTE DE BAKER (83.3.9.)</i>	
80.7.0.	SINOVECTOMÍA DE SITIO INESPECIFICADO	Cubierta
80.7.0.01	RESECCIÓN COMPLETA O PARCIAL DE MEMBRANA SINOVIAL	Cubierta
80.7.1.	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO	Cubierta
80.7.1.01	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.7.1.02	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
80.7.1.03	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO PARCIAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.1.04	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO TOTAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.2.	SINOVECTOMÍA DE CODO	Cubierta
80.7.2.01	SINOVECTOMÍA DE CODO PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
80.7.2.02	SINOVECTOMÍA DE CODO TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
80.7.2.03	SINOVECTOMÍA DE CODO PARCIAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.2.04	SINOVECTOMÍA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.3.	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA	Cubierta
80.7.3.01	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.7.3.02	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
80.7.3.03	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA PARCIAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.3.04	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA TOTAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.4.	SINOVECTOMÍA DE MANO Y DEDO	Cubierta
80.7.4.01	SINOVECTOMÍA INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA	Cubierta
80.7.4.02	SINOVECTOMÍA EN CARPO VÍA ABIERTA	Cubierta
80.7.4.03	SINOVECTOMÍA METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA	Cubierta
80.7.4.04	SINOVECTOMÍA DE FALANGES (UNA O MÁS) POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.5.	SINOVECTOMÍA DE CADERA	Cubierta
80.7.5.01	SINOVECTOMÍA PARCIAL DE CADERA, VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.7.5.02	SINOVECTOMÍA TOTAL DE CADERA, VÍA ABIERTA	Cubierta
80.7.5.03	SINOVECTOMÍA PARCIAL DE CADERA, POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.5.04	SINOVECTOMÍA TOTAL DE CADERA, POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.6.	SINOVECTOMÍA DE RODILLA	Cubierta
80.7.6.01	SINOVECTOMÍA DE RODILLA PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta
80.7.6.02	SINOVECTOMÍA DE RODILLA TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
80.7.6.03	SINOVECTOMÍA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.6.04	SINOVECTOMÍA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.7.	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO	Cubierta
80.7.7.01	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO PARCIAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.7.7.02	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO TOTAL VÍA ABIERTA	Cubierta
80.7.7.03	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO PARCIAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.7.04	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO TOTAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.7.8.	SINOVECTOMÍA DE PIE Y ARTEJOS	Cubierta
80.7.8.00	SINOVECTOMÍA DE PIE O ARTEJOS SOD	Cubierta
80.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACIÓN	
80.8.0.	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN	Cubierta
80.8.0.11	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO VÍA ABIERTA	Cubierta
80.8.0.12	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.0.21	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CODO VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.8.0.22	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CODO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.0.31	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE MUÑECA O PUÑO VÍA ABIERTA	Cubierta
80.8.0.32	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.0.41	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN EN MANO O DEDOS VÍA ABIERTA	Cubierta
80.8.0.42	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN EN MANO O DEDOS POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.0.51	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CADERA VÍA ABIERTA	Cubierta
80.8.0.52	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE CADERA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.0.61	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE RODILLA VÍA ABIERTA	Cubierta
80.8.0.62	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.0.71	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.8.0.72	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.0.81	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE PIE O ARTEJOS VÍA ABIERTA	Cubierta
80.8.1.	OTRA ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE HOMBRO	Cubierta
80.8.1.11	RESECCIÓN DE HIGROMA DE HOMBRO VÍA ABIERTA	Cubierta
80.8.1.12	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.1.14	REMOCIÓN DE EXOSTOSIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.2.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CODO	Cubierta
80.8.2.01	RESECCIÓN DE HIGROMA DE CODO	Cubierta
80.8.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CODO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.2.04	REMOCIÓN DE PLICAS DE CODO POR ARTROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.8.3.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MUÑECA	Cubierta
80.8.3.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.4.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MANO Y DEDO	Cubierta
80.8.4.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE FALANGES (UNA O MÁS) POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.5.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CADERA	Cubierta
80.8.5.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CADERA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.6.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE RODILLA	Cubierta
80.8.6.01	RESECCIÓN DE HIGROMA DE RODILLA VÍA ABIERTA	Cubierta
80.8.6.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.6.04	RESECCIÓN DE PLICAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
80.8.7.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE TOBILLO	Cubierta
80.8.7.01	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDRALE EN TOBILLO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.7.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
80.8.8.	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS	Cubierta
80.8.8.02	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE PIE O ARTEJOS (UNO O MÁS) POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.	PROCEDIMIENTOS DE REPARACIÓN Y PLASTIAS EN ESTRUCTURAS DE LA ARTICULACIÓN	
81.0.	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL	
Incluye:	<i>AQUELLA CON INJERTO ÓSEO O FIJACIÓN INTERNA</i>	
81.0.1.	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL ATLAS-AXIS	Cubierta
Incluye:	<i>LA INSTRUMENTACIÓN MODULAR INCLUYE PLACAS, TORNILLOS, GANCHOS, BARRAS O FIJACIÓN TRANSPEDICULAR</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.0.1.01	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.1.02	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.1.03	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.1.06	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.1.07	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.1.08	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.1.09	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
81.0.1.10	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
81.0.1.11	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
81.0.1.12	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.0.1.13	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
81.0.1.14	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
81.0.2.	OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA ANTERIOR	Cubierta
Incluye:	<i>FUSIÓN DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, CON INJERTO ÓSEO O FIJACIÓN INTERNA</i>	
81.0.2.03	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
81.0.2.04	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
81.0.2.05	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
81.0.2.06	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
81.0.3.	OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA POSTERIOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.0.3.01	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.3.02	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
81.0.3.03	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
81.0.3.04	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
81.0.3.05	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
81.0.3.06	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
81.0.3.07	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
81.0.4.	ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR	Cubierta
81.0.4.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.0.4.03	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.4.04	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.5.	ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR	Cubierta
81.0.5.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.5.04	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
81.0.5.05	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
81.0.5.06	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
81.0.5.07	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA O TORACOLUMBAR DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.0.6.	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR	Cubierta
81.0.6.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.6.03	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.6.04	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMÁTICA) CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.6.11	FUSIÓN INTERCORPORAL ANTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.6.12	FUSIÓN INTERCORPORAL ANTEROLATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.7.	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA LATERAL-TRANSVERSA	Cubierta
81.0.7.01	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA LATERAL INTERTRANSVERSA SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.7.03	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR O LUMBOSACRA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA LATERAL INTERTRANSVERSA CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.0.7.04	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR O LUMBOSACRA DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA LATERAL INTERTRANSVERSA CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.8.	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR	Cubierta
81.0.8.01	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.8.04	ARTRODESIS DE LA REGIÓN SACRA O SACROILÍACA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
81.0.8.07	ARTRODESIS CON INSTRUMENTACIÓN TRANSLAMINAR	Cubierta
81.0.8.11	ARTRODESIS POSTEROLATERAL INTERCORPORAL DE COLUMNA VERTEBRAL SIN INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.8.12	ARTRODESIS POSTERIOR O POSTEROLATERAL INTERCORPORAL ILIOLUMBAR CON INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.8.13	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA INTERCORPORAL TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.0.8.14	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA INTERCORPORAL TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN SIMPLE	Cubierta
81.0.8.15	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA INTERCORPORAL TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
81.0.8.16	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR O LUMBOSACRA INTERCORPORAL TÉCNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN MODULAR	Cubierta
81.0.9.	REFUSIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA EN CORRECCIÓN DE PSEUDOARTROSIS EN SEGMENTOS DE COLUMNA VERTEBRAL ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
81.0.9.11	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA, VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INJERTO	Cubierta
81.0.9.12	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA, VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INJERTO E INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.9.13	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA, VÍA POSTERIOR O POSTEROTATERAL, CON INJERTO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.0.9.14	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA, VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, INJERTO E INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.9.21	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBAR, VÍA ANTERIOR, CON INJERTO	Cubierta
81.0.9.22	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBAR, VÍA ANTERIOR, CON INJERTO E INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.9.23	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBAR, VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO	Cubierta
81.0.9.24	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBAR, VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.9.31	REFUSIÓN DE COLUMNA SACRA, VÍA ANTERIOR, CON INJERTO	Cubierta
81.0.9.32	REFUSIÓN DE COLUMNA SACRA, VÍA ANTERIOR, CON INJERTO E INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.0.9.33	REFUSIÓN DE COLUMNA SACRA, VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO	Cubierta
81.0.9.34	REFUSIÓN DE COLUMNA SACRA, VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACIÓN	Cubierta
81.1.	ARTRODESIS DE PIE Y TOBILLO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.1.1.	ARTRODESIS DE TOBILLO	Cubierta
81.1.1.01	FUSIÓN TIBIO-TALAR O TIBIOASTRAGALINA VÍA ABIERTA	Cubierta
81.1.1.02	ARTRODESIS TIBIO-TALAR POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.1.2.	ARTRODESIS TRIPLE	Cubierta
81.1.2.01	ARTRODESIS DE TALO A CALCÁNEO Y CALCÁNEO A CUBOIDES Y ESCAFOIDES	Cubierta
81.1.3.	ARTRODESIS SUBASTRAGALINA O SUBTALAR	Cubierta
81.1.3.00	ARTRODESIS SUBASTRAGALINA O SUBTALAR SOD	Cubierta
81.1.4.	ARTRODESIS MEDIOTARSAL	Cubierta
81.1.4.00	ARTRODESIS MEDIOTARSAL SOD	Cubierta
81.1.5.	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.1.5.00	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (UNA O MÁS) SOD	Cubierta
81.1.6.	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA	Cubierta
81.1.6.00	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA (UNA O MÁS) SOD	Cubierta
81.1.7.	OTRA ARTRODESIS DE PIE	Cubierta
81.1.7.01	PANARTRODESIS DEL PIE	Cubierta
81.1.7.02	ARTRODESIS DE ARTEJO (UNO O MÁS)	Cubierta
81.2.	ARTRODESIS DE OTRA ARTICULACIÓN	
81.2.0.	ARTRODESIS DE ARTICULACIONES	Cubierta
81.2.0.01	ARTRODESIS DE ARTICULACIÓN	Cubierta
81.2.1.	ARTRODESIS DE CADERA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.2.1.00	ARTRODESIS DE CADERA SOD	Cubierta
81.2.2.	ARTRODESIS DE RODILLA	Cubierta
81.2.2.00	ARTRODESIS DE RODILLA SOD	Cubierta
81.2.3.	ARTRODESIS DE HOMBRO	Cubierta
81.2.3.01	ARTRODESIS DE HOMBRO VÍA ABIERTA	Cubierta
81.2.3.02	ARTRODESIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.2.4.	ARTRODESIS EN CODO	Cubierta
81.2.4.01	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL	Cubierta
81.2.4.02	ARTRODESIS DE CODO	Cubierta
81.2.5.	ARTRODESIS CARPORADIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.2.5.01	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO	Cubierta
81.2.5.02	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO ÓSEO	Cubierta
81.2.6.	ARTRODESIS CARPOMETACARPIANA	Cubierta
81.2.6.01	ARTRODESIS TRAPECIO-METACARPIANO	Cubierta
81.2.6.02	ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA	Cubierta
81.2.7.	ARTRODESIS METACARPO-FALÁNGICA	Cubierta
81.2.7.00	ARTRODESIS METACARPO-FALÁNGICA SOD	Cubierta
81.2.8.	ARTRODESIS INTERFALANGEAL EN MANO	Cubierta
81.2.8.01	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA EN MANO SIN INJERTO (UNA O MÁS)	Cubierta
81.2.8.02	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MÁS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.2.9.	ARTRODESIS DE OTRA ARTICULACIÓN ESPECÍFICADA	Cubierta
81.2.9.01	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO	Cubierta
81.2.9.02	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO ÓSEO	Cubierta
81.2.9.03	ARTRODESIS ESCAFOSEMILUNAR POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.2.9.04	ARTRODESIS RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO) CON INJERTO ÓSEO	Cubierta
81.2.9.05	ARTRODESIS RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO) SIN INJERTO ÓSEO	Cubierta
81.2.9.07	ARTRODESIS SACROILÍACA	Cubierta
81.3.	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS	
81.3.1.	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
81.3.1.00	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON O SIN PRÓTESIS SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.3.2.	OTRA ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS	Cubierta
81.3.2.40	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN DE HUESOS DEL TARSO	Cubierta
81.3.2.50	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN DE HUESOS DEL METATARSO	Cubierta
81.4.	ARTROPLASTIA DE CADERA, RODILLA Y TOBILLO	
81.4.1.	ARTROPLASTIA DE CADERA	Cubierta
81.4.1.01	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN DE CADERA	Cubierta
81.4.1.02	CONDRÓPLASTIA DE ABRASIÓN DE CADERA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.2.	ARTROPLASTIAS O REPARACIONES EN RODILLA	Cubierta
81.4.2.10	REPARACIÓN DE RODILLA CINCO EN UNO: MENISCOPLASTIA, REPARACIÓN DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, AVANZAMIENTO DE VASTUS MEDIAL O INTERNO, AVANZAMIENTO SEMITENDINOSO Y TRANSPOSICIÓN DE (PATA DE GANZO O PES ANSERINUS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.4.2.20	REPARACIÓN TRIADA DE RODILLA: MENISCOPLASTIAL CON REPARACIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO MEDIAL COLATERAL	Cubierta
81.4.4.	ESTABILIZACIÓN PATELAR	Cubierta
Incluye:	<i>CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE RÓTULA LUXABLE [CIRUGÍA DE ROUX-GOLDTHWAIT] POR LUXACIÓN RECURRENTE DE RÓTULA</i>	
81.4.4.10	REALINEAMIENTO DISTAL DE RÓTULA CON CIRUGÍA DE TEJIDOS BLANDOS	Cubierta
81.4.4.20	REALINEAMIENTO DISTAL DE RÓTULA CON OSTEOTOMÍA DE TUBEROSIDAD ANTERIOR	Cubierta
81.4.5.	OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS CRUZADOS	Cubierta
81.4.5.01	REPARACIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO	Cubierta
81.4.5.02	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	Cubierta
81.4.5.03	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	Cubierta
81.4.5.04	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.4.5.05	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.6.	OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS COLATERALES	Cubierta
81.4.6.01	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CÁPSULAR	Cubierta
81.4.6.02	RECONSTRUCCIÓN O TRANSFERENCIAS PARA LIGAMENTOS MEDIAL O LATERAL	Cubierta
81.4.7.	OTRA REPARACIÓN DE RODILLA	Cubierta
81.4.7.03	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACIÓN DE LA RÓTULA)	Cubierta
81.4.7.04	CONDRÓPLASTIA DE ABRASIÓN MÁS OSTEOTOMÍA TIBIAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.7.05	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL, MÁS OSTEOTOMÍA DE REALÍNEACIÓN, MÁS PLICATURA DE RETINÁCULO MEDIAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.7.06	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.4.7.07	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL MÁS REALINEACIÓN DISTAL O PROXIMAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.7.08	FIJACIÓN DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR OSTEOCONDritis DISECANTE	
81.4.7.09	FIJACIÓN E INJERTO ÓSEO DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.7.11	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, ABIERTA	Cubierta
81.4.7.12	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.7.21	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL ABIERTA	Cubierta
81.4.7.22	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.7.23	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.7.24	REMODELACIÓN DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.4.7.25	CONDROPLASTIA DE ABRASION PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.7.26	REMODELACION DE MENISCO ROTO (PICO DE LORO) POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.7.27	REPARACIÓN AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO	Cubierta
81.4.9.	OTRA REPARACIÓN DE TOBILLO	Cubierta
81.4.9.01	REPARACIÓN AGUDA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO	Cubierta
81.4.9.02	RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON AUTO O ALOINJERTO	Cubierta
81.4.9.04	REPARACIÓN DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.9.05	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDRA, PERFORACIONES O CURETAJE DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.4.9.06	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDRA CON FIJACIÓN EN TOBILLO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.5.	REEMPLAZO ARTICULAR EN EXTREMIDADES INFERIORES	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.5.1.	REEMPLAZO TOTAL DE CADERA	Cubierta
Incluye:	<i>RECONSTRUCCIÓN TOTAL DE CADERA Y SUSTITUCIÓN, TANTO DE CABEZA DE FÉMUR COMO DE ACETÁBULO CON PRÓTESIS; AQUELLA POR CAUSA CONGENITA O ADQUIRIDA</i>	
81.5.1.01	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO DE CADERA	Cubierta
81.5.1.02	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL CON ARTRODESIS DE CADERA	Cubierta
81.5.2.	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA	Cubierta
Incluye:	<i>ENDOPRÓTESIS BIPOLAR</i>	
81.5.2.00	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA SOD	Cubierta
81.5.3.	REVISIÓN DE REEMPLAZO DE CADERA	Cubierta
Incluye:	<i>PARCIAL O TOTAL</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.5.3.01	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE CADERA	Cubierta
81.5.3.02	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE CADERA	Cubierta
81.5.4.	REEMPLAZO DE RODILLA	Cubierta
81.5.4.01	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA BICOMPARTIMENTAL	Cubierta
81.5.4.02	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA TRICOMPARTIMENTAL	Cubierta
81.5.4.03	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA UNICOMPARTIMENTAL (HEMIARTICULACIÓN)	Cubierta
81.5.4.11	REEMPLAZO PROTÉSICO PRIMARIO PARCIAL DE RODILLA	Cubierta
81.5.5.	REVISIÓN DE REEMPLAZO DE RODILLA	Cubierta
81.5.5.01	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO EN RODILLA, UN SOLO COMPONENTE	Cubierta
81.5.5.02	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL EN RODILLA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.5.6.	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO	Cubierta
81.5.6.00	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO SOD	Cubierta
81.5.7.	REEMPLAZO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS	Cubierta
81.5.7.00	REEMPLAZO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS SOD	Cubierta
81.5.8.	REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR TOBILLO	Cubierta
81.5.8.10	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO	Cubierta
81.7.	ARTROPLASTIA Y REPARACIONES DE MUÑECA, MANO Y DEDOS	
Excluye:	<i>OPERACIONES EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA DE LA MANO (82.0. - 82.9.)</i>	
81.7.1.	ARTROPLASTIA DE MANO Y DEDOS CON IMPLANTE O PRÓTESIS SINTÉTICA	No Cubierta
81.7.1.01	REEMPLAZO PROTÉSICO EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.7.1.02	REEMPLAZO PROTÉSICO DE LA ARTICULACIÓN TRAPECIO-METACARPIANA	No Cubierta
81.7.2.	ARTROPLASTIA DE MANO Y DEDOS SIN PRÓTESIS SINTÉTICA O IMPLANTE	Cubierta
81.7.2.01	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN MUÑECA	Cubierta
81.7.2.02	ARTROPLASTIA RESECCIÓN TRAPECIO-METACARPIANA	Cubierta
81.7.2.03	ARTROPLASTIA METACARPO-FALÁNGICA (UNA O MÁS)	Cubierta
81.7.2.05	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS (UNA O MÁS)	Cubierta
81.7.2.07	CONDRÓPLASTIA DE ABRASIÓN DE FALANGES POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.7.2.08	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)	Cubierta
81.7.3.	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE MUÑECA	No Cubierta
81.7.3.01	REEMPLAZO PROTÉSICO DE LA MUÑECA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.7.3.02	REVISIÓN DE REEMPLAZO TOTAL DE MUÑECA	No Cubierta
81.7.9.	OTRA REPARACIÓN DE MANO, MUÑECA Y DEDOS	Cubierta
81.7.9.01	ARTROPLASTIAS INTERFALÁNGICAS (POR CADA DEDO)	Cubierta
81.8.	ARTROPLASTIA Y REPARACIÓN DE HOMBRO Y CODO	
81.8.0.	REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO	Cubierta
81.8.0.10	REEMPLAZO PROTÉSICO PRIMARIO TOTAL DE HOMBRO	Cubierta
81.8.0.20	REEMPLAZO PROTÉSICO SECUNDARIO TOTAL DE HOMBRO	Cubierta
81.8.1.	REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO	Cubierta
81.8.1.00	REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO SOD	Cubierta
81.8.2.	REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.8.2.00	REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO SOD	Cubierta
81.8.3.	OTRA REPARACIÓN DE HOMBRO	Cubierta
81.8.3.01	ACROMIOPLASTIA VÍA ABIERTA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR EXTRACCIÓN DE CALCIFICACIONES ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
81.8.3.02	ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR EXTRACCIÓN DE CALCIFICACIONES ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
81.8.3.05	ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVICULAR	Cubierta
81.8.3.06	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN HOMBRO	Cubierta
81.8.3.07	REPARACIÓN DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA CON CURETAJE DE CARTILAGO, RESECCIÓN DE LABRUM ROTO O POR OSTEOCONDITRIS DEL CÓNDILO</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.8.4.	REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE CODO	Cubierta
81.8.4.00	REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE CODO SOD	Cubierta
81.8.5.	REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE CODO	Cubierta
81.8.5.00	REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE CODO SOD	Cubierta
81.8.6.	OTRAS REPARACIONES DEL CODO	Cubierta
81.8.6.01	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN DEL CODO	Cubierta
81.8.6.02	RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE CODO CON AUTO O ALOINJERTO	Cubierta
81.8.6.03	LIBERACIÓN ANTERIOR O POSTERIOR DE CODO PARA CONTRACTURA	Cubierta
81.8.6.04	REPARACIÓN AGUDA DE LIGAMIENTO COLATERAL CODO	Cubierta
81.8.6.06	CONDROPLASTIA DEL CODO, VÍA ARTROSCOPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACIONES	
Incluye:	<i>REVISIÓN DE ARTROPLASTIA O SUSTITUCIÓN PARCIAL O TOTAL; PROCEDIMIENTOS NO DESCRITOS O CODIFICADOS EN OTRA PARTE</i>	
Excluye:	<i>ARTROSCOPIA (89.8. - 89.9.), BIOPSIA (80.3.), IMAGENOLOGÍA (87.), ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS DE MUESTRAS ARTICULARES (89.8.)</i>	
81.9.0.	OTROS REEMPLAZOS ARTICULARES	No Cubierta
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
81.9.0.01	REEMPLAZO DE CUERPO VERTEBRAL	No Cubierta
81.9.0.02	VERTEBROPLASTIA, ESTENTOPLASTIA, XIFOPLASTIA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO	No Cubierta
81.9.0.03	REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN FACETARIA	No Cubierta
81.9.1.	ARTROCENTESIS	Cubierta
81.9.1.01	ASPIRACIÓN ARTICULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.9.2.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE ARTICULACIÓN O LIGAMENTO	Cubierta
81.9.2.01	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE LA ARTICULACIÓN O EL LIGAMENTO	Cubierta
81.9.3.	SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO O CARTÍLAGO DE EXTREMIDAD SUPERIOR	Cubierta
81.9.3.10	CAPSULORRAFIA PARA LUXACIÓN DE HOMBRO [TIPO BANKART] POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.9.3.30	SUTURA DEL FIBROARTÍLAGO TRIANGULAR O DE LIGAMENTOS INTERCARPIANOS (UNO O MÁS) POR ARTROSCOPIA	Cubierta
81.9.3.41	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA (UNA O MÁS)	Cubierta
81.9.4.	SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE TOBILLO Y PIE	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR TRAUMA ENTRE OTRAS CAUSAS	
81.9.4.10	SUTURA SIMPLE DEL TENDÓN DE AQUILES	Cubierta
81.9.4.20	RECONSTRUCCIÓN DE TENDÓN DE AQUILES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.9.5.	OTRA SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR TRAUMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
81.9.5.20	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DEL TENDÓN ROTULIANO	Cubierta
81.9.6.	ARTRODIASIS	Cubierta
81.9.6.01	ARTRODIASIS CON FIJADOR EXTERNO	Cubierta
81.9.7.	REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR DE EXTREMIDAD SUPERIOR	Cubierta
Incluye:	<i>REVISIÓN DE ARTROPLASTIA O SUSTITUCIÓN PARCIAL O TOTAL</i>	
81.9.7.01	REVISIÓN DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO	Cubierta
81.9.7.02	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE HOMBRO	Cubierta
81.9.7.03	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO DE HOMBRO COMPONENTE GLENOIDEO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
81.9.7.04	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE HOMBRO COMPONENTE HUMERAL	Cubierta
81.9.7.06	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE CODO	Cubierta
81.9.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ARTICULACIONES	Cubierta con aclaración
81.9.8.01	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ESTRUCTURAS ARTICULARES	Cubierta
81.9.8.10	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA DE COLUMNA VÉRTEBRAL	No Cubierta
82.	PROCEDIMIENTOS EN TENDONES, MÚSCULOS Y FASCIA DE MANO	
Incluye:	APONEUROSIS, VAINA DE TENDÓN Y MEMBRANA SINOVIAL	
Excluye:	AQUELLA NO QUIRÚRGICA O REALIZADA SOLO POR ESTIRADO O MANIPULACIÓN (93.2.6.), DESCOMPRESIÓN DE TÚNEL METACARPIANO (04.4.3.)	
Simultáneo:	CODIFICAR TAMBIÉN CUALQUIER INJERTO SIMULTÁNEO DE PIEL (86.6.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.0.	INCISIÓN DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVAL DE MANO	
82.0.1.	INCISIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO	Cubierta
82.0.1.01	EXPLORACIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO	Cubierta
82.0.1.02	ELIMINACIÓN DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDÓN DE MANO	Cubierta
82.0.2.	MIOTOMÍA DE MANO	Cubierta
82.0.2.00	MIOTOMÍA DE MANO SOD	Cubierta
82.0.3.	BURSOTOMÍA DE MANO	Cubierta
82.0.3.00	BURSOTOMÍA DE MANO SOD	Cubierta
82.0.4.	INCISIÓN Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR	Cubierta
82.0.4.00	INCISIÓN Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.0.9.	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE DE MANO	No Cubierta
82.0.9.00	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE DE MANO SOD	No Cubierta
82.1.	INCISIÓN DE MÚSCULO, TENDON Y FASCIA DE MANO	
82.1.1.	TENOTOMÍA DE MANO	Cubierta
82.1.1.01	TENOTOMÍA DE MANO PALMAR	Cubierta
82.1.1.02	TENOTOMÍA DE MANO DORSAL	Cubierta
82.1.2.	FASCIOTOMÍA DE MANO	Cubierta
Incluye:	<i>DIVISIÓN DE FASCIA DE MANO</i>	
82.1.2.00	FASCIOTOMÍA DE MANO SOD	Cubierta
82.1.9.	OTRA DIVISIÓN O INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.1.9.01	DIVISIÓN DE MÚSCULO DE MANO	Cubierta
82.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO, FASCIA O ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO	
Excluye:	<i>ESCISIÓN DE LESIÓN EN PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO (86.2. - 86.3.)</i>	
82.2.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO	Cubierta
82.2.1.01	RESECCIÓN DE GANGLIÓN EN DEDOS DE MANO	Cubierta
82.2.1.02	RESECCIÓN DE GANGLIÓN DORSAL DE MUÑECA	Cubierta
82.2.1.03	RESECCIÓN DE GANGLIÓN PALMAR DE MUÑECA	Cubierta
82.2.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO DE MANO	Cubierta
82.2.2.01	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN MÚSCULO DE MANO	Cubierta
82.2.2.02	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN MÚSCULO DE MANO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.3.	OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO	
Incluye:	<i>RESECCIÓN O ESCISIÓN DE APONEUROSIS EN MANO</i>	
Excluye:	<i>ESCISIÓN DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO (86.2. - 86.3.)</i>	
82.3.1.	BURSECTOMÍA DE MANO	Cubierta
82.3.1.00	BURSECTOMÍA DE MANO SOD	Cubierta
82.3.2.	ESCISIÓN DE TENDÓN DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA)	Cubierta
82.3.2.00	ESCISIÓN DE TENDÓN DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA) SOD	Cubierta
82.3.3.	OTRA TENDONECTOMÍA DE MANO	Cubierta
82.3.3.01	TENOSINOVECTOMÍA EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.3.3.03	TENOSINOVECTOMÍA FLEXORES MANO (UNO O MÁS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.3.3.07	TENOSINOVECTOMÍA [TIPO ENFERMEDAD DE QUERVAIN]	Cubierta
82.3.3.11	TENOSINOVECTOMÍA EN DEDOS DE MANO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.3.4.	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO	Cubierta
82.3.4.00	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO SOD	Cubierta
82.3.5.	OTRA FASCIECTOMÍA DE MANO	Cubierta
Incluye:	RESECCIÓN O ESCISIÓN DE APONEUROSIS EN MANO	
82.3.5.01	ESCISIÓN DE APONEUROSIS EN MANO	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR ENFERMEDAD DE DUPUYTREN ENTRE OTRAS CAUSAS	
82.3.5.02	ESCISIÓN DE APONEUROSIS EN DEDOS	Cubierta
82.3.6.	OTRA MIECTOMÍA DE MANO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.3.6.00	OTRA MIECTOMÍA DE MANO SOD	Cubierta
82.4.	SUTURA DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA DE MANO	
Incluye:	<i>SUTURA RETARDADA DE TENDÓN EXTENSOR DE MANO O DEDOS</i>	
Excluye:	<i>ESCISIÓN DE LESIÓN EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (86.2. - 86.3.)</i>	
82.4.1.	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO	Cubierta
82.4.1.00	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO SOD	Cubierta
82.4.2.	SUTURA DE TENDÓN FLEXOR DE DEDOS EN MANO	Cubierta
82.4.2.01	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA	Cubierta
82.4.2.02	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACIÓN	Cubierta
82.4.2.03	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.4.2.11	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACIÓN	Cubierta
82.4.2.13	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) CON NEURORRAFIA	Cubierta
82.4.2.15	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) SIN NEURORRAFIA	Cubierta
82.4.3.	SUTURA DE OTRO TENDÓN DE DEDOS EN MANO	Cubierta
Incluye:	<i>SUTURA RETARDADA DE TENDÓN EXTENSOR DE MANO O DEDOS</i>	
82.4.3.01	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)	Cubierta
82.4.3.21	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.4.6.	SUTURA DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO	Cubierta
82.4.6.01	MIORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.4.6.11	MIORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.5.	TRASPLANTE DE MÚSCULO Y TENDÓN DE MANO	
82.5.1.	AVANZAMIENTO DE TENDÓN DE MANO	Cubierta
82.5.1.00	AVANZAMIENTO DE TENDÓN DE MANO SOD	Cubierta
82.5.2.	RETROCESO DE TENDÓN DE MANO	Cubierta
82.5.2.00	RETROCESO DE TENDÓN DE MANO SOD	Cubierta
82.5.3.	REFIJACIÓN O REINSERCIÓN DE TENDÓN DE MANO	Cubierta
82.5.3.01	TRANSFERENCIA TENDÓN MANO Y PUÑO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.5.3.03	TRANSFERENCIA DE PRONADOR A SUPINADOR	Cubierta
82.5.3.04	TRANSFERENCIA DE FLEXORES A EXTENSORES (ESPÁSTICOS)	Cubierta
82.5.3.05	TRANSFERENCIA DE EXTENSOR DEL PULGAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.5.3.06	REINSERCIÓN DE TENDÓN EN MANO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.5.3.07	TRASFERENCIA DE TENDÓN EN MANO O MUÑECA (UNO O MÁS)	Cubierta
82.5.4.	REFIJACIÓN DE MÚSCULO DE MANO	Cubierta
82.5.4.00	REFIJACIÓN DE MÚSCULO DE MANO SOD	Cubierta
82.5.5.	ALARGAMIENTO DE TENDÓN EN MANO	Cubierta
82.5.5.01	ALARGAMIENTO DE TENDÓN EN MANO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.5.6.	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDÓN DE MANO	No Cubierta
82.5.6.00	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDÓN DE MANO SOD	No Cubierta
82.5.9.	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE MÚSCULO DE MANO	No Cubierta
82.5.9.00	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE MÚSCULO DE MANO SOD	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.6.	RECONSTRUCCIÓN DE DEDO PULGAR	
Excluye:	<i>AMPUTACIÓN PARA TRANSFERENCIA DIGITAL (84.0.1. - 84.1.1.)</i>	
82.6.1.	PROCEDIMIENTOS DE PULGARIZACIÓN O POLICITACIÓN CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR	Cubierta
82.6.1.00	PULGARIZACIÓN O POLICITACIÓN CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR SOD	Cubierta
82.6.9.	OTRA RECONSTRUCCIÓN DEL PULGAR	Cubierta
82.6.9.20	INJERTOS AL PULGAR (ÓSEO Y PEDICULO DE PIEL)	Cubierta
82.7.	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON INJERTO O IMPLANTE	
82.7.1.	RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DE TENDÓN	Cubierta
82.7.1.01	RECONSTRUCCIÓN PARA PLASTIA DE OPONENTE	Cubierta
82.7.1.02	INJERTO DE TENDÓN DE FLEXOR DE UN DEDO CON RECONSTRUCCIÓN DE POLEAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.7.1.03	INJERTO DE TENDÓN DE FLEXOR DE DOS O MÁS DEDOS CON RECONSTRUCCIÓN DE POLEAS	Cubierta
82.7.1.04	RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DEL TENDÓN	Cubierta
82.7.2.	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA	Cubierta
82.7.2.00	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA SOD	Cubierta
82.7.9.	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON OTRO INJERTO O IMPLANTE	Cubierta
82.7.9.01	INJERTO DE TENDÓN EXTENSOR DE MANO O DEDOS (UNO O MÁS)	Cubierta
82.7.9.02	INJERTO DE TENDÓN FLEXOR DE MANO O DEDOS (UNO O MÁS)	Cubierta
82.7.9.10	INJERTO TENDINOSO CON IMPLANTE EN DEDOS DE LA MANO (CADA UNO)	Cubierta
82.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO	
82.8.1.	TRANSFERENCIA DE DEDO, EXCEPTO PULGAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.8.1.01	TRASPOSICIÓN DE DEDO	Cubierta
82.8.1.02	TRASPLANTE DE ARTEJO A MANO	Cubierta
Incluye:	RESECCIÓN DE ARTEJO	
82.8.2.	REPARACIÓN DE DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LA MANO	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR MANO HENDIDA, EN ESPEJO O LANGOSTA, MANO ZAMBA RADIAL O DEFICIENCIAS CUBITALES	
82.8.2.00	REPARACIÓN DE DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LA MANO SOD	Cubierta
82.8.3.	REPARACIÓN DE MACRODACTILIA, CAMPTODACTILIA, SINDACTILIA, CLINODACTILIA	Cubierta
82.8.3.02	CORRECCIÓN DE SINDACTILIA SIMPLE (UNO O MÁS ESPACIOS)	Cubierta
82.8.3.04	CORRECCIÓN DE SINDACTILIA COMPLEJA	Cubierta
82.8.3.10	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA MACRODACTILIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.8.3.20	CORRECCIÓN SIMPLE DE CAMPTODACTILIA (UNO O MÁS DEDOS)	Cubierta
82.8.3.30	CORRECCIÓN DE CAMPTODACTILIA CON OSTEOTOMÍA (UNO O MÁS DEDOS)	Cubierta
82.8.3.40	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE CLINODACTILIA (UNO O MÁS DEDOS)	Cubierta
82.8.3.50	CORRECCIÓN DE POLIDACTILIA CON RECONSTRUCCIÓN	Cubierta
82.8.3.51	CORRECCIÓN DE POLIDACTILIA CON ESCISIÓN SIMPLE	Cubierta
82.8.3.55	CORRECCIÓN DE ACORTAMIENTO Y ARQUEAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO [DEFORMIDAD DE MADELUNG]	Cubierta
82.8.4.	REPARACIÓN DE DEDOS DE MANO	Cubierta
82.8.4.01	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN BOTONERA	Cubierta
82.8.4.02	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN CUELLO DE CISNE	Cubierta
82.8.4.03	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN MARTILLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.8.4.04	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN GATILLO [DEDO DE RESORTE]	Cubierta
82.8.5.	OTRAS TENODESIS DE MANO	Cubierta
82.8.5.01	TENODESIS EN MANO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.8.6.	OTRAS TENOPLASTIAS DE MANO	Cubierta
82.8.6.01	MIOTENOPLASTIA DE MANO	Cubierta
82.8.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANOS	Cubierta
82.8.9.01	PLICATURA DE FASCIA EN MANO	Cubierta
82.8.9.02	REPARACIÓN DE HERNIA FASCIAL	Cubierta
82.8.9.10	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS EN MANO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA DE MANO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>OPERACIONES O PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS DE MANO (83.2.1. - 83.2.9.)</i>	
82.9.1.	LISIS DE ADHERENCIAS DE MANO	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA NO QUIRÚRGICA O REALIZADA SOLO POR ESTIRADO O MANIPULACIÓN (93.2.6.), DESCOMPRESIÓN DE TÚNEL METACARPIANO (04.4.3.)</i>	
82.9.1.01	LIBERACIÓN DE ADHESIONES DE FASCIA, MÚSCULO Y TENDÓN DE MANO	Cubierta
82.9.1.11	TENOLISIS EN EXTENSORES DE DEDO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.9.1.15	TENOLISIS EN FLEXORES DE DEDOS (UNO O MÁS)	Cubierta
82.9.1.21	TENOLISIS EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.9.1.25	TENOLISIS EN FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS)	Cubierta
82.9.2.	ASPIRACIÓN DE BURSA DE MANO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
82.9.2.00	ASPIRACIÓN DE BURSA DE MANO SOD	Cubierta
82.9.3.	ASPIRACIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO DE MANO	No Cubierta
82.9.3.00	ASPIRACIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO DE MANO SOD	No Cubierta
82.9.4.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO	Cubierta
82.9.4.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO SOD	Cubierta
82.9.5.	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN DE MANO	Cubierta
82.9.5.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN DE MANO SOD	Cubierta
82.9.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EN MANO	Cubierta
82.9.9.01	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EN MANO	Cubierta
Incluye:	AQUEL POR TENOSINOVITIS INFECCIOSA EN MANO ENTRE OTRAS CAUSAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS (79.6.4.00 - 79.6.3.01)	
82.9.9.10	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE DEDOS DE LA MANO	Cubierta
82.9.9.11	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN REGIÓN TENAR O TÚNEL CARPIANO	Cubierta
82.9.9.12	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MANO (EXCEPTO DEDOS)	Cubierta
83.	PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BURSA, EXCEPTO MANO	
Incluye:	PROCEDIMIENTOS SOBRE APONEUROSIS, MEMBRANA SINOVIAL DE BURSA Y ENVOLTURA O VAÍNA DE TENDÓN	
Excluye:	EXTRACCIÓN POR ARTROTOMÍA DE CUERPOS EXTRAÑOS O MATERIAL DE SUTURA DE ARTICULACIÓN (80.0.) O EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA (98.2.)	
83.0.	INCISIÓN DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BURSA	
83.0.1.	INCISIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.0.1.01	EXPLORACIÓN DE VAINA DE TENDÓN	Cubierta
83.0.1.02	ELIMINACIÓN DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDÓN	Cubierta
83.0.2.	MIOTOMÍA	Cubierta
83.0.2.31	MIOTOMIA DEL TEMPORAL	Cubierta
83.0.2.32	MIOTOMIA PTERIGOIDEO	Cubierta
83.0.2.33	MIOTOMÍA DE MASETERO	Cubierta
83.0.3.	BURSOTOMÍA	Cubierta
Excluye:	<i>ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE BOLSA SINOVIAL (83.9.4.)</i>	
83.0.3.01	EXTRACCIÓN DE DEPÓSITOS CALCÁREOS O BURSA-SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS	Cubierta
83.1.	INCISIÓN O DIVISIÓN EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	APONEUROTOMÍA, TRANSECCIÓN O DIVISIÓN DE TENDÓN Y LIBERACIÓN DE TENDÓN	
83.1.1.	TENOTOMÍAS EN PIE Y TOBILLO	Cubierta
83.1.1.01	TENOTOMÍAS EN PIE (UNA O MÁS)	Cubierta
83.1.2.	TENOTOMÍA EN CADERA	Cubierta
Excluye:	POR LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA (79.8.5.)	
83.1.2.01	TENOTOMÍAS ABIERTAS UNILATERALES DE CADERA	Cubierta
83.1.2.02	LIBERACIÓN PERIARTICULAR DE LA CADERA, CON TENOTOMÍAS (CADERA COLGANTE)	Cubierta
83.1.2.03	LIBERACIÓN DE FLEXORES DE CADERA	Cubierta
83.1.2.04	LIBERACIÓN DE MUSCULATURA PELVITROCANTÉRICA	Cubierta
83.1.3.	OTRAS TENOTOMÍAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.1.3.02	TENOTOMÍAS EN HOMBRO (UNA O MÁS)	Cubierta
83.1.3.03	TENOTOMÍAS EN BRAZO (UNA O MÁS)	Cubierta
83.1.3.04	TENOTOMÍAS EN ANTEBRAZO (UNA O MÁS)	Cubierta
83.1.3.05	TENOTOMÍA SIMPLE EN CUELLO (TORTÍCOLIS CONGÉNITA)	Cubierta
83.1.3.06	TENOTOMÍA MÚLTIPLE EN CUELLO	Cubierta
83.1.3.07	TENOTOMÍA DE MÚSCULOS ESPÁSTICOS (EXCEPTO MANO)	Cubierta
83.1.3.08	TENOTOMÍA EN PIERNA (UNA O MÁS)	Cubierta
83.1.3.09	TENOTOMÍAS DE ISQUIOTIBIALES (UNA O MÁS)	Cubierta
83.1.3.10	TENOTOMÍA TORÁCICA (EN DESCOMPRESIÓN)	Cubierta
83.1.4.	FASCIOTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>POR CONTRACTURA ISQUÉMICA [SÍNDROME COMPARTIMENTAL], ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS</i>	
83.1.4.01	FASCIOTOMÍA O INCISIÓN DE FASCIA	Cubierta
83.1.4.02	INCISIÓN DE BANDA ILIOTIBIAL	Cubierta
83.1.4.03	ESCISIÓN PARCIAL DE FASCIA	Cubierta
83.1.4.50	FASCIOTOMÍA EN ANTEBRAZO, CON LIBERACIÓN EN CODO Y MUÑECA	Cubierta
83.1.4.51	FASCIOTOMÍA DESCOMPRESIVA DE LA ARTERIA BRAQUIAL	Cubierta
83.1.4.61	FASCIOTOMÍA EN MUSLO, POR UNA O MÁS INCISIONES	Cubierta
83.1.4.71	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MÁS INCISIONES	Cubierta
83.1.4.81	FASCIOTOMÍA EN PIE, UNA O MÁS INCISIONES	Cubierta
83.1.9.	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA PARA DESCOMPRESIÓN TORÁCICA, TORTÍCOLIS CONGÉNITA ENTRE OTRAS CAUSAS	
83.1.9.01	INCISION DE MÚSCULO	Cubierta
83.1.9.02	LIBERACIÓN DE MÚSCULO	Cubierta
83.1.9.05	ESCALENOTOMÍA O SECCIÓN DE ESCALENO ANTERIOR SIN RESECCIÓN DE COSTILLA CERVICAL	Cubierta
83.1.9.10	SECCIÓN DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO	Cubierta
83.2.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL, INCLUSO AQUEL DE MANO	
83.2.1.	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO	Cubierta
83.2.1.01	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA ABIERTA	Cubierta
83.2.1.02	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
83.2.1.03	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VÍA ABIERTA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.2.1.04	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
83.3.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL	
83.3.0.	RESECCIÓN DE TUMOR DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL	Cubierta
83.3.0.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FASCIA, MÚSCULO, TENDÓN O SINOVIAL	Cubierta
83.3.0.02	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FASCIA, MÚSCULO, TENDÓN O SINOVIAL	Cubierta
83.3.1.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN	Cubierta
Excluye:	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO (83.2.1.)	
83.3.1.01	ESCISIÓN DE GANGLIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN, EXCEPTO DE MANO	Cubierta
83.3.2.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR CONTRACTURA ISQUÉMICA [SÍNDROME COMPARTIMENTAL]	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.3.2.01	ESCISIÓN DE MIOSITIS OSIFICANTE	Cubierta
83.3.2.02	ESCISIÓN O RESECCIÓN DE: HUESO HETEROTÓPICO O CALCIFICACIONES HETEROTÓPICAS EN MUSCULO	Cubierta
83.3.2.03	ESCISIÓN DE CICATRIZ DE MÚSCULO	Cubierta
83.3.9.	ESCISIÓN DE LESIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO	Cubierta
83.3.9.01	ESCISIÓN DE QUISTE POPLÍTEO [DE BAKER]	Cubierta
83.4.	OTRA ESCISIÓN DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA	
83.4.1.	ESCISIÓN DE TENDÓN PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA)	Cubierta
83.4.1.00	ESCISIÓN DE TENDÓN PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA) SOD	Cubierta
83.4.2.	OTRA TENDONECTOMÍA	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR TENOSINOVITIS INFECCIOSA EN SITIO DIFERENTE A LA MANO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.4.2.01	ESCISIÓN DE APONEUROSIS O VAINA DE TENDÓN	Cubierta
83.4.2.02	TENOSINOVECTOMÍA	Cubierta
83.4.2.03	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EXCEPTO MANO	Cubierta
83.4.3.	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA PARA INJERTO	Cubierta
83.4.3.00	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA PARA INJERTO SOD	Cubierta
83.4.4.	OTRA FASCIECTOMÍA	No Cubierta
83.4.4.00	OTRA FASCIECTOMÍA SOD	No Cubierta
83.4.5.	OTRA MIECTOMÍA	Cubierta
83.4.5.01	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO SOD	Cubierta
83.4.5.02	ESCALENECTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.4.6.	RESECCIÓN DE BOLSA TENDINOSA, FASCIA, MÚSCULO O TENDÓN; EXCEPTO MANO Y PIE	Cubierta
83.4.6.00	RESECCIÓN DE BOLSA TENDINOSA, FASCIA, MÚSCULO O TENDÓN; EXCEPTO MANO Y PIE SOD	Cubierta
83.4.9.	OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO NO ARTICULAR	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR HERIDA INFECTADA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
Excluye:	<i>LAVADO Y DESBRIDAMIENTO EN FRACTURAS (79.6.)</i>	
83.4.9.10	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO	Cubierta
83.4.9.20	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO	Cubierta
83.4.9.30	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN MUSLO	Cubierta
83.4.9.40	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA	Cubierta
83.4.9.50	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.5.	BURSECTOMÍA	
83.5.1.	BURSECTOMÍA ABIERTA	Cubierta
83.5.1.00	BURSECTOMÍA ABIERTA SOD	Cubierta
83.5.5.	BURSECTOMÍA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
83.5.5.00	BURSECTOMÍA POR ARTROSCOPIA SOD	Cubierta
83.6.	SUTURAS DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA	
Incluye:	AQUILORRAFIA	
83.6.0.	SUTURA DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA	Cubierta
83.6.0.10	SUTURA DE MUSCULO O TENDÓN O FASCIA O APONEUROSIS SOD	Cubierta
83.6.1.	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.6.1.00	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDÓN SOD	Cubierta
83.6.2.	SUTURA DIFERIDA DE TENDÓN	Cubierta
83.6.2.01	TENORRAFIA DE FLEXORES DE ANTEBRAZO (UNO O MÁS)	Cubierta
83.6.2.02	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE ANTEBRAZO (UNO O MÁS)	Cubierta
83.6.3.	REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR DESGARRO ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
83.6.3.01	REPARACIÓN VÍA ABIERTA DEL MANGUITO ROTADOR	Cubierta
83.6.3.05	SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR POR ENDOSCOPIA	Cubierta
83.6.4.	OTRA SUTURA DE TENDÓN	Cubierta
83.6.4.05	SUTURA DEL TENDÓN [TENODESIS] BICIPITAL POR ENDOSCOPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.7.	RECONSTRUCCIÓN DE MÚSCULOS Y TENDÓN	
Excluye:	<i>RECONSTRUCCIÓN MUSCULAR Y DE TENDÓN ASOCIADA CON ARTROPLASTIA</i>	
83.7.1.	AVANZAMIENTO DE TENDÓN	Cubierta
83.7.1.00	AVANZAMIENTO DE TENDÓN SOD	Cubierta
83.7.2.	RETROCESO DE TENDÓN	Cubierta
83.7.2.00	RETROCESO DE TENDÓN SOD	Cubierta
83.7.3.	REFIJACIÓN DE TENDÓN	Cubierta
83.7.3.00	REFIJACIÓN DE TENDÓN SOD	Cubierta
83.7.4.	REFIJACIÓN DE MÚSCULO	Cubierta
83.7.4.00	REFIJACIÓN DE MÚSCULO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.7.5.	TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE TENDÓN	Cubierta
83.7.5.01	TRANSFERENCIAS DEL PRONADOR REDONDO	Cubierta
83.7.5.02	TRANSFERENCIAS DE TENDÓN EN PARÁLISIS RADIAL	Cubierta
83.7.5.03	TRANSFERENCIA TENDINOSA O MIOTENDINOSA CON ESCAPULOPEXIA	Cubierta
83.7.6.	TRANSPOSICIÓN MIOTENDINOSA	Cubierta
83.7.6.01	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO	Cubierta
83.7.6.02	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE ANTEBRAZO	Cubierta
83.7.6.03	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CODO	Cubierta
83.7.6.04	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUÑECA	Cubierta
83.7.6.05	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CADERA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.7.6.06	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUSLO	Cubierta
83.7.6.07	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE RODILLA	Cubierta
83.7.6.08	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA	Cubierta
83.7.6.09	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE	Cubierta
83.7.7.	TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE MÚSCULO	Cubierta con aclaración
83.7.7.01	TRASPLANTE DE MUSCULO	No Cubierta
83.7.7.02	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO	Cubierta
83.7.9.	OTRA TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO	Cubierta
83.7.9.01	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO CON DESCENSO DE TROCÁNTER MAYOR Y OSTEOTOMÍA	Cubierta
83.8.	OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>PLICATURA, PLASTIAS, ALARGAMIENTO, ACORTAMIENTO</i>	
Excluye:	<i>PLASTIAS DE MÚSCULO Y TENDÓN ASOCIADAS CON ARTROPLASTIA</i>	
83.8.1.	INJERTO DE TENDÓN	No Cubierta
Excluye:	<i>INJERTO DE TENDÓN EN MANO (82.7.9.)</i>	
83.8.1.00	INJERTO DE TENDÓN SOD	No Cubierta
83.8.2.	INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA	Cubierta
Excluye:	<i>AQUEL QUE HACE PARTE O ES ACTIVIDAD DE OTRO PROCEDIMIENTO (OMITIR CÓDIGO)</i>	
83.8.2.00	INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA SOD	Cubierta
83.8.4.	LIBERACIÓN DE PIE TALO	Cubierta
83.8.4.01	LIBERACIÓN DE MÚSCULO TENDÓN Y FASCIA DE PIE TALO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.8.5.	OTRO CAMBIO DE LONGITUD EN MÚSCULO O TENDÓN	Cubierta
Incluye:	<i>PLICATURA, PLASTIAS, ALARGAMIENTO, ACORTAMIENTO</i>	
83.8.5.01	ALARGAMIENTO TENDÓN POPLÍTEO	Cubierta
83.8.5.02	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDÓN DE AQUILES	Cubierta
83.8.5.05	REPARACIÓN DEL TENDÓN DEL CUÁDRICEPS CON FIJACIÓN	Cubierta
83.8.6.	CUADRICEPSPLASTIA	Cubierta
83.8.6.01	CUADRICEPSPLASTIA ABIERTA	Cubierta
83.8.6.02	CUADRICEPSPLASTIA POR ARTROSCOPIA	Cubierta
83.8.7.	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MÚSCULO	Cubierta
83.8.7.10	MUSCULOPLASTIA O MIOPLASTIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.8.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN TENDÓN	Cubierta con aclaración
83.8.8.10	MIOTENOPLASTIA	Cubierta
83.8.8.20	FIJACIÓN DE TENDÓN	No Cubierta
83.8.8.30	TENODESIS	Cubierta
83.8.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN FASCIA	Cubierta con aclaración
83.8.9.10	ALARGAMIENTO DE FASCIA	No Cubierta
83.8.9.40	FASCIOPLASTIA	Cubierta
83.8.9.60	PLICATURA DE FASCIA	Cubierta
83.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULOS, TENDÓN FASCIA Y BURSA	
Excluye:	ESTIRADO Y MANIPULACIONES NO OPÉRATORIAS (93.2.5. - 93.2.9.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.9.1.	LISIS DE ADHERENCIAS DE MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA	Cubierta
83.9.1.01	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDÓN [TENOLISIS]	Cubierta
83.9.2.	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE ESTIMULADOR MÚSCULO ESQUELÉTICO	No Cubierta
83.9.2.00	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE ESTIMULADOR MÚSCULO ESQUELÉTICO SOD	No Cubierta
83.9.3.	ELIMINACIÓN DE ESTIMULADOR MÚSCULO ESQUELÉTICO	No Cubierta
83.9.3.00	ELIMINACIÓN DE ESTIMULADOR MÚSCULO ESQUELÉTICO SOD	No Cubierta
83.9.4.	ASPIRACIÓN DE BURSA	Cubierta
83.9.4.00	ASPIRACIÓN DE BURSA SOD	Cubierta
83.9.5.	ASPIRACIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO	Cubierta
Excluye:	AQUELLA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (86.1.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.9.5.00	ASPIRACIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO SOD	Cubierta
83.9.6.	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA	Cubierta
83.9.6.00	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA SOD	Cubierta
83.9.7.	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN	Cubierta
83.9.7.00	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN SOD	Cubierta
83.9.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA	Cubierta
Excluye:	<i>EXTRACCIÓN POR ARTROTOMÍA DE CUERPOS EXTRAÑOS O MATERIAL DE SUTURA DE ARTICULACIÓN (80.0. - 80.0.9.) O EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA (98.2.)</i>	
83.9.9.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE HOMBRO (MÚSCULOS, TENDÓN, SINOVIAL)	Cubierta
83.9.9.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MÚSCULOS, TENDÓN, SINOVIAL)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
83.9.9.03	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE ANTEBRAZO (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	Cubierta
83.9.9.06	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE CADERA (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	Cubierta
83.9.9.07	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	Cubierta
83.9.9.08	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	Cubierta
83.9.9.09	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIE (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	Cubierta
84.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR	
84.0.	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR	
Excluye:	REVISIÓN DE MUÑÓN (84.3.)	
84.0.0.	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
84.0.0.01	AMPUTACIÓN CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
84.0.0.02	AMPUTACIÓN KINEPLÁSTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	Cubierta
84.0.0.03	AMPUTACIÓN ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	Cubierta
84.0.1.	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDOS DE LA MANO	Cubierta
84.0.1.00	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDOS DE LA MANO (UNO O MÁS) SOD	Cubierta
84.0.2.	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE PULGAR	Cubierta
84.0.2.00	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE PULGAR SOD	Cubierta
84.0.3.	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HUESOS DEL CARPO (MANO)	Cubierta
84.0.3.00	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE MANO (CARPO) SOD	Cubierta
84.0.4.	DESARTICULACIÓN DE MUÑECA	Cubierta
84.0.4.00	DESARTICULACIÓN DE MUÑECA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
84.0.5.	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO	Cubierta
84.0.5.00	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO SOD	Cubierta
84.0.6.	DESARTICULACIÓN DE CODO	Cubierta
84.0.6.00	DESARTICULACIÓN DE CODO SOD	Cubierta
84.0.7.	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HÚMERO	Cubierta
84.0.7.01	AMPUTACIÓN DE BRAZO	Cubierta
84.0.8.	DESARTICULACIÓN DE HOMBRO	Cubierta
84.0.8.00	DESARTICULACIÓN DE HOMBRO SOD	Cubierta
84.0.9.	AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA DE CUARTO SUPERIOR, ESCAPULOTORÁCICA</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
84.0.9.00	AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR SOD	Cubierta
84.1.	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR	
Excluye:	<i>REVISIÓN DE MUÑÓN DE AMPUTACIÓN (84.3.)</i>	
84.1.0.	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta
84.1.0.01	AMPUTACIÓN CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	Cubierta
84.1.0.02	AMPUTACIÓN KINEPLÁSTICA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	Cubierta
84.1.0.03	AMPUTACIÓN ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	Cubierta
84.1.1.	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE ARTEJOS	Cubierta
84.1.1.00	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE ARTEJOS (UNO O MÁS) SOD	Cubierta
84.1.2.	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>A TRAVÉS DE LA MITAD DEL PIE O DE MEDIO PIE, MEDIOTARSIANA [TÉCNICA DE CHOPART] O TRANSMETATARSIANA</i>	
84.1.2.00	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIE SOD	Cubierta
84.1.3.	DESARTICULACIÓN DE TOBILLO	Cubierta
84.1.3.00	DESARTICULACIÓN DE TOBILLO SOD	Cubierta
84.1.4.	AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALÉOLO DE TIBIA Y PERONÉ	Cubierta
84.1.4.00	AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALÉOLO DE TIBIA Y PERONÉ SOD	Cubierta
84.1.5.	OTRA AMPUTACIÓN POR DEBAJO DE LA RODILLA	Cubierta
84.1.5.00	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIERNA SOD	Cubierta
84.1.6.	DESARTICULACIÓN DE RODILLA	Cubierta
Incluye:	<i>AMPUTACIÓN DE [BATCH], [SPILTLER Y MCFADDIN], [MAZET], [DE SP ROGER]</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
84.1.6.00	DESARTICULACIÓN DE RODILLA SOD	Cubierta
84.1.7.	AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA A TRAVÉS DE FÉMUR, DE MUSLO, SUPRACONDILEA POR ENCIMA DE LA RODILLA</i>	
84.1.7.00	AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA SOD	Cubierta
84.1.8.	DESARTICULACIÓN DE CADERA	Cubierta
84.1.8.00	DESARTICULACIÓN DE CADERA SOD	Cubierta
84.2.	REIMPLANTE DE EXTREMIDAD	
84.2.1.	REIMPLANTE DE PULGAR	Cubierta
84.2.1.00	REIMPLANTE DE PULGAR SOD	Cubierta
84.2.2.	REIMPLANTE DE DEDOS EN MANO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
84.2.2.02	REIMPLANTE DE UN DEDO EN MANO	Cubierta
84.2.2.03	REIMPLANTE DE DOS DEDOS EN MANO	Cubierta
84.2.2.04	REIMPLANTE DE TRES DEDOS EN MANO	Cubierta
84.2.2.05	REIMPLANTE DE CUATRO O MÁS DEDOS EN MANO	Cubierta
84.2.3.	REIMPLANTE DE ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO	Cubierta
84.2.3.01	REIMPLANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO	Cubierta
84.2.3.02	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DEL METACARPO	Cubierta
84.2.3.03	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DE LA MUÑECA	Cubierta
84.2.4.	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL BRAZO	Cubierta
84.2.4.01	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL BRAZO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
84.2.5.	REIMPLANTE DE ARTEJOS	Cubierta
84.2.5.00	REIMPLANTE DE ARTEJOS SOD	Cubierta
84.2.6.	REIMPLANTE DE PIE	Cubierta
84.2.6.00	REIMPLANTE DE PIE SOD	Cubierta
84.2.7.	REIMPLANTE DE PIERNA O TOBILLO	Cubierta
84.2.7.00	REIMPLANTE DE PIERNA SOD	Cubierta
84.2.8.	REIMPLANTE DE MUSLO	Cubierta
84.2.8.00	REIMPLANTE DE MUSLO SOD	Cubierta
84.3.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN	
84.3.1.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
84.3.1.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO SOD	Cubierta
84.3.2.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO	Cubierta
84.3.2.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO SOD	Cubierta
84.3.3.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE BRAZO	Cubierta
84.3.3.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE BRAZO SOD	Cubierta
84.3.4.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MANO	Cubierta
84.3.4.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MANO SOD	Cubierta
84.3.5.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO	Cubierta
84.3.5.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO (UNO O MÁS) SOD	Cubierta
84.3.6.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MUSLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
84.3.6.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MUSLO SOD	Cubierta
84.3.7.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA	Cubierta
84.3.7.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA SOD	Cubierta
84.3.8.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DEL PIE O ARTEJOS	Cubierta
84.3.8.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DEL PIE O ARTEJOS SOD	Cubierta
84.3.9.	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE CADERA	Cubierta
84.3.9.00	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE CADERA SOD	Cubierta
84.4.	IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO O MIEMBRO PROTÉSICO	
Excluye:	ADAPTACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE PRÓTESIS (93.2.4.)	
84.4.1.	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE BRAZO Y HOMBRO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
84.4.1.00	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE BRAZO Y HOMBRO SOD	Cubierta
84.4.2.	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE ANTEBRAZO Y MANO	No Cubierta
84.4.2.00	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE ANTEBRAZO Y MANO SOD	No Cubierta
84.4.3.	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR ENCIMA DE RODILLA	Cubierta
84.4.3.00	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR ENCIMA DE RODILLA SOD	Cubierta
84.4.4.	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR DEBAJO DE RODILLA	Cubierta
84.4.4.00	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR DEBAJO DE RODILLA SOD	Cubierta
84.4.5.	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PIERNA	Cubierta
84.4.5.00	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PIERNA SOD	Cubierta
84.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	MANIPULACIÓN NO OPERATORIA (93.2.5. - 93.2.9.)	
84.9.0.	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR PIE EQUINO VARO, CAVO, VALGO, TALLUS O CONVEXO, PIE CAVO	
84.9.0.01	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES	Cubierta
84.9.0.02	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES Y MEDIALES	Cubierta
84.9.0.03	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS Y PARTES ÓSEAS	Cubierta
84.9.1.	AMPUTACIONES	Cubierta
84.9.1.01	AMPUTACIÓN	Cubierta
84.9.2.	SEPARACIÓN DE GEMELOS UNIDOS IGUALES	No Cubierta
84.9.2.00	SEPARACIÓN DE GEMELOS UNIDOS IGUALES SOD	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
84.9.3.	SEPARACIÓN DE GEMELOS UNIDOS DESIGUALES	No Cubierta
84.9.3.00	SEPARACIÓN DE GEMELOS UNIDOS DESIGUALES SOD	No Cubierta
84.9.4.	CORRECCIÓN DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL	Cubierta
84.9.4.00	CORRECCIÓN DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL SOD	Cubierta
84.9.5.	PROCEDIMIENTOS MÚLTIPLES EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta con aclaración
84.9.5.01	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE: OSTEOTOMÍAS O FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) EN FÉMUR, TIBIA Y PERONÉ; TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS; TENOTOMÍAS O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN MUSLO, PIERNA Y PIE TRIPLE ARTRODESIS EN PIE	Cubierta
84.9.5.02	INFUSIÓN AISLADA DE EXTREMIDAD	No Cubierta
84.9.5.03	PERFUSIÓN AISLADA DE EXTREMIDAD	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Capítulo 14 SISTEMA TEGUMENTARIO		
85.	PROCEDIMIENTOS EN LA MAMA	
Incluye:	<i>PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE MAMA (FEMENINA O MASCULINA), SITIO DE MASTECTOMÍA ANTERIOR Y REVISIONES DE MASTECTOMÍA PREVIA</i>	
85.0.	MASTOTOMÍA	
85.0.1.	DRENAJE EN MAMA POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCESO O HEMATOMA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
85.0.1.00	DRENAJE EN MAMA DE COLECCIÓN POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA SOD	Cubierta
85.0.2.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA	Cubierta
85.0.2.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA POR MASTOTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
85.1.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN MAMA	
85.1.1.	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE MAMA	Cubierta
Simultáneo:	<i>TODOS LOS TIPOS DE IMÁGENES COMO GUÍA</i>	
85.1.1.01	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA	Cubierta
85.1.1.02	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	Cubierta
85.1.1.03	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	Cubierta
85.1.2.	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA	Cubierta
85.1.2.00	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA SOD	Cubierta
85.1.3.	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA	Cubierta
Incluye:	<i>GUÍA IMAGENOLÓGICA</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
85.1.3.01	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA CON ARPÓN U OTRO DISPOSITIVO	Cubierta
85.1.3.02	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	Cubierta
85.1.3.03	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA RADIOGUIADA	Cubierta
85.2.	ESCISIÓN DE TEJIDO DE LA MAMA	
85.2.0.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO DE MAMA	Cubierta
85.2.0.02	ESCISIÓN SELECTIVA DE CANAL GALACTÓFORO	Cubierta
85.2.0.03	ESCISIÓN EN BLOQUE DE CONDUCTOS GALACTÓFOROS	Cubierta
85.2.1.	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA	Cubierta
Incluye:	NÓDULO, FIBROADENOMA, QUISTE, FÍSTULA U OTRA LESIÓN DE MAMA	
85.2.1.00	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
85.2.2.	RESECCIÓN DE CUADRANTES DE MAMA	Cubierta
85.2.2.01	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA	Cubierta
85.2.2.02	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA CON CONDUCTOS TERMINALES	Cubierta
85.2.3.	MASTECTOMÍA SUBTOTAL	Cubierta
85.2.3.00	MASTECTOMÍA SUBTOTAL SOD	Cubierta
85.2.4.	ESCISIÓN DE TEJIDO MAMARIO ECTÓPICO	Cubierta
85.2.4.01	ESCISIÓN DE PEZÓN ACCESORIO O SUPERNUMERARIO	Cubierta
85.2.6.	ESCISIÓN DE AREOLA O PEZÓN	Cubierta
85.2.6.01	ESCISIÓN DE PEZÓN	Cubierta
85.2.6.02	ESCISIÓN DE COMPLEJO AREOLA PEZÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
85.3.	PLASTIAS EN MAMA [MAMOPLASTIA]	
85.3.0.	LEVANTAMIENTO DE MAMA [MAMOPEXIA]	No Cubierta
85.3.0.01	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] UNILATERAL	No Cubierta
85.3.0.02	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] BILATERAL	No Cubierta
85.3.1.	REDUCCIÓN DE MAMA [MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN]	Cubierta
85.3.1.03	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN UNILATERAL	Cubierta
85.3.1.04	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN BILATERAL	Cubierta
85.3.2.	PLASTIA DE AUMENTO DE MAMA [MAMOPLASTIA DE AUMENTO]	No Cubierta
85.3.2.01	MAMOPLASTIA DE AUMENTO UNILATERAL CON DISPOSITIVO	No Cubierta
85.3.2.02	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
85.3.2.03	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO UNILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO	No Cubierta
85.3.2.04	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO BILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO	No Cubierta
85.3.4.	PLASTIA ONCOLÓGICA DE MAMA [MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA]	Cubierta
85.3.4.01	MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA UNILATERAL	Cubierta
85.3.4.02	MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA BILATERAL	Cubierta
85.4.	MASTECTOMÍA	
85.4.0.	MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA	Cubierta
85.4.0.01	MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	Cubierta
85.4.0.02	EXTIRPACIÓN DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMÍA] SUBCUTÁNEA	Cubierta
85.4.1.	MASTECTOMÍAS SIMPLES UNILATERALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
85.4.1.01	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL	Cubierta
85.4.1.02	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL POR GLÁNDULA SUPERNUMERARIA	Cubierta
85.4.1.03	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN	Cubierta
85.4.2.	MASTECTOMÍAS SIMPLES BILATERALES	Cubierta
85.4.2.01	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL	Cubierta
85.4.2.02	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL POR GLÁNDULA SUPERNUMERARIA	Cubierta
85.4.2.03	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN	Cubierta
85.4.3.	MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA UNILATERAL	Cubierta
85.4.3.01	MASTECTOMÍA SIMPLE CON ESCISIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES	Cubierta
85.4.4.	MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
85.4.4.01	MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
85.4.5.	MASTECTOMÍA RADICAL UNILATERAL	Cubierta
85.4.5.01	ESCISIÓN DE MAMA, MÚSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFÁTICO REGIONALES	Cubierta
85.4.5.02	MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA UNILATERAL	Cubierta
85.4.6.	MASTECTOMÍA RADICAL BILATERAL	Cubierta
85.4.6.01	MASTECTOMÍA RADICAL BILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
85.4.7.	MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA UNILATERAL	Cubierta
85.4.7.01	ESCISIÓN DE MAMA, MÚSCULOS, GANGLIOS LINFÁTICOS (AXILARES, CLAVICULARES, SUPRACLAVICULARES, MAMARIOS INTERNOS Y MEDIASTÍNICOS)	Cubierta
85.4.8.	MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA BILATERAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
85.4.8.01	MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA BILATERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
85.7.	RECONSTRUCCIÓN TOTAL DE MAMA	
85.7.1.	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON DISPOSITIVO	No Cubierta
85.7.1.01	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON DISPOSITIVO	No Cubierta
85.7.1.02	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON DISPOSITIVO	No Cubierta
85.7.2.	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON TEJIDO AUTÓLOGO	Cubierta
85.7.2.01	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON COLGAJO	Cubierta
85.7.2.02	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON COLGAJO	Cubierta
85.7.2.03	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO	Cubierta
85.7.2.04	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
85.8.	REPARACIONES EN MAMA	
85.8.1.	SUTURA DE HERIDA DE LA MAMA	Cubierta
85.8.1.01	SUTURA DE HERIDA DE MAMA	Cubierta
85.8.2.	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA	Cubierta
85.8.2.00	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD	Cubierta
85.8.3.	INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA	Cubierta
85.8.3.00	INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD	Cubierta
85.8.4.	COLGAJO EN LA MAMA	Cubierta
85.8.4.01	COLGAJO LOCAL EN LA MAMA	Cubierta
85.8.4.02	COLGAJO LOCAL CUTÁNEO EN LA MAMA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
85.8.4.03	COLGAJO LOCAL MUSCULOCUTÁNEO EN LA MAMA	Cubierta
85.8.4.05	COLGAJO LIBRE CON TÉCNICA MICROVASCULAR EN LA MAMA	Cubierta
85.8.7.	PLASTIA O RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN	Cubierta
85.8.7.01	RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA PEZÓN	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA CON COLGAJO, INJERTO O TATUAJE; TRANSPOSICIÓN DE PEZÓN</i>	
85.8.7.02	DIFERIMIENTO DEL COMPLEJO AREOLA PEZON	Cubierta
85.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN LA MAMA	
85.9.0.	INCISIÓN O EXTRACCIÓN DE CÁPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA	No Cubierta
85.9.0.01	INCISIÓN DE CÁPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA (CAPSULOTOMÍA EN MAMA)	No Cubierta
85.9.0.02	EXTRACCIÓN DE CÁPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA (CAPSULECTOMÍA EN MAMA)	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
85.9.4.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN MAMA	No Cubierta
85.9.4.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE MAMA UNILATERAL	No Cubierta
85.9.4.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE MAMA BILATERAL	No Cubierta
86.	PROCEDIMIENTOS EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
Incluye:	<i>PROCEDIMIENTOS SOBRE CUERPOS ADIPOSOS SUBCUTÁNEOS, FOLÍCULOS PILOSOS, FOSAS SUPERFICIALES, GLÁNDULAS SUDORÍPARAS, PERINÉ MASCULINO Y UÑAS EL ÁREA ESPECIAL COMPRENDE (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES)</i>	
86.0.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
86.0.1.	BIOPSIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Cubierta
86.0.1.01	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.0.1.02	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO O MUCOSA (CON SUTURA)	Cubierta
86.0.1.03	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)	Cubierta
86.0.2.	PRUEBAS DE SENSIBILIZACIÓN EN PIEL	Cubierta
86.0.2.01	PRUEBA INTRADÉRMICA DE ALERGIA	Cubierta
86.0.2.02	PRUEBA EPICUTÁNEA DE ALERGIA (PRUEBA DE PARCHE)	Cubierta
86.0.2.03	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	Cubierta
86.0.2.04	PRUEBA INTRADERMOREACCIÓN DE ESPOROTRIQUINA	Cubierta
86.0.2.05	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	Cubierta
86.0.2.06	LEPROMINA PRUEBA [DE MITSUDA]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.0.2.07	Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]	Cubierta
86.0.2.08	PRUEBA DE INTRADERMOREACCIÓN PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA MICROORGANISMOS	Cubierta
86.0.2.09	Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	Cubierta
86.0.2.10	ESTUDIO FOTOBIOLOGICO (FOTOPARCHE)	Cubierta
86.1.	INCISIÓN DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
86.1.0.	RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE MATERIALES EXÓGENOS POR ALOGENOSIS	No Cubierta
86.1.0.01	RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE MATERIALES EXÓGENOS POR ALOGENOSIS EN BLOQUE	No Cubierta
86.1.0.02	RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE MATERIALES EXÓGENOS POR ALOGENOSIS CIRCUNFERENCIAL	No Cubierta
86.1.1.	DRENAJE DE TEJIDOS BLANDOS	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL POR ABSCESO SUPERFICIAL,HEMATOMA, PANADIZO, ABSCESO PROFUNDO, FLEGMÓN ENTRE OTROS</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.1.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	Cubierta
86.1.1.02	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	Cubierta
86.1.1.03	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	Cubierta
86.1.1.04	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	Cubierta
86.1.2.	INCISIÓN CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Cubierta
86.1.2.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL POR INCISIÓN	Cubierta
86.1.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL POR INCISIÓN	Cubierta
86.1.2.03	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	Cubierta
86.1.4.	INYECCIÓN, INFILTRACIÓN DE MATERIAL DE RELLENO O TATUAJE DE LESIÓN O DEFECTO DE PIEL	Cubierta con aclaración
Incluye:	<i>LESIONES EN MAMA; LESIONES DE UNO A DOS CENTÍMETROS DE DIÁMETRO; EN CORRECCIÓN DE DEFECTOS EN PIEL</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.1.4.01	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	Cubierta
86.1.4.02	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	Cubierta
86.1.4.03	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MÁS DE DIEZ LESIONES	Cubierta
86.1.4.10	TATUAJE INTRADÉRMICO O INYECCIÓN DE PIGMENTOS OPACOS INSOLUBLES	No Cubierta
86.1.4.11	INYECCIÓN DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULÍNICA)	Cubierta
86.1.8.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Cubierta con aclaración
86.1.8.01	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS	Cubierta
86.1.8.03	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBDÉRMICO (EPIDERMOCCLISIS)	Cubierta
86.1.8.04	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR ELÉCTRICO TRANSCUTÁNEO (PARA CONTROL DE DOLOR)	No Cubierta
86.1.8.05	INSERCIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN TOTALMENTE IMPLANTABLE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.1.9.	REVISIÓN O REPROGRAMACIÓN DE DISPOSITIVOS DE INFUSIÓN	Cubierta
86.1.9.01	REVISIÓN O REPROGRAMACIÓN DE DISPOSITIVO DE INFUSIÓN	Cubierta
86.2.	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
86.2.1.	ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL	Cubierta
86.2.1.01	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL	Cubierta
86.2.1.02	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE PILONIDAL	Cubierta
86.2.1.03	RESECCIÓN QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISIÓN ABIERTA)	Cubierta
86.2.1.04	RESECCIÓN QUISTE PILONIDAL CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO	Cubierta
86.2.2.	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>POR ESCARA, NECROSIS, QUEMADURA, ÚLCERA, INFECCIÓN O HERIDA MEDIANTE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR INCISIÓN, RESECCIÓN O EXTRACCIÓN</i>	
86.2.2.01	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL EN ÁREA ESPECIAL DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.2.2.02	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL EN ÁREA ESPECIAL DE MÁS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.2.2.03	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL HASTA EL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.2.2.04	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.2.2.05	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.2.2.06	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL ENTRE EL 30% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.2.2.07	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL DE MÁS DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.2.3.	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUEL POR ESCARA, NECROSIS, QUEMADURA, ÚLCERA, INFECCIÓN O HERIDA MEDIANTE DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR INCISIÓN, RESECCIÓN O EXTRACCIÓN</i>	
86.2.3.01	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS EN ÁREA ESPECIAL DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.2.3.02	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS EN ÁREA ESPECIAL DE MÁS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.2.3.03	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS HASTA EL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.2.3.04	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.2.3.05	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.2.3.06	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS ENTRE EL 30% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.2.3.07	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS DE MÁS DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.2.3.10	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES), CON CIERRE PRIMARIO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.2.3.11	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMÍA, RESECCIÓN DE BURSA POR ÚLCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO	Cubierta
86.2.3.12	DESBRIDAMIENTO DE LESIÓN PROFUNDA (ÚLCERA) CON COCCIGECTOMÍA	Cubierta
86.2.3.20	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN MANOS	Cubierta
86.2.3.21	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN TRONCO O POR EXTREMIDAD	Cubierta
86.2.3.22	ESCAROTOMÍA CUADRICULADA	Cubierta
86.2.3.23	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TEMPRANA HASTA EL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.24	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TEMPRANA ENTRE EL 5% AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.25	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TEMPRANA ENTRE EL 10%AL 15% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.26	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TEMPRANA ENTRE EL 15% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.2.3.27	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TEMPRANA DE MÁS DEL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.30	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TARDÍA CON INJERTOS DE PIEL HASTA EL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.31	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TARDÍA CON INJERTOS DE PIEL, ENTRE EL 5% AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.32	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TARDÍA CON INJERTOS DE PIEL, ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.33	ESCARECTOMÍA TANGENCIAL TARDÍA CON INJERTOS DE PIEL, DE MÁS DEL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.40	ESCARECTOMÍA AVULSIVA HASTA EL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.41	ESCARECTOMÍA AVULSIVA ENTRE EL 5% AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.42	ESCARECTOMÍA AVULSIVA ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.43	ESCARECTOMÍA AVULSIVA MAYOR DEL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.3.50	ESCARECTOMÍA CON FASCIOTOMÍA EN EXTREMIDADES (POR QUEMADURA ELÉCTRICA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.2.4.	DERMOEXFOLIACIÓN (QUIMIOCIRUGÍA DE PIEL)	No Cubierta
Incluye:	<i>CON ÁCIDO GLICÓLICO, ÁCIDO TRICLOROACÉTICO U OTRA SUSTANCIA</i>	
86.2.4.01	DERMOEXFOLIACIÓN SUPERFICIAL	No Cubierta
86.2.4.02	DERMOEXFOLIACIÓN MEDIA	No Cubierta
86.2.4.03	DERMOEXFOLIACIÓN PROFUNDA	No Cubierta
86.2.4.04	DERMOEXFOLIACIÓN CON LÁSER PARCIAL O TOTAL	No Cubierta
86.2.5.	ABRASIÓN DÉRMICA	Cubierta
86.2.5.01	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) DE ÁREA GENERAL	Cubierta
86.2.5.02	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) DE ÁREA ESPECIAL	Cubierta
86.2.5.03	DERMOABRASIÓN PARCIAL (QUÍMICA O MECÁNICA) DE CARA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.2.5.04	DERMOABRASIÓN TOTAL (QUÍMICA O MECÁNICA) DE CARA	Cubierta
86.2.6.	OTROS DESBRIDAMIENTOS	Cubierta
86.2.6.01	DESBRIDAMIENTO CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN SUBATMOSFÉRICA	Cubierta
86.2.6.02	SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN SUBATMOSFÉRICA	Cubierta
86.2.7.	EXTRACCIÓN DE UÑA, LECHO O PLIEGUE	Cubierta
Incluye:	UÑAS DE MANOS O DE PIES	
86.2.7.01	ONICECTOMÍA	Cubierta
86.2.7.02	MATRICECTOMÍA PARCIAL	Cubierta
86.2.7.03	MATRICECTOMÍA TOTAL	Cubierta
86.2.8.	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUEL POR HERIDA, INFECCIÓN, QUEMADURA, ÚLCERAS POR DE DECÚBITO U OTRAS, MEDIANTE CEPILLADO, LAVADO, IRRIGACIÓN BAJA PRESIÓN, RASPADO CON O SIN APLICACIÓN DE TÓPICO</i>	
86.2.8.01	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.8.02	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.8.03	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.8.04	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.8.05	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.8.06	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 40% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.8.07	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	Cubierta
86.2.9.	FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.2.9.00	FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	Cubierta
86.3.	OTRA ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
86.3.1.	ABLACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA	Cubierta
Incluye:	<i>VERRUGAS, APÉNDICES DÉRMICOS Y FIBROCUTÁNEOS, LUNARES O CLAVOS</i>	
86.3.1.01	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES	Cubierta
86.3.1.02	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, MÁS DE SEIS LESIONES	Cubierta
86.3.1.03	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES	Cubierta
86.3.1.04	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES	Cubierta
86.3.1.05	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, MÁS DE DIEZ LESIONES	Cubierta
86.3.5.	ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.3.5.01	ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA, HASTA CINCO LESIONES	Cubierta
86.3.5.02	ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA, ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	Cubierta
86.3.5.03	ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA, MÁS DE DIEZ LESIONES	Cubierta
86.3.6.	OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN LOCAL DE LESIONES CUTÁNEAS	Cubierta con aclaración
86.3.6.01	APERTURA O RESECCIÓN DE QUISTES O PÚSTULAS (CIRUGÍA PARA ACNÉ)	No Cubierta
86.3.6.02	EXTRACCIÓN DE COMEDONES (COMEDOLISIS)	Cubierta
86.3.6.03	ABLACIÓN DE TELANGIECTASIAS POR ESCLEROTERAPIA	No Cubierta
86.3.6.90	ESCISIÓN O ABLACIÓN LOCAL DE LESIÓN CUTÁNEA	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR QUISTES DE MILIO, MOLUSCOS CONTAGIOSOS ENTRE OTRAS CAUSAS, MEDIANTE CURETAJE, EXTIRPACIÓN U OTRA TÉCNICA DE ERRADICACIÓN LOCAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.3.8.	ABLACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR HAZ DE LÁSER	No Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA POR TELANGIECTASIAS ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
86.3.8.00	ABLACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS (TATUAJE) POR HAZ DE LÁSER SOD	No Cubierta
86.4.	ESCISIÓN RADICAL DE LESIÓN CUTÁNEA	
86.4.1.	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL	Cubierta
Simultáneo:	<i>CODIFICAR ADEMÁS CUALQUIER DISECCIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO (40.3. - 40.4. - 40.5.)</i>	
86.4.1.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL HASTA TRES CENTÍMETROS	Cubierta
86.4.1.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS	Cubierta
86.4.1.03	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS	Cubierta
86.4.1.04	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.4.1.05	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)	Cubierta
86.4.1.06	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)	Cubierta
86.4.2.	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Cubierta
Incluye:	ÁREA ESPECIAL (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES)	
Simultáneo:	CODIFICAR CUALQUIER RECONSTRUCCIÓN O REPARACIÓN CON INJERTO (86.6.1. - 86.6.7.) COLGAJO (86.7.0. - 86.7.5.)	
86.4.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, HASTA UN CENTÍMETRO	Cubierta
86.4.2.02	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTÍMETROS	Cubierta
86.4.2.03	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTÍMETROS	Cubierta
86.4.2.04	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS	Cubierta
86.4.2.05	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.4.3.	CIRUGÍA MICROGRÁFICA [DE MOHS] POR CORTE	Cubierta
Simultáneo:	<i>ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO (89.8.)</i>	
86.4.3.00	CIRUGÍA MICROGRAFICA [DE MOHS] POR CORTE SOD	Cubierta
86.5.	SUTURA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
Excluye:	<i>LA SUTURA COMO ACTIVIDAD DE OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO)</i>	
86.5.1.	SUTURA DE HERIDA EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.5.1.01	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.5.1.02	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.5.2.	SUTURA DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES)	Cubierta
Excluye:	<i>SUTURA DE PÁRPADOS (08.8.) Y DE LABIOS (27.5.1.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.5.2.01	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE CARA	Cubierta
86.5.2.02	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS	Cubierta
86.5.2.03	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	Cubierta
86.5.2.04	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA	Cubierta
86.5.2.05	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS	Cubierta
86.5.2.06	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	Cubierta
86.5.2.07	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	Cubierta
86.5.2.08	SUTURA DE AVULSIÓN EN PABELLÓN AURÍCULAR, NARIZ, LABIOS, PÁRPADOS O GENITALES	Cubierta
86.5.2.09	RECONSTRUCCIÓN DE AVULSIÓN (TOTAL O PARCIAL) DE CUERO CABELLUDO O ÁREA ESPECIAL CON TÉCNICA MICROVASCULAR	Cubierta
86.5.2.10	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.6.	INJERTO CUTÁNEO LIBRE	
Incluye:	<i>ESCISIÓN DE PIEL PARA INJERTO AUTÓLOGO (SUTURA ZONA DADORA)</i>	
86.6.1.	INJERTO DE PIEL PARCIAL	Cubierta
86.6.1.01	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL HASTA EL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.1.02	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL ENTRE EL DIEZ 10% HASTA EL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.1.03	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL ENTRE EL VEINTE 20% HASTA EL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.1.04	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL MAYOR DEL TREINTA 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.1.20	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA ESPECIAL HASTA EL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.1.21	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA ESPECIAL DE MÁS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.2.	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.6.2.01	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA GENERAL HASTA EL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.2.02	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA GENERAL ENTRE EL DIEZ 10% HASTA EL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.2.03	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA GENERAL ENTRE EL 20% HASTA EL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.2.04	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA GENERAL MÁS DEL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.2.20	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA ESPECIAL HASTA EL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.2.21	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE EN ÁREA ESPECIAL MÁS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Cubierta
86.6.3.	INJERTO CONDROCUTÁNEO	Cubierta
86.6.3.00	INJERTO CONDROCUTÁNEO SOD	Cubierta
86.6.4.	INJERTO EN REGIÓN PILOSA (CEJA, BARBA O CUERO CABELLUDO)	Cubierta con aclaración
86.6.4.01	INJERTO DE CUERO CABELLUDO (ALOPECIA SECUELA POST-TRAUMA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.6.4.02	MICROINJERTO DE CUERO CABELLUDO	No Cubierta
86.6.4.03	INJERTO DE REGIÓN PILOSA	Cubierta
86.6.5.	HETEROINJERTO DE PIEL	No Cubierta
86.6.5.01	INJERTO HETERÓLOGO DE PIEL	No Cubierta
86.6.6.	HOMOINJERTO O AUTOINJERTO DE PIEL	Cubierta
86.6.6.01	INJERTO HOMÓLOGO DE PIEL	Cubierta
86.6.6.02	HOMOINJERTO O AUTOINJERTO DE PIEL POR CULTIVO	Cubierta
86.6.7.	INJERTO GRASO [LIPOINJERTO]	Cubierta
86.6.7.01	INJERTO GRASO	Cubierta
86.6.7.02	INJERTO DERMOGRASO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.7.	COLGAJOS	
Excluye:	<i>COLGAJO EN LA MAMA (85.8.4.)</i>	
86.7.0.	COLGAJO LOCAL	Cubierta
86.7.0.01	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTÍMETROS CUADRADOS	Cubierta
86.7.0.02	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTÍMETROS CUADRADOS	Cubierta
86.7.0.03	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	Cubierta
86.7.0.04	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	Cubierta
86.7.1.	COLGAJOS COMPUESTOS	Cubierta
86.7.1.01	COLGAJO ÚNICO DE CUERO CABELLUDO	Cubierta
86.7.1.02	COLGAJO MÚLTIPLE DE CUERO CABELLUDO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.7.1.03	COLGAJO CUTÁNEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	Cubierta
86.7.1.04	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	Cubierta
86.7.1.05	COLGAJO LIBRE CUTÁNEO CON TÉCNICA MICROVASCULAR	Cubierta
86.7.1.06	COLGAJO LIBRE COMPUESTO CON TÉCNICA MICROVASCULAR	Cubierta
86.7.1.07	COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)	Cubierta
86.7.1.08	COLGAJO COMPUESTO CON TÉCNICA MICROVASCULAR (EN PROPELA)	Cubierta
86.7.2.	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD (MUSCULARES, FASCIOCUTÁNEOS, MÚSCULO-CUTÁNEOS, OSTEOMÚSCULO-CUTÁNEOS)	Cubierta
86.7.2.01	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTÍMETROS CUADRADOS	Cubierta
86.7.2.02	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTÍMETROS CUADRADOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.7.2.03	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	Cubierta
86.7.3.	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO	Cubierta con aclaración
86.7.3.01	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO [DELAY]	Cubierta
86.7.3.02	COLGAJO COMPUESTO PREFABRICADO	No Cubierta
86.7.5.	REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO	Cubierta
86.7.5.00	REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO SOD	Cubierta
86.8.	REPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
Incluye:	<i>POR SECUELA DE QUEMADURA O SINDACTILIA</i>	
86.8.1.	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE CICATRICES	Cubierta
86.8.1.01	RESECCIÓN SIMPLE DE CICATRIZ EN ÁREA GENERAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.8.1.02	RESECCIÓN SIMPLE DE CICATRIZ EN ÁREA ESPECIAL	Cubierta
86.8.1.03	RESECCIÓN DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA O QUELOIDE, EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.8.1.04	RESECCIÓN DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA O QUELOIDE, EN ÁREA ESPECIAL	Cubierta
86.8.2.	RITIDECTOMÍA FACIAL	No Cubierta
86.8.2.01	RITIDECTOMÍA ARRUGAS GLABELARES	No Cubierta
86.8.2.02	RITIDECTOMÍA ARRUGAS ÁNGULO EXTERNO DEL OJO VÍA CORONAL	No Cubierta
86.8.2.03	RITIDECTOMÍA CERVICOFACIAL SIN FRENTE	No Cubierta
86.8.2.04	RITIDECTOMÍA TOTAL (FRENTE, PÁRPADOS, MEJILLA Y CUELLO)	No Cubierta
86.8.2.05	RITIDECTOMÍA DE FRENTE (VÍA CORONAL O ENDOSCÓPICA)	No Cubierta
86.8.2.06	RITIDECTOMÍA SUBPERIÓSTICA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.8.3.	PLASTIAS DE REDUCCIÓN DE TAMAÑO	Cubierta con aclaración
86.8.3.02	RESECCIÓN DE BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT EN CARA	Cubierta
86.8.3.06	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPOSUCCIÓN	Cubierta
86.8.3.07	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPECTOMÍA	Cubierta
86.8.3.08	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN ÁREA SUBMANDIBULAR, POR LIPOSUCCIÓN	No Cubierta
86.8.3.09	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN ÁREA SUBMANDIBULAR, POR LIPECTOMÍA	No Cubierta
86.8.3.10	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPOSUCCIÓN	Cubierta
86.8.3.11	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPECTOMÍA	Cubierta
86.8.3.12	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS, POR LIPOSUCCIÓN	Cubierta
86.8.3.13	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS, POR LIPECTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.8.3.14	PANICULECTOMÍA DE TÓRAX	No Cubierta
86.8.3.15	PANICULECTOMÍA DE ABDOMEN	No Cubierta
86.8.3.16	PANICULECTOMÍA DE MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS	No Cubierta
86.8.4.	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL	Cubierta
86.8.4.01	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS	Cubierta
86.8.4.02	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO	Cubierta
86.8.4.03	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, MÁS DE CINCO	Cubierta
86.8.5.	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, ZONAS DE FLEXIÓN, MANOS, PIES Y GENITALES)	Cubierta
86.8.5.01	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), ENTRE UNO A DOS	Cubierta
86.8.5.02	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.8.5.03	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), MÁS DE CINCO	Cubierta
86.8.5.04	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE UNA A DOS	Cubierta
86.8.5.05	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE TRES A CINCO	Cubierta
86.8.5.06	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), MÁS DE CINCO	Cubierta
86.8.5.07	PLASTIA EN Z, EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE	Cubierta
86.8.5.10	PLASTIA EN Z O W, EN ZONAS DE FLEXIÓN	Cubierta
86.8.6.	ONICOPLASTIA	No Cubierta
86.8.6.01	ONICOPLASTIA CON COLGAJO DE UÑA	No Cubierta
86.8.6.02	REPOSICIÓN UÑA DE POLIETILENO	No Cubierta
86.8.6.03	RECONSTRUCCIÓN DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.8.6.04	RECONSTRUCCIÓN DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO	No Cubierta
86.8.7.	PLASTIAS DE AUMENTO DE TAMAÑO	No Cubierta
86.8.7.01	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON DISPOSITIVO	No Cubierta
86.8.7.02	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON TEJIDO AUTÓLOGO	No Cubierta
86.8.7.03	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO	No Cubierta
86.8.7.04	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTÓLOGO	No Cubierta
86.8.7.05	PLASTIA DE PANTORILLA CON DISPOSITIVO	No Cubierta
86.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
86.9.1.	RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS	Cubierta
Incluye:	AQUELLA POR HIDRADENITIS E HIPERHIDROSIS ENTRE OTRAS CAUSAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.9.1.01	RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS AXILARES SIMPLE CON RESECCIÓN GANGLIONAR	Cubierta
86.9.1.02	RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS AXILARES CON RESECCIÓN TOTAL DEL ÁREA	Cubierta
86.9.1.03	RESECCIÓN PARCIAL DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS	Cubierta
86.9.1.04	RESECCIÓN TOTAL DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS	Cubierta
86.9.2.	MANEJO QUIRÚRGICO DE LINFEDEMA	Cubierta
86.9.2.01	DERIVACIÓN LINFÁTICA (MANEJO DE LINFEDEMA)	Cubierta
86.9.2.02	ANASTOMOSIS LINFÁTICO VENOSO	Cubierta
86.9.2.03	ANASTOMOSIS LINFÁTICO LINFÁTICA	Cubierta
86.9.2.04	TRANSPOSICIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS CON ANASTOMOSIS	Cubierta
86.9.2.05	REDUCCIÓN DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (MANEJO DE LINFEDEMA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
86.9.4.	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Cubierta
86.9.4.00	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	Cubierta
86.9.5.	CURACIÓN DE LESIONES EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Cubierta
Excluye:	<i>DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO (86.2.8.)</i>	
Simultáneo:	<i>INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA (93.5.)</i>	
86.9.5.00	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	Cubierta
86.9.6.	INSERCIÓN DE EXPANSOR TISULAR	Cubierta
86.9.6.01	INSERCIÓN (SUBCUTÁNEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (ÚNICO O MÚLTIPLE)	Cubierta
86.9.7.	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR	Cubierta
86.9.7.00	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR (ÚNICO O MÚLTIPLE) SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Sección 01 PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS		
Capítulo 15 IMAGENOLOGÍA		
87.	IMAGENOLOGÍA RADIOLÓGICA	
87.0.	RADIOLOGÍA GENERAL DE CABEZA, CARA Y CUELLO	
Incluye:	<i>RADIOLOGÍA SIMPLE O CON MEDIO DE CONTRASTE DEGLUTIDO, TOMOGRAFÍAS LINEALES Y FLÚOROSCOPIA</i>	
Excluye:	<i>ESTUDIOS RADIOLÓGICOS ESPECIALES O INTERVENCIONISTAS O CON MEDIO DE CONTRASTE INYECTADO, INFILTRADO EN SITIO DE VISUALIZACIÓN ESTUDIO RADIOLÓGICO DE OJO (95.1.4.), ARTERIOGRAFÍAS (87.4.1.), FLEBOGRAFÍAS (87.4.3.), LINFANGIOGRAFÍAS (87.4.4.), DACRIOCISTOGRAFÍAS (87.4.6.)</i>	
87.0.0.	RADIOLOGÍA GENERAL DE CRÁNEO	Cubierta
87.0.0.01	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	Cubierta
87.0.0.02	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	Cubierta
87.0.0.03	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.0.0.04	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	Cubierta
87.0.0.05	RADIOGRAFÍA D/E MASTOIDES COMPARATIVAS	Cubierta
87.0.0.06	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	Cubierta
87.0.0.07	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	Cubierta
87.0.1.	RADIOLOGÍA GENERAL DE CARA O HUESOS FACIALES Y TEJIDOS DENTARIOS	Cubierta
87.0.1.01	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	Cubierta
Incluye:	CON CEFALOSTATO	
87.0.1.02	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	Cubierta
87.0.1.03	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	Cubierta
87.0.1.04	RADIOGRAFÍA DE MALAR	Cubierta
87.0.1.05	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	Cubierta
87.0.1.07	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NAALES	Cubierta
87.0.1.08	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANAALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.0.1.12	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	Cubierta
87.0.1.13	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	Cubierta
87.0.1.14	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRFÍA]	Cubierta
87.0.1.31	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	Cubierta
87.0.3.	TOMOGRFÍA LINEAL Y POLITOMOGRFÍA DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
87.0.3.01	POLITOMOGRFÍA DE MASTOIDES (UNILATERALO BILATERAL)	Cubierta
87.0.3.02	POLITOMOGRFÍA DE CONDUCTOS AUDITIVOS INTERNOS	Cubierta
87.0.3.03	POLITOMOGRFÍA DE ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES	Cubierta
87.0.3.05	TOMOGRFÍA LINEAL DE MAXILAR SUPERIOR	Cubierta
87.0.3.06	TOMOGRFÍA LINEAL DE MAXILAR INFERIOR	Cubierta
87.0.3.07	POLITOMOGRFÍA DE RINOFARINGE	Cubierta
87.0.3.08	POLITOMOGRFÍA SEMIAXIAL DE NARIZ	Cubierta
87.0.3.10	TOMOGRFÍA FUNCIONAL DE LARÍNGE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.0.4.	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES	Cubierta
87.0.4.40	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	Cubierta
87.0.4.50	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	Cubierta
87.0.4.51	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	Cubierta
87.0.4.52	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	Cubierta
87.0.4.53	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	Cubierta
87.0.4.54	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	Cubierta
87.0.4.55	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	Cubierta
87.0.4.56	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	Cubierta
87.0.4.60	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	Cubierta
87.0.6.	RADIOLOGÍA GENERAL DE CUELLO	Cubierta
87.0.6.01	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	Cubierta
87.0.6.02	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.0.6.03	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]	Cubierta
87.1.	RADIOLOGÍA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL, TÓRAX, Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS	
Incluye:	<i>RADIOLOGÍA SIMPLE O CON MEDIO DE CONTRASTE DEGLUTIDO, TOMOGRAFÍAS LINEALES Y FLÚOROSCOPIA ANGIOCARDIOGRAFÍAS SIN CONTRASTE</i>	
Excluye:	<i>ESTUDIOS RADIOLÓGICOS ESPECIALES O INTERVENCIONISAS, CON MEDIO DE CONTRASTE INYECTADO O INFILTRADO EN SITIO VISUALIZADO ANGIOGRAFÍAS (87.5.1. - 87.6.1.) FLEBOGRAFÍAS (87.6.1. - 87.6.2.), MIELOGRAFÍAS Y DISCOGRAFÍAS (87.5.4. - 87.5.5.), LINFANGIOGRAFÍAS (87.5.3. - 87.6.4.), TC (87.9.)</i>	
87.1.0.	RADIOLOGÍA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA PARA ESTUDIO DE ESCOLIOSIS</i>	
87.1.0.10	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	Cubierta
87.1.0.19	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	Cubierta
87.1.0.20	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	Cubierta
87.1.0.30	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.1.0.40	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	Cubierta
87.1.0.50	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	Cubierta
87.1.0.60	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	Cubierta
87.1.0.61	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	Cubierta
87.1.0.62	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	Cubierta
87.1.0.70	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	Cubierta
87.1.0.91	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	Cubierta
87.1.1.	RADIOLOGÍA GENERAL DE TÓRAX	Cubierta
Excluye:	AQUELLA COMBINADA CON ANGIOGRAFÍA CARDÍACA IZQUIERDA (87.6.2.31)	
87.1.1.11	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	Cubierta
87.1.1.12	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	Cubierta
87.1.1.21	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) CON BARIO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.1.1.29	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	Cubierta
87.1.1.81	MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA POR FLÚOROSCOPIA PULMONAR	Cubierta
87.1.2.	RADIOLOGÍA GENERAL DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS	Cubierta
87.1.2.02	APICOGRAMA	Cubierta
87.1.2.08	RADIOGRAFÍA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZÓN Y GRANDES VASOS, SILUETA CARDÍACA) CON BARIO EN ESÓFAGO	Cubierta
87.1.3.	RADIOLOGÍA GENERAL DE MEDIASTINO Y ÓRGANOS RELACIONADOS	Cubierta
87.1.3.20	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	Cubierta
87.1.4.	TOMOGRFÍA LINEAL Y POLITOMOGRFÍA EN COLUMNA VERTEBRAL, TÓRAX Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS	Cubierta
87.1.4.01	POLITOMOGRFÍA DE TÓRAX	Cubierta
87.1.4.02	TOMOGRFÍA DE TÓRAX EN DOS PROYECCIONES	Cubierta
87.1.4.03	TOMOGRFÍA DE MEDIASTINO Y TRÁQUEA	Cubierta
87.1.4.04	TOMOGRFÍA LINEAL DE COLUMNA (CERVICAL, TORÁCICA O LUMBAR)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.1.4.10	TOMOGRFÍA DE TÓRAX (AP)	Cubierta
87.2.	RADIOLOGÍA GENERAL DE ABDOMEN, PELVIS Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS	
Incluye:	<i>ESTUDIO CON MEDIO DE CONTRASTE DEGLUTIDO O POR ENEMA; ESTUDIO TOMOGRFÍA SIMPLE, TOMOGRFÍA LINEAL</i>	
Excluye:	<i>ESTUDIOS RADIOLÓGICOS ESPECIALES O INTERVENCIONISTAS O CON MEDIO DE CONTRASTE INYECTADO O INFILTRADO EN SITIO VISUALIZADO ANGIOCARDIOGRFÍAS CON CONTRASTE (87.7.1.), FLEBOGRFÍAS (87.6.), VÍAS BILIARES (87.7.), LINFANGIOGRFÍAS Y FISTULOGRAFÍAS (87.7.3. - 87.7.4.), TC (87.9.)</i>	
87.2.0.	RADIOLOGÍA GENERAL DE ABDOMEN	Cubierta
87.2.0.02	RADIOGRFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	Cubierta
87.2.0.11	RADIOGRFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	Cubierta
87.2.1.	RADIOLOGÍA GENERAL DE VÍA DIGESTIVA	Cubierta
Incluye:	<i>ESTUDIO CON MEDIO DE CONTRASTE DEGLUTIDO O POR ENEMA</i>	
87.2.1.01	RADIOGRFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.2.1.02	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	Cubierta
87.2.1.03	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CON MARCADORES	Cubierta
87.2.1.04	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	Cubierta
87.2.1.05	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	Cubierta
87.2.1.21	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)	Cubierta
87.2.1.22	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	Cubierta
87.2.1.23	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL	Cubierta
87.2.2.	RADIOLOGÍA GENERAL DE VASOS INTRABDOMINALES	Cubierta
87.2.2.01	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR CATETERISMO BRAQUIAL RETROGRADO O POR CATETERISMO FEMORAL	Cubierta
87.2.2.02	AORTOGRAMA ABDOMINAL Y ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
87.2.5.	RADIOLOGÍA GENERAL DE VÍAS BILIARES	Cubierta
Incluye:	ESTUDIO RADIOLÓGICO SIMPLE, TOMOGRAFÍAS LINEALES; PRE O POSOPERATORIA	
87.2.5.10	COLECISTOGRAFÍA ORAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.2.5.20	COLANGIOGRAFÍA-TOMOGRAFÍA	Cubierta
87.2.5.30	COLECISTOGRAFÍA-TOMOGRAFÍA	Cubierta
87.3.	RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	
Excluye:	ESTUDIOS RADIOLÓGICOS ESPECIALES O INTERVENCIONISTAS O CON MEDIO DE CONTRASTE INYECTADO O INFILTRADO EN SITIO VISUALIZADO ANGIOGRAFIAS (87.8.1. - 87.8.2.) FLEBOGRAFIAS (87.8.3. - 87.8.4.), ARTROGRAFIAS (87.8.7. - 87.8.8), LINFANGIOGRAFIAS Y FISTULOGRAFIAS (87.8.5. - 87.8.6.) TC (87.9.)	
87.3.0.	RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES	Cubierta
87.3.0.01	RADIOGRAFÍA PARA SERIE ESQUELÉTICA	Cubierta
Incluye:	LATERAL DE CRÁNEO, LATERAL DE COLUMNA Y PANORÁMICA DE HUESOS LARGOS AP	
87.3.0.02	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	Cubierta
87.3.0.03	RADIOGRAFÍA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORADIOGRAFÍA Y ESCANOGRAMA)	Cubierta
87.3.0.04	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.3.1.	RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES	Cubierta
87.3.1.11	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	Cubierta
87.3.1.12	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	Cubierta
87.3.1.21	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	Cubierta
87.3.1.22	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	Cubierta
87.3.1.23	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	Cubierta
87.3.2.	RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR	Cubierta
87.3.2.02	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	Cubierta
87.3.2.04	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	Cubierta
87.3.2.05	RADIOGRAFÍA DE CODO	Cubierta
87.3.2.06	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA	Cubierta
87.3.2.10	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO	Cubierta
87.3.3.	RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.3.3.02	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA], ESTUDIO DE PIE PLANO (PIES CON APOYO)	Cubierta
87.3.3.05	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	Cubierta
87.3.3.06	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	Cubierta
87.3.3.08	RADIOGRAFÍA DIGITAL DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE LONGITUD)	Cubierta
87.3.3.11	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	Cubierta
87.3.3.12	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	Cubierta
87.3.3.13	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	Cubierta
87.3.3.14	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	Cubierta
87.3.3.33	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL)	Cubierta
87.3.3.35	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	Cubierta
87.3.3.40	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	Cubierta
87.3.4.	RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.3.4.11	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	Cubierta
87.3.4.12	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	Cubierta
87.3.4.20	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	Cubierta
87.3.4.22	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	Cubierta
87.3.4.24	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA	Cubierta
87.3.4.26	RADIOGRAFÍAS AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
87.3.4.31	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	Cubierta
87.3.4.32	RADIOGRAFÍA DE ANTEPIE (AP, OBLICUA)	Cubierta
87.3.4.43	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	Cubierta
87.3.4.44	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	Cubierta
87.3.5.	FLÚOROSCOPIA COMO GUÍA	Cubierta
87.3.5.01	FLÚOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	Cubierta
87.3.7.	TOMOGRFÍA LINEAL Y POLITOMOGRFÍA EN EXTREMIDADES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.3.7.10	TOMOGRFÍA OSTEOARTICULAR EN MIEMBRO SUPERIOR	Cubierta
87.3.7.20	TOMOGRFÍA OSTEOARTICULAR EN MIEMBRO INFERIOR	Cubierta
87.4.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE CABEZA, CARA Y CUELLO	
Incluye:	<i>PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>	
Excluye:	<i>TOMOGRFÍA COMPUTADA (87.9.), ESTUDIO RADIOLÓGICO DE OJO (95.1.4.)</i>	
87.4.1.	ARTERIOGRFÍAS DE VASOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	Cubierta
Incluye:	<i>ARTERIOGRFÍA RETRÓGRADA, PUNCIÓN ARTERIAL PARA INYECCIÓN DE MATERIAL DE CONTRASTE ANGIOGRFÍA DE ARTERIAS</i>	
87.4.1.11	ARTERIOGRFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	Cubierta
87.4.1.12	ARTERIOGRFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	Cubierta
87.4.1.13	ARTERIOGRFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	Cubierta
87.4.1.14	ARTERIOGRFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	Cubierta
87.4.1.21	ARTERIOGRFÍA DE CARÓTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	Cubierta
87.4.1.22	ARTERIOGRFÍA DE CARÓTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.4.1.23	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	Cubierta
87.4.1.24	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	Cubierta
87.4.1.25	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	Cubierta
87.4.1.30	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL	Cubierta
87.4.1.31	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	Cubierta
87.4.1.32	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL SELECTIVA INTRACRANEANA	Cubierta
87.4.1.33	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CARÓTIDAS (PANANGIOGRAFÍA)	Cubierta
87.4.1.34	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	Cubierta
87.4.1.50	ARTERIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	Cubierta
87.4.2.	RADIOGRAFÍAS DE CONTRASTE EN CEREBRO Y CRÁNEO	Cubierta
Incluye:	PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE; CISTERNOGRAFÍAS, VENTRICULOGRAFÍAS, RADIOGRAFÍA CON MEDIO DE CONTRASTE DE FOSA MEDIA	
87.4.2.00	CISTERNOGRAFÍA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.4.3.	FLEBOGRAFÍA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta con aclaración
Incluye:	<i>ANGIOGRAFÍA DE VENAS Y VENOGRAFÍAS, FLEBOGRAFÍAS RETRÓGRADAS, PUNCIÓN VENOSA PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>	
87.4.3.01	VENOGRAFÍA SELECTIVA DIAGNÓSTICA DE CABEZA Y CUELLO (UNO O MÁS VASOS)	Cubierta
87.4.3.10	FLEBOGRAFÍA DE SENO SAGITAL SUPERIOR	Cubierta
87.4.3.11	FLEBOGRAFÍA EPIDURAL	No Cubierta
87.4.3.12	FLEBOGRAFÍA ORBITARIA	No Cubierta
87.4.3.13	FLEBOGRAFÍA YUGULAR CON CATÉTER	No Cubierta
87.4.5.	ARTROGRAFÍA EN CABEZA, CARA Y CUELLO	Cubierta
87.4.5.10	ARTROGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	Cubierta
87.4.6.	DACRIOCISTOGRAFÍA	Cubierta
Incluye:	<i>FLUOROSCOPIA</i>	
87.4.6.01	DACRIOCISTOGRAFÍA UNILATERAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.4.6.02	DACRIOCISTOGRAFÍA BILATERAL	Cubierta
87.4.7.	SIALOGRAFÍA	Cubierta
87.4.7.00	SIALOGRAFÍA (CUALQUIER GLÁNDULA) SOD	Cubierta
87.4.8.	RADIOLOGÍA ESPECIAL EN CUELLO, FARINGE, LARINGE	Cubierta
87.4.8.01	FARINGOLARINGOGRAFÍA	Cubierta
87.4.8.10	FARINGOLARINGOGRAFÍA DINÁMICA (CON CINE O VIDEO)	Cubierta
87.4.9.	OTROS ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE CABEZA, CARA Y CUELLO	Cubierta
Incluye:	USO DE VIDEO	
87.4.9.10	FARINGOGRAFÍA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN)	Cubierta
87.4.9.31	ESTUDIO DE DERIVACIÓN [CORTOCIRCUITO] O DRENAJE A TRAVÉS DE CATÉTER PERMANENTE NO VASCULAR	Cubierta
87.5.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL	
Incluye:	PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE	
Excluye:	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (87.9.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.5.1.	ARTERIOGRAFÍA DE VASOS ESPINALES	Cubierta
87.5.1.00	ANGIOGRAFÍA ESPINAL POR SEGMENTO (CERVICAL, TORÁCICO O LUMBAR) SOD.	Cubierta
87.5.2.	FLEBOGRAFÍA DE VASOS ESPINALES	Cubierta
87.5.2.00	FLEBOGRAFÍA DE VASOS ESPINALES SOD	Cubierta
87.5.4.	DISCOGRAFÍA	Cubierta
Incluye:	<i>PRUEBA DISCOGÉNICA</i>	
Simultáneo:	<i>TODOS LOS TIPOS DE IMÁGENES COMO GUÍA</i>	
87.5.4.11	DISCOGRAFÍA CERVICAL (UN DISCO)	Cubierta
87.5.4.12	DISCOGRAFÍA CERVICAL (DOS O MÁS DISCOS)	Cubierta
87.5.4.21	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (UN DISCO)	Cubierta
87.5.4.22	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (DOS O MÁS DISCOS)	Cubierta
87.5.4.31	DISCOGRAFÍA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)	Cubierta
87.5.4.32	DISCOGRAFÍA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MÁS DISCOS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.5.4.41	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (UN DISCO)	Cubierta
87.5.4.42	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (DOS O MÁS DISCOS)	Cubierta
87.5.5.	MIELOGRAFÍAS	Cubierta
87.5.5.01	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA	Cubierta
87.5.5.10	MIELOGRAFÍA CERVICAL	Cubierta
87.5.5.20	MIELOGRAFÍA TORÁCICA	Cubierta
87.5.5.30	MIELOGRAFÍA LUMBAR	Cubierta
87.5.5.31	MIELOGRAFÍA DINÁMICA LUMBAR	Cubierta
87.5.6.	ARTROGRAFÍAS EN COLUMNA	Cubierta
87.5.6.01	ARTROGRAFÍA CERVICAL	Cubierta
87.5.6.03	ARTROGRAFÍA LUMBAR	Cubierta
87.6.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN TÓRAX Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS INTRATORÁCICAS	
Incluye:	PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (87.9.)</i>	
87.6.1.	ARTERIOGRAFÍAS EN VASOS DEL TÓRAX	Cubierta
87.6.1.10	AORTOGRAMA TORÁCICO	Cubierta
Incluye:	<i>AORTOGRAFÍA DE AORTA Y CAYADO AÓRTICO</i>	
87.6.1.11	MAPEO DEL ÁRBOL PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Cubierta
87.6.1.20	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA	Cubierta
87.6.1.21	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO	Cubierta
Incluye:	<i>TÉCNICA DE [JUDKINS, RICKETTS Y ABRAMS]</i>	
87.6.1.22	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	Cubierta
87.6.1.23	VALORACIÓN ANATÓMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS	Cubierta
87.6.1.30	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR	Cubierta
87.6.1.31	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO	Cubierta
87.6.1.32	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.6.1.36	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR UNILATERAL SELECTIVA	Cubierta
87.6.1.37	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCIÓN VENOSA	Cubierta
87.6.1.40	ARTERIOGRAFÍA TORÁCICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA	Cubierta
87.6.1.90	ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA TORÁCICA DE OTROS VASOS	Cubierta
87.6.2.	ANGIOCARDIOGRAFÍAS	Cubierta
Incluye:	<i>ANGIOCARDIOGRAFÍAS SELECTIVAS, PUNCIÓN ARTERIAL E INSERCIÓN DE CATÉTER ARTERIAL PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE, CINEANGIOCARDIOGRAFÍAS</i>	
Simultáneo:	<i>CATETERISMO CARDÍACO SIMULTÁNEO (37.2.)</i>	
87.6.2.12	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN DERECHO	Cubierta
Incluye:	<i>AURÍCULA DERECHA, VÁLVULA PULMONAR, VENTRÍCULO DERECHO (TRACTO DE SALIDA)</i>	
Excluye:	<i>AQUELLA COMBINADA CON ANGIOGRAFÍA CARDÍACA IZQUIERDA (87.6.2.31)</i>	
87.6.2.22	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN IZQUIERDO	Cubierta
Incluye:	<i>AURÍCULA IZQUIERDA, VÁLVULA AÓRTICA, VENTRÍCULO IZQUIERDO (TRACTO DE SALIDA)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>AQUELLA COMBINADA CON ANGIOGRAFÍA CARDÍACA DERECHA (87.6.2.31)</i>	
87.6.2.31	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN DERECHO E IZQUIERDO	Cubierta
87.6.2.41	ANGIOGRAFÍA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	Cubierta
87.6.2.60	RADIOGRAFÍA CARDÍACA DE CONTRASTE NEGATIVO	Cubierta
87.6.3.	FLEBOGRAFÍAS DE VASOS DEL TÓRAX	Cubierta
Incluye:	<i>ANGIOGRAFÍA DE VENAS Y VENOGRAFÍAS CON MATERIAL DE CONTRASTE, FLEBOGRAFÍAS RETRÓGRADAS, PUNCIÓN VENOSA PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>	
87.6.3.20	FLEBOGRAFÍA TORÁCICA (VENAS PULMONARES)	Cubierta
87.6.3.90	FLEBOGRAFÍA TORÁCICA (OTRAS VENAS INTRATORÁCICAS)	Cubierta
87.6.4.	LINFANGIOGRAFÍA INTRATORÁCICA	Cubierta
87.6.4.00	LINFANGIOGRAFÍA INTRATORÁCICA SOD	Cubierta
87.6.5.	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA	Cubierta
87.6.5.00	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.6.6.	BRONCOGRAFÍA DE CONTRASTE	Cubierta
87.6.6.11	BRONCOGRAFÍA UNILATERAL	Cubierta
87.6.6.12	BRONCOGRAFÍA BILATERAL	Cubierta
87.6.8.	MAMOGRAFÍA	Cubierta
87.6.8.01	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	Cubierta
87.6.8.02	MAMOGRAFÍA BILATERAL	Cubierta
87.6.8.03	TOMOSÍNTESIS	Cubierta
87.6.9.	GALACTOGRAFÍA DE CONTRASTE	Cubierta
87.6.9.01	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO	Cubierta
87.6.9.02	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS	Cubierta
87.7.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN ABDOMEN, PELVIS Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS	
Incluye:	<i>PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>	
Excluye:	<i>TOMOGRAMÍA COMPUTADA (87.9.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.7.1.	ARTERIOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS	Cubierta
87.7.1.10	AORTOGRAMA ABDOMINAL	Cubierta
87.7.1.11	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR SERIOGRAFÍA	Cubierta
87.7.1.12	ARTERIOGRAFÍA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA)	Cubierta
87.7.1.61	ESPLENOPORTOGRAFÍA ARTERIAL	Cubierta
Incluye:	<i>PARA ESTUDIO HEMODINÁMICO DE HIPERTENSIÓN PORTAL U OTRAS PATOLOGÍAS DE LA VENA PORTA</i>	
87.7.1.71	ARTERIOGRAFÍA PELVICA (SELECTIVA)	Cubierta
87.7.2.	FLEBOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS	Cubierta
Incluye:	<i>ANGIOGRAFÍA DE VENAS Y VENOGRAFÍAS CON MEDIO DE CONTRASTE, FLEBOGRAFÍAS RETRÓGRADAS, PUNCIÓN VENOSA PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>	
87.7.2.01	FLEBOGRAFÍA [VENOGRAFÍA] ABDOMINAL O PÉLVICA (SELECTIVA)	Cubierta
87.7.2.10	FLEBOGRAFÍA ABDOMINAL (SISTEMA DE LA VENA PORTA)	Cubierta
87.7.2.14	PORTOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.7.3.	LINFANGIOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS	Cubierta
87.7.3.01	LINFANGIOGRAFÍA ABDOMINAL (UNILATERAL O BILATERAL)	Cubierta
87.7.3.02	LINFANGIOGRAFÍA PÉLVICA (UNILATERAL O BILATERAL)	Cubierta
87.7.4.	FISTULOGRAFÍA DE PARED ABDOMINAL	Cubierta
87.7.4.00	FISTULOGRAFÍA DE PARED ABDOMINAL SOD	Cubierta
87.7.5.	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN Y PELVIS POR CONTRASTE CON GAS O MEDIO DE CONTRASTE	No Cubierta
87.7.5.01	PERITONEOGRAFÍA	No Cubierta
87.7.6.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN VÍAS BILIARES	Cubierta
Incluye:	<i>INTRAOPERATORIA O POSOPERATORIA</i>	
87.7.6.02	COLANGIOGRAFÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR	Cubierta
87.7.6.03	COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
87.7.8.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA URINARIO	Cubierta
87.7.8.01	UROGRAFÍA CON NEFROTOMOGRAMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.7.8.02	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	Cubierta
Incluye:	MINUTADA, CON PLACAS RETARDADAS O ADICIONALES	
87.7.8.12	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	Cubierta
87.7.8.14	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER DEJADO EN EL URÉTER O A TRAVÉS DE URETEROSTOMÍA	Cubierta
87.7.8.15	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA O ANTERÓGRADA	Cubierta
87.7.8.16	PIELOGRAFÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
87.7.8.31	URETEROGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER O URETEROSTOMÍA	Cubierta
87.7.8.51	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	Cubierta
87.7.8.61	URETROCISTOGRAFÍA	Cubierta
87.7.8.62	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	Cubierta
87.7.8.63	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	Cubierta
87.7.8.71	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	Cubierta
87.7.9.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA GENITAL	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.7.9.01	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	Cubierta
87.7.9.32	SALPINGOGRAFÍA SELECTIVA CON RECANALIZACIÓN DE TROMPA	Cubierta
87.7.9.40	VAGINOGRAMA	Cubierta
87.7.9.41	GENITOGRAFÍA	Cubierta
87.7.9.51	VESICULOGRAFÍA	No Cubierta
87.7.9.71	EPIDIDIMOGRAMA DE CONTRASTE	No Cubierta
87.7.9.80	CAVERNOGRAMA Y CAVERNOMETRÍA	Cubierta
87.7.9.81	DEFERENTOGRAFÍA O VASOGRAFÍA	No Cubierta
87.8.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	
Incluye:	PUNCIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE	
Excluye:	TOMOGRAMA COMPUTADA (87.9.)	
87.8.1.	ARTERIOGRAMA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	Cubierta
Incluye:	ARTERIOGRAMA RETRÓGRADA, PUNCIÓN ARTERIAL PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE ANGIOGRAMA DE ARTERIAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.8.1.01	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR	Cubierta
87.8.1.11	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORÁCICO	Cubierta
87.8.2.	ARTERIOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES	Cubierta
Incluye:	<i>ARTERIOGRAFÍA RETRÓGRADA, PUNCIÓN ARTERIAL PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE ANGIOGRAFÍA DE ARTERIAS</i>	
87.8.2.01	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCIÓN	Cubierta
87.8.3.	FLEBOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	Cubierta
Incluye:	<i>ANGIOGRAFÍA DE VENAS Y VENOGRAFÍAS CON MATERIAL DE CONTRASTE, FLEBOGRAFÍAS RETRÓGRADAS, PUNCIÓN VENOSA PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>	
87.8.3.01	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO SUPERIOR	Cubierta
87.8.4.	FLEBOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES	Cubierta
Incluye:	<i>ANGIOGRAFÍA DE VENAS Y VENOGRAFÍAS CON MEDIO DECONTRASTE, FLEBOGRAFÍAS RETRÓGRADAS, PUNCIÓN VENOSA PARA INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>	
87.8.4.01	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.8.5.	LINFANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES	Cubierta
87.8.5.01	LINFANGIOGRAFÍA DE UN MIEMBRO SUPERIOR	Cubierta
87.8.5.02	LINFANGIOGRAFÍA DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
87.8.6.	LINFANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES	Cubierta
87.8.6.01	LINFANGIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR	Cubierta
87.8.6.02	LINFANGIOGRAFÍA DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
87.8.7.	ARTROGRAFÍA O NEUMOARTROGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES	Cubierta
Incluye:	<i>PUNCIÓN CON INFILTRACIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE</i>	
Simultáneo:	<i>TODOS LOS TIPOS DE IMÁGENES COMO GUÍA</i>	
87.8.7.11	ARTROGRAFÍA DE HOMBRO	Cubierta
87.8.7.21	ARTROGRAFÍA DE CODO	Cubierta
87.8.7.31	ARTROGRAFÍA DE MUÑECA	Cubierta
87.8.8.	ARTROGRAFÍA O NEUMOARTROGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	PUNCIÓN CON INFILTRACIÓN E INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE	
Simultáneo:	TODOS LOS TIPOS DE IMÁGENES COMO GUÍA	
87.8.8.11	ARTROGRAFÍA DE CADERA	Cubierta
87.8.8.12	ARTROGRAFÍA DE RODILLA	Cubierta
87.8.8.31	ARTROGRAFÍA DE TOBILLO	Cubierta
87.8.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA	Cubierta
87.8.9.01	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA A TRAVÉS DE CATÉTER PREVIAMENTE COLOCADO	Cubierta
87.8.9.02	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA	Cubierta
87.8.9.03	VENOGRAFIA SELECTIVA	Cubierta
87.8.9.04	LINFANGIOGRAFIA	Cubierta
87.8.9.05	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO VÍA PERCUTÁNEA	Cubierta
87.9.	TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)	
Excluye:	TOMOGRFÍAS LINEALES (87.0. - 87.3.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.9.1.	TOMOGRFÍA COMPUTADA (TC) DE CABEZA, CARA Y CUELLO	Cubierta
87.9.1.11	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	Cubierta
87.9.1.12	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	Cubierta
87.9.1.13	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	Cubierta
87.9.1.14	CISTERNOGRFÍA POR TOMOGRFÍA COMPUTADA (TC)	Cubierta
87.9.1.16	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	Cubierta
87.9.1.21	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	Cubierta
87.9.1.22	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	Cubierta
87.9.1.31	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	Cubierta
87.9.1.32	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	Cubierta
87.9.1.41	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGÍA)	Cubierta
87.9.1.50	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	Cubierta
87.9.1.61	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CUELLO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.9.1.62	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	Cubierta
87.9.2.	TOMOGRFÍA COMPUTADA (TC) DE COLUMNA	Cubierta
87.9.2.01	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	Cubierta
87.9.2.05	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)	Cubierta
87.9.3.	TOMOGRFÍA COMPUTADA (TC) DE TÓRAX	Cubierta
87.9.3.01	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	Cubierta
Incluye:	<i>PUNTAJE DE CALCIO CORONARIO</i>	
87.9.3.02	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS	Cubierta
87.9.3.91	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	Cubierta
87.9.4.	TOMOGRFÍA COMPUTADA (TC) DE ABDOMEN Y PELVIS	Cubierta
87.9.4.10	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	Cubierta
87.9.4.11	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.9.4.20	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	Cubierta
87.9.4.21	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CADERA	Cubierta
87.9.4.30	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]	Cubierta
87.9.4.60	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE PELVIS	Cubierta
87.9.5.	TOMOGRFÍA COMPUTADA (TC) DE EXTREMIDADES	Cubierta
87.9.5.10	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	Cubierta
87.9.5.20	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	Cubierta
87.9.5.22	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	Cubierta
87.9.5.23	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	Cubierta
87.9.6.	TOMOGRFÍAS POR EMISIÓN DE POSITRONES	No Cubierta
87.9.6.01	TOMOGRFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES [PET-TC]	No Cubierta
87.9.9.	OTROS ESTUDIOS CON TOMOGRFÍA COMPUTADA	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
87.9.9.01	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE VASOS	Cubierta
Incluye:	ANGIOTC	
87.9.9.02	TOMOGRFÍA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	Cubierta
87.9.9.03	TOMOGRFÍA COMPUTADA CON PERFUSIÓN	Cubierta
87.9.9.04	TOMOGRFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA ENDOVASCULAR (INTRAVASCULAR)	No Cubierta
87.9.9.10	TOMOGRFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	Cubierta
87.9.9.11	TOMOGRFÍA COMPUTADA RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	Cubierta
87.9.9.20	TOMOGRFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA)	Cubierta
87.9.9.90	TOMOGRFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	Cubierta
88.	IMAGENOLÓGÍA CON OTRAS TÉCNICAS NO RADIOLÓGICAS	
Incluye:	ESTUDIOS DE IMÁGEN DIAGNÓSTICA CON ULTRASONIDO O ULTRASONOGRAFÍA O ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA	
88.1.	ECOGRAFÍA	
Excluye:	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS (88.2.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.1.1.	ECOGRAFÍA DE CABEZA, CARA O CUELLO	Cubierta
88.1.1.12	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS	Cubierta
88.1.1.18	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER	Cubierta
88.1.1.31	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	Cubierta
88.1.1.41	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	Cubierta
88.1.1.51	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	Cubierta
88.1.2.	ECOGRAFÍA DEL TÓRAX Y ÓRGANOS TORÁCICOS	Cubierta
88.1.2.01	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	Cubierta
Incluye:	MARCACIÓN ECOGRÁFICA PREQUIRÚRGICA DE MAMA, CON ALAMBRE O AGUJA	
88.1.2.02	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	Cubierta
88.1.2.03	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON CONTRASTE	Cubierta
88.1.2.04	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO TRIDIMENSIONAL	Cubierta
88.1.2.05	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.1.2.06	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO CON CONTRASTE	Cubierta
88.1.2.07	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL	Cubierta
88.1.2.08	MONITOREO ECOCARDIOGRÁFICO TRANSESOFÁGICO	Cubierta
Incluye:	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O INTERVENCIONISTAS	
88.1.2.09	ECOCARDIOGRAFÍA INTRACARDÍACA	Cubierta
88.1.2.10	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA	Cubierta
88.1.2.11	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	Cubierta
88.1.2.12	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS	Cubierta
88.1.2.13	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE TRÁQUEA, BRONQUIOS Y MEDIASTINO	Cubierta
88.1.3.	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN, PELVIS Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS	Cubierta
88.1.3.01	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	Cubierta
88.1.3.02	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)	Cubierta
88.1.3.05	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR (HÍGADO, PÁNCREAS, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.1.3.06	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	Cubierta
88.1.3.12	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO	Cubierta
88.1.3.13	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)	Cubierta
88.1.3.14	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO	Cubierta
88.1.3.17	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA BILIOPANCREÁTICA	Cubierta
88.1.3.18	ECOGRAFÍA DE RECTO	Cubierta
88.1.3.19	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO	Cubierta
88.1.3.20	ECOGRAFÍA DE ANO	Cubierta
88.1.3.21	ECOGRAFÍA LAPAROSCÓPICA DE ABDOMEN	Cubierta
88.1.3.31	ECOGRAFÍA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES	Cubierta
88.1.3.32	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	Cubierta
88.1.3.40	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO)	Cubierta
88.1.3.60	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.1.3.62	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER	Cubierta
88.1.3.90	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA	Cubierta
88.1.4.	ECOGRAFÍA DE PELVIS Y DE GENITALES FEMENINOS	Cubierta
88.1.4.01	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	Cubierta
88.1.4.02	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	Cubierta
88.1.4.03	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL) (TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MÁS)	Cubierta
88.1.4.10	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (HISTEROSONOGRFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRFÍA)	Cubierta
88.1.4.31	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	Cubierta
88.1.4.32	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	Cubierta
88.1.4.34	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON PERFIL BIOFÍSICO	Cubierta
88.1.4.35	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	Cubierta
88.1.4.36	ECOGRFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	Cubierta
88.1.4.37	ECOGRFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.1.5.	ECOGRAFÍA PÉLVICA Y DE GENITALES MASCULINOS	Cubierta
88.1.5.01	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	Cubierta
88.1.5.02	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	Cubierta
88.1.5.10	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	Cubierta
88.1.5.11	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	Cubierta
88.1.5.21	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	Cubierta
88.1.6.	ECOGRAFÍA DE LAS EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	Cubierta con aclaración
88.1.6.01	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	Cubierta
88.1.6.02	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	Cubierta
88.1.6.03	ECOGRAFÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN NERVIOS DE EXTREMIDADES	No Cubierta
88.1.6.10	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	Cubierta
88.1.6.11	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	Cubierta
88.1.6.12	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.1.6.13	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	Cubierta
Incluye:	DEDOS	
88.1.6.20	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	Cubierta
88.1.6.21	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	Cubierta
88.1.6.22	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	Cubierta
Incluye:	DEDOS	
88.1.6.30	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	Cubierta
88.1.6.40	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	Cubierta
88.1.7.	OTRAS ECOGRAFÍAS	Cubierta
88.1.7.01	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	Cubierta
88.1.7.02	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN	Cubierta
88.1.7.03	ELASTOSONOGRFÍA	Cubierta
88.2.	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.2.1.	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	Cubierta
88.2.1.03	ECOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL	Cubierta
88.2.1.05	DOPPLER TRANSCRANEAL CON MONITOREO DE 24 HORAS	Cubierta
88.2.1.12	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	Cubierta
88.2.1.32	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	Cubierta
88.2.2.	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DEL ABDOMEN Y PELVIS	Cubierta
88.2.2.03	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	Cubierta
88.2.2.12	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	Cubierta
88.2.2.22	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	Cubierta
88.2.2.32	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	Cubierta
88.2.2.42	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO	Cubierta
88.2.2.52	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	Cubierta
88.2.2.62	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.2.2.70	PLETISMOGRAFIA ARTERIAL PENEANA	Cubierta
88.2.2.72	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	Cubierta
88.2.2.82	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	Cubierta
88.2.2.92	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES	Cubierta
88.2.2.94	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	Cubierta
88.2.2.96	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	Cubierta
88.2.2.98	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	Cubierta
88.2.3.	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE EXTREMIDADES	Cubierta con aclaración
88.2.3.01	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
88.2.3.02	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
88.2.3.05	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
88.2.3.06	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
88.2.3.07	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.2.3.08	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
88.2.3.09	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	Cubierta
88.2.3.16	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	Cubierta
88.2.3.17	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
88.2.3.18	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	Cubierta
88.2.3.20	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
88.2.3.21	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
88.2.3.25	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
88.2.3.26	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
88.2.3.40	PLETISMOGRAFÍA ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES POST EJERCICIO	Cubierta
88.2.3.50	PLETISMOGRAFÍA VENOSA CUANTITATIVA DE AIRE EN MIEMBROS INFERIORES	Cubierta
88.2.3.70	FLEBOGRAFÍA DE IMPEDANCIA	No Cubierta
88.2.3.90	MEDICIÓN DE PRESIONES SEGMENTARIAS E ÍNDICES ARTERIALES CON DOPPLER	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.2.6.	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE TRASPLANTES (ÓRGANOS TRASPLANTADOS)	Cubierta
88.2.6.02	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS	Cubierta
88.2.6.03	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑÓN TRASPLANTADO	Cubierta
88.2.8.	OTROS ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS NO ESPECIFICADOS EN OTRO CONCEPTO	Cubierta
88.2.8.01	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS	Cubierta
88.2.8.40	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA EN COLOCACIÓN DE CATÉTERES	Cubierta
88.3.	RESONANCIA MAGNÉTICA	
Incluye:	<i>AQUELLA CON GADOLINIO DTPA ENTRE OTROS MEDIOS DE CONTRASTE</i>	
88.3.1.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CABEZA, CARA Y CUELLO	Cubierta con aclaración
88.3.1.01	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	Cubierta
88.3.1.02	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA	Cubierta
88.3.1.03	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	Cubierta
88.3.1.04	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO FUNCIONAL	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.3.1.05	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
88.3.1.06	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFÍA	No Cubierta
88.3.1.07	RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EVALUACIÓN DINÁMICA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO	No Cubierta
88.3.1.08	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	Cubierta
88.3.1.09	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OIDOS	Cubierta
88.3.1.10	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	Cubierta
88.3.1.11	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	Cubierta
88.3.2.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL	Cubierta
88.3.2.10	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	Cubierta
88.3.2.11	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	Cubierta
88.3.2.20	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	Cubierta
88.3.2.21	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE	Cubierta
88.3.2.30	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.3.2.31	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	Cubierta
88.3.2.32	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROILÍACA SIMPLE	Cubierta
88.3.2.33	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROILÍACA CON CONTRASTE	Cubierta
88.3.2.34	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	Cubierta
88.3.2.35	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE	Cubierta
88.3.3.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	Cubierta
88.3.3.01	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	Cubierta
88.3.3.21	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN DE LA MORFOLOGÍA (CARACTERIZACIÓN TISULAR)	Cubierta
88.3.3.22	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	Cubierta
88.3.3.23	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN FUNCIONAL (PERFUSIÓN CORONARIA CON ESTRÉS FÍSICO O FARMACOLÓGICO)	Cubierta
88.3.3.41	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)	Cubierta
88.3.3.51	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.3.3.90	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECÍFICADAS DEL TÓRAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	Cubierta
88.3.4.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS	Cubierta con aclaración
88.3.4.01	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	Cubierta
88.3.4.30	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	Cubierta
88.3.4.34	COLANGIORESONANCIA	Cubierta
88.3.4.35	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]	No Cubierta
88.3.4.36	RESONANCIA MAGNÉTICA DE INTESTINO [ENTERORM]	Cubierta
88.3.4.40	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	Cubierta
88.3.4.41	RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	Cubierta
88.3.4.42	RESONANCIA MAGNÉTICA OBSTÉTRICA	Cubierta
88.3.4.43	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA	Cubierta
88.3.5.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE EXTREMIDADES	Cubierta
88.3.5.11	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.3.5.12	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	Cubierta
88.3.5.21	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	Cubierta
88.3.5.22	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	Cubierta
88.3.5.45	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	Cubierta
88.3.5.60	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	Cubierta
88.3.5.90	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	Cubierta
88.3.7.	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA	Cubierta
88.3.7.01	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	Cubierta
88.3.9.	ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO	Cubierta con aclaración
88.3.9.01	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUERPO ENTERO	Cubierta
88.3.9.02	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	Cubierta
88.3.9.03	RESONANCIA MAGNÉTICA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	Cubierta
88.3.9.04	RESONANCIA MAGNÉTICA CON PERFUSIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.3.9.05	ESPECTROSCOPIA	No Cubierta
88.3.9.08	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS	Cubierta
Incluye:	ANGIORM	
88.3.9.09	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	Cubierta
88.3.9.10	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ESTUDIO DINÁMICO (CINE RESONANCIA)	Cubierta
88.3.9.11	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	Cubierta
88.3.9.12	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	Cubierta
88.6.	OTRAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	
88.6.0.	ESTUDIOS DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA	Cubierta
88.6.0.11	OSTEODENSITOMETRÍA POR TC	Cubierta
88.6.0.12	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL	Cubierta
88.6.0.13	OSTEODENSITOMETRÍA Y COMPOSICIÓN CORPORAL (TEJIDOS BLANDOS)	Cubierta
88.6.0.14	MORFOMETRÍA VERTEBRAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
88.7.	OTROS ESTUDIOS DE IMAGENOLOGÍA	
88.7.0.	CINERADIOGRAFÍAS	Cubierta
88.7.0.01	CINERADIOGRAFÍA	Cubierta
88.7.0.02	CINEANGIOGRAFÍA	Cubierta
88.7.1.	NAVEGACIÓN ELECTROMAGNÉTICA	No Cubierta
88.7.1.01	NAVEGACIÓN ELECTROMAGNÉTICA COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS	No Cubierta
88.7.2.	DEFECOGRAFÍAS	No Cubierta
Simultáneo:	<i>CUALQUIER GUÍA IMAGENOLÓGICA (88.3.9.03 - 88.1.7.01)</i>	
88.7.2.01	DEFECOGRAFÍA	No Cubierta
Capítulo 16 CONSULTA, MONITORIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS		

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.	CONSULTA, MEDICIONES ANATÓMICAS, FISIOLÓGICAS, EXÁMENES MANUALES Y ANATOMOPATOLÓGICOS	
89.0.	ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACIÓN [VALORACIÓN]	
Incluye:	<i>AQUELLA EN CUALQUIER FASE DE LA ATENCIÓN: PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN INTEGRAL; CONSEJERÍA COMO ACTIVIDAD DE CUALESQUIER CONSULTA, ENTREVISTA O EVALUACIÓN; AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES; LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS CONTEMPLADAS SEGÚN RESOLUCIÓN 2927 DE JULIO DE 1998 O NORMA VIGENTE</i>	
89.0.1.	ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACIÓN (VISITA) DOMICILIARIA O AL SITIO DE TRABAJO	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>LA PROVISIÓN INTEGRAL DE PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES (ENTREVISTA, CONSULTA, EDUCACIÓN, ENTRENAMIENTO, SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO, EVALUACIÓN) AL USUARIO Y FAMILIA EN SU LUGAR DE RESIDENCIA O SITIO DE TRABAJO, PARA RESTAURAR O MANTENER SU FUNCIONALIDAD FÍSICA, MENTAL O SENSORIAL; COMPRENDE TAMBIÉN LA VISITA EPIDEMIOLÓGICA</i>	
89.0.1.01	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	Cubierta
89.0.1.02	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	Cubierta
89.0.1.03	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ODONTOLOGÍA GENERAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.1.05	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA	Cubierta
Incluye:	<i>PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR ENFERMERA PROFESIONAL O AUXILIAR DE ENFERMERÍA BAJO SU ESTRICTA SUPERVISIÓN</i>	
89.0.1.06	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Cubierta
89.0.1.08	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGÍA	Cubierta
89.0.1.09	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.1.10	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	Cubierta
89.0.1.11	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA	Cubierta
89.0.1.12	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA	Cubierta
89.0.1.13	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL	Cubierta
89.0.1.14	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PROMOTOR DE LA SALUD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.1.15	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Cubierta
89.0.1.16	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD	Cubierta
89.0.1.20	ATENCIÓN (VISITA) AL SITIO DE TRABAJO, POR TERAPIA (OCUPACIONAL O FÍSICA)	No Cubierta
Incluye:	AQUELLA PARA ADAPTACIÓN DEL TRABAJADOR AL PUESTO DE TRABAJO	
89.0.1.25	ATENCIÓN (VISITA) AL SITIO DE TRABAJO, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.	CONSULTA DESCRITA COMO GLOBAL O DE PRIMERA VEZ	Cubierta
Incluye:	<i>ENTREVISTA, EVALUACIÓN, VALORACIÓN O CONSULTA (ANAMNESIS, TOMA DE SIGNOS VITALES, EXAMEN FÍSICO O EVALUACIÓN DE TODOS LOS SISTEMAS O DEL SISTEMA PERTINENTE AL MOTIVO DE CONSULTA Y LA ESPECIALIDAD; EN CUALQUIER FASE DE LA ATENCIÓN: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO O REHABILITACIÓN INTEGRAL</i>	
89.0.2.01	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	Cubierta
89.0.2.02	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACIÓN, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASÍ COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD, CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL</i>	
Excluye:	<i>CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALIDADES MÉDICAS DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.2.25 A 89.0.2.94</i>	
89.0.2.03	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	Cubierta
Incluye:	<i>ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACIÓN DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLÓGICA, PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISIÓN AL ESPECIALISTA</i>	
Excluye:	<i>PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE OPERATORIA, CIRUGÍA, ENDODONCIA, EXODONCIA (23.), PROFILAXIS Y DE APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS (99.7.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.04	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	Cubierta
Excluye:	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.2.17 A 89.0.2.24 Y 89.0.2.36	
89.0.2.05	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	Cubierta
89.0.2.06	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Cubierta
89.0.2.07	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>OPTOMETRÍA, TONOMETRÍA Y VALORACIÓN ORTÓPTICA LIMITADA O INICIAL, PRESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS O AYUDAS ÓPTICAS VISUALES, REMISIÓN PARA: EVALUACIÓN ORTÓPTICA, ADAPTACIÓN Y AJUSTE DE PRÓTESIS O AYUDAS ÓPTICAS VISUALES</i>	
Excluye:	<i>EVALUACIÓN ORTÓPTICA (95.3.5.), EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN (95.0.2.), ADAPTACIÓN Y SUMINISTRO DE PRÓTESIS (95.3.4.), PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS ESPECIALES ESPECÍFICOS (95.0. - 95.3.)</i>	
89.0.2.08	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.09	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.10	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.11	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	Cubierta
89.0.2.12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA	Cubierta
89.0.2.13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	Cubierta
Incluye:	PRUEBAS DE TAMIZAJE	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.14	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIAS ALTERNATIVAS	Cubierta
89.0.2.15	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Cubierta
89.0.2.16	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	Cubierta
Excluye:	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR (89.0.2.63)	
89.0.2.17	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.18	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	Cubierta
89.0.2.19	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	Cubierta
89.0.2.20	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	Cubierta
89.0.2.21	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	Cubierta
89.0.2.22	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.23	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	Cubierta
89.0.2.24	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	Cubierta
89.0.2.25	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.26	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.27	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.28	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.29	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.2.30	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	Cubierta
89.0.2.31	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
89.0.2.32	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.33	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	Cubierta
89.0.2.34	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	Cubierta
89.0.2.35	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	Cubierta
89.0.2.36	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	Cubierta
89.0.2.37	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.38	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.2.39	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	Cubierta
89.0.2.40	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	Cubierta
89.0.2.41	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.42	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.43	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Cubierta
89.0.2.44	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.45	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.2.46	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	Cubierta
89.0.2.47	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.48	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	Cubierta
89.0.2.49	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GERIATRÍA	Cubierta
89.0.2.50	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	Cubierta
89.0.2.51	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.52	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.53	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.54	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.55	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.56	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL	Cubierta
89.0.2.57	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (AYURVEDA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.58	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (HOMEOPÁTICA)	Cubierta
89.0.2.59	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (MEDICINA TRADICIONAL CHINA)	Cubierta
89.0.2.60	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NATUROPATÍA)	Cubierta
89.0.2.61	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	Cubierta
89.0.2.62	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.63	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	Cubierta
Excluye:	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (89.0.2.16)	
89.0.2.64	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Cubierta
89.0.2.65	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE	Cubierta
89.0.2.66	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.67	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	Cubierta
89.0.2.68	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	Cubierta
89.0.2.69	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.2.70	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.71	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.72	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.2.73	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	Cubierta
89.0.2.74	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	Cubierta
89.0.2.75	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.2.76	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.77	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.2.78	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.79	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.2.80	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.81	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.82	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.83	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	Cubierta
89.0.2.84	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	Cubierta
89.0.2.85	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.2.86	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.87	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	Cubierta
89.0.2.88	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.2.89	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.2.90	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	Cubierta
89.0.2.91	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.2.92	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	Cubierta
89.0.2.94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	Cubierta
89.0.2.95	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (OSTEOPÁTICA)	Cubierta
89.0.2.96	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NEURALTERAPÉUTICA)	Cubierta
89.0.3.	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	ENTREVISTA, EVALUACIÓN, VALORACIÓN O CONSULTA LIMITADAS: PARA UN PROBLEMA YA CONOCIDO, SOBRE UN SISTEMA O UN ÓRGANO ESPECÍFICO, PARA SEGUIMIENTO EN CUALQUIER ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE LAS FASES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD O PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	
Excluye:	EVALUACIÓN ORTÓPTICA-PLÉÓPTICA (95.0.1., EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN (95.0.2.)	
89.0.3.01	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	Cubierta
89.0.3.02	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	Cubierta
Incluye:	AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIÓDICA, EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACIÓN DE ORTESIS-PRÓTESIS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES MÉDICAS DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.3.25 - 89.0.3.94	
89.0.3.03	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	Cubierta
89.0.3.04	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	Cubierta
Excluye:	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.3.17 A 89.0.3.24 Y 89.0.3.36	
89.0.3.05	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.06	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Cubierta
89.0.3.07	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRÍA	Cubierta
Incluye:	<i>EVALUACIÓN Y AJUSTE DE LA AYUDA VISUAL (ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AYUDAS DE BAJA VISIÓN) PRESCRITA EN LA CONSULTA INICIAL O AJUSTE Y REVISIÓN DE LA PRÓTESIS OCULAR ADAPTADA</i>	
Excluye:	<i>EVALUACIÓN ORTÓPTICA-PLEÓPTICA (95.0.1.), EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN (95.0.2.)</i>	
89.0.3.08	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.09	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS</i>	
89.0.3.10	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.11	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	Cubierta
89.0.3.12	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA RESPIRATORIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.13	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	Cubierta
Incluye:	PRUEBAS DE TAMIZAJE	
89.0.3.14	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIAS ALTERNATIVAS	Cubierta
89.0.3.15	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Cubierta
89.0.3.16	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR (89.0.3.63)	
89.0.3.17	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	Cubierta
89.0.3.18	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	Cubierta
89.0.3.19	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	Cubierta
89.0.3.20	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.21	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	Cubierta
89.0.3.22	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	Cubierta
89.0.3.23	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	Cubierta
89.0.3.24	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	Cubierta
89.0.3.25	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.26	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.27	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	Cubierta
89.0.3.28	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.29	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.3.30	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.31	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
89.0.3.32	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	Cubierta
89.0.3.33	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	Cubierta
89.0.3.34	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	Cubierta
89.0.3.35	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.36	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	Cubierta
89.0.3.37	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	Cubierta
89.0.3.38	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.3.39	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	Cubierta
89.0.3.40	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.41	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.42	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.43	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Cubierta
89.0.3.44	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.45	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.46	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	Cubierta
89.0.3.47	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.3.48	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	Cubierta
89.0.3.49	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GERIATRÍA	Cubierta
89.0.3.50	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.51	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.52	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.3.53	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.54	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.55	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.56	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL	Cubierta
89.0.3.57	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (AYURVEDA)	Cubierta
89.0.3.58	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (HOMEOPÁTICA)	Cubierta
89.0.3.59	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (MEDICINA TRADICIONAL CHINA)	Cubierta
89.0.3.60	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NATUROPATÍA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.61	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	Cubierta
89.0.3.62	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	Cubierta
89.0.3.63	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	Cubierta
Excluye:	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (89.0.3.16)	
89.0.3.64	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.65	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE	Cubierta
89.0.3.66	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	Cubierta
89.0.3.67	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	Cubierta
89.0.3.68	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	Cubierta
89.0.3.69	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.70	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.71	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.72	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.3.73	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	Cubierta
89.0.3.74	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.75	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.3.76	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.77	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.3.78	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.79	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.80	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.81	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.3.82	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.83	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	Cubierta
89.0.3.84	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.85	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.3.86	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Cubierta
89.0.3.87	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	Cubierta
89.0.3.88	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.3.89	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.90	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	Cubierta
89.0.3.91	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA	Cubierta
89.0.3.92	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	Cubierta
89.0.3.94	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	Cubierta
89.0.3.95	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (OSTEOPÁTICA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.3.96	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NEURALTERAPÉUTICA)	Cubierta
89.0.4.	INTERCONSULTA	Cubierta
Incluye:	ACTO MEDIANTE EL CUAL UN ESPECIALISTA U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD A SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE (GENERAL O ESPECIALISTA), EMITE OPINIÓN DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA SIN ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DIRECTA EN EL MANEJO DEL USUARIO, TANTO EN EL ÁMBITO AMBULATORIO COMO INTRAHOSPITALARIO	
89.0.4.01	INTERCONSULTA POR MEDICINA GENERAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.4.02	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	Cubierta
Incluye:	AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIÓDICA, EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACIÓN DE ORTESIS-PRÓTESIS	
Excluye:	INTERCONSULTA POR ESPECIALIDADES MÉDICAS DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.4.25 A 89.0.4.94	
89.0.4.03	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL	Cubierta
89.0.4.04	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>INTERCONSULTA POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.4.17 A 89.0.4.24 Y 89.0.4.36</i>	
89.0.4.05	INTERCONSULTA POR ENFERMERÍA	Cubierta
89.0.4.06	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Cubierta
Incluye:	<i>MANEJO NUTRICIONAL ENTERAL, PARENTERAL, SUPLEMENTACIÓN DE LA VÍA ORAL O MANEJO DIETARIO ESPECIALIZADO (PROCESO DE VALORACIÓN NUTRICIONAL, ANAMNESIS ALIMENTARIA CÁLCULO DE REQUERIMIENTOS Y PRESCRIPCIÓN DE DIETAS ESPECIALES AJUSTADOS A REQUERIMIENTOS INDIVIDUALES)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.4.08	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.09	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	Cubierta
89.0.4.10	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.11	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA	Cubierta
89.0.4.12	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.4.13	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL	Cubierta
89.0.4.16	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	Cubierta
Excluye:	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR (89.0.4.63)	
89.0.4.17	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	Cubierta
89.0.4.18	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	Cubierta
89.0.4.19	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	Cubierta
89.0.4.20	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	Cubierta
89.0.4.21	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	Cubierta
89.0.4.22	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	Cubierta
89.0.4.23	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	Cubierta
89.0.4.24	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	Cubierta
89.0.4.25	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.26	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.4.27	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	Cubierta
89.0.4.28	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.29	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.30	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	Cubierta
89.0.4.31	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
89.0.4.32	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	Cubierta
89.0.4.33	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	Cubierta
89.0.4.34	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	Cubierta
89.0.4.35	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	Cubierta
89.0.4.36	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	Cubierta
89.0.4.37	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	Cubierta
89.0.4.38	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.39	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	Cubierta
89.0.4.40	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	Cubierta
89.0.4.41	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.42	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.43	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Cubierta
89.0.4.44	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.4.45	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.46	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	Cubierta
89.0.4.47	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.48	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	Cubierta
89.0.4.49	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GERIATRÍA	Cubierta
89.0.4.50	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	Cubierta
89.0.4.51	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.52	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.53	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.54	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.55	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.56	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA AEROESPACIAL	Cubierta
89.0.4.57	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (AYURVEDA)	Cubierta
89.0.4.58	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (HOMEOPÁTICA)	Cubierta
89.0.4.59	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (MEDICINA TRADICIONAL CHINA)	Cubierta
89.0.4.60	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NATUROPATÍA)	Cubierta
89.0.4.61	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.4.62	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	Cubierta
89.0.4.63	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	Cubierta
Excluye:	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (89.0.4.16)	
89.0.4.64	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Cubierta
89.0.4.65	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE	Cubierta
89.0.4.66	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	Cubierta
89.0.4.67	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	Cubierta
89.0.4.68	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	Cubierta
89.0.4.69	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.70	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.71	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.72	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.73	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	Cubierta
89.0.4.74	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	Cubierta
89.0.4.75	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.76	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.4.77	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.78	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.79	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.80	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.81	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.82	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.83	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	Cubierta
89.0.4.84	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	Cubierta
89.0.4.85	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.86	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Cubierta
89.0.4.87	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	Cubierta
89.0.4.88	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.4.89	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.4.90	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA	Cubierta
89.0.4.91	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA	Cubierta
89.0.4.92	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	Cubierta
89.0.4.94	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	Cubierta
89.0.4.95	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (OSTEOPÁTICA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.4.96	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA (NEURALTERAPÉUTICA)	Cubierta
89.0.5.	JUNTA MÉDICA	Cubierta
Incluye:	ÓRGANO CONSULTIVO CONFORMADO POR PROFESIONALES MÉDICOS ESPECIALISTAS (MÍNIMO TRES), A FIN DE DICTAMINAR SOBRE LA CONDUCTA A SEGUIR CON LOS USUARIOS, PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO O ACCIÓN TERAPÉUTICA AQUELLAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL	
89.0.5.01	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA, POR MEDICINA GENERAL Y CASO (PACIENTE)	Cubierta
89.0.5.02	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.5.03	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)	Cubierta
89.0.6.	CUIDADO (MANEJO) Y ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA ATENCIÓN DIARIA AL PACIENTE INTERNADO, UTILIZANDO MÉTODOS COMO LAS RONDAS, REVISTAS ENTRE OTROS, REALIZADA EN CUALESQUIER SERVICIO</i>	
89.0.6.01	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	Cubierta
89.0.6.02	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.6.04	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	Cubierta
89.0.6.05	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERÍA	Cubierta
89.0.6.06	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Cubierta
Incluye:	VALORACIÓN NUTRICIONAL, MANEJO DIARIO Y MONITOREO DIETARIO CON NUTRICIÓN ENTERAL, PARENTERAL, SUPLEMENTACIÓN DE VÍA ORAL O RÉGIMEN DIETÉTICO ESPECIAL A LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN	
89.0.6.08	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.6.09	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL	Cubierta
Incluye:	ASESORIA Y ORIENTACIÓN, REUBICACION EXTRAINSTITUCIONAL DE PACIENTES INTERNADOS EN LOS CASOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS	
89.0.6.10	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	Cubierta
89.0.6.11	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FÍSICA	Cubierta
89.0.6.12	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.6.13	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL	Cubierta
89.0.6.15	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Cubierta
89.0.7.	CONSULTA DE URGENCIAS	Cubierta
89.0.7.01	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	Cubierta
89.0.7.02	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORÍAS 89.0.7.35, 89.0.7.50, 89.0.7.63, 89.0.7.80, 89.0.7.81, 89.0.7.83 Y 89.0.7.93	
89.0.7.03	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	Cubierta
89.0.7.04	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	Cubierta
89.0.7.35	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	Cubierta
89.0.7.50	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	Cubierta
89.0.7.63	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.0.7.80	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	Cubierta
89.0.7.81	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	Cubierta
89.0.7.83	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	Cubierta
89.0.7.93	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS	Cubierta
89.1.	MEDICIONES ANATOMICAS, FISIOLÓGICAS Y EXAMENES MANUALES DE SISTEMA NERVIOSO Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>EXAMEN DE OÍDO (95.4.), EXAMEN DE OJO (95.0.) Y LOS PROCEDIMIENTOS LISTADOS SI HACEN PARTE DE UNA CONSULTA GLOBAL DE PRIMERA VEZ O DE CONTROL (89.0.) (OMITIR CÓDIGOS)</i>	
89.1.0.	PRUEBA DEL AMOBARBITAL INTRACAROTÍDEO	Cubierta
89.1.0.00	PRUEBA DEL AMOBARBITAL INTRACAROTÍDEO [WADA] SOD	Cubierta
89.1.1.	TONOMETRÍA	Cubierta
89.1.1.00	TONOMETRÍA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.1.2.	RINOMANOMETRÍA O RINOMETRÍA	Cubierta con aclaración
89.1.2.01	RINOMANOMETRÍA	Cubierta
89.1.2.02	RINOMANOMETRÍA CON ALERGENO	Cubierta
89.1.2.03	RINOMETRÍA ACÚSTICA	No Cubierta
89.1.3.	PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.1.3.01	PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO (ESPECÍFICO)	Cubierta
89.1.3.02	PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO VALORADA POR PICO FLUJO NASAL INSPIRATORIO	Cubierta
89.1.4.	ELECTROENCEFALOGRAMA	Cubierta
Excluye:	<i>AQUEL CON POLISOMNOGRAMA (89.1.7.)</i>	
89.1.4.01	ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>CON O SIN ELECTRODO NASOFARÍNGEO</i>	
89.1.4.02	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	Cubierta
89.1.4.10	ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL	Cubierta
89.1.5.	OTRAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO NEUROLÓGICO NO QUIRÚRGICAS	Cubierta
89.1.5.01	ELECTROCORTICOGRAFÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.1.5.02	REFLEJO NEUROLÓGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H)	Cubierta
89.1.5.03	REFLEJO NEUROLÓGICO TRIGÉMINO FACIAL	Cubierta
89.1.5.04	PRUEBA DE ESTIMULACIÓN MÁXIMA DE NERVIO FACIAL [HILGER]	Cubierta
89.1.5.05	ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA CORTICAL	Cubierta
89.1.5.07	REFLEJOS NEUROLÓGICOS BULBO CAVERNOSO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.1.5.08	NEUROCONDUCCIÓN POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS NERVIOS)	Cubierta
89.1.5.10	PRUEBA COMPLETA CON TENSILON	Cubierta
89.1.5.11	PRUEBA DE ESTÍMULO REPETITIVO [LAMBERT]	Cubierta
89.1.5.12	TRIPLES CAROTIDEOS	Cubierta
89.1.5.13	PRUEBA FUNCIONAL DE RESPUESTA A MEDICAMENTOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.1.5.30	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	Cubierta
89.1.5.31	POTENCIALES EVOCADOS DE LATENCIA MEDIA Y LARGA	Cubierta
89.1.5.32	POTENCIALES EVOCADOS MOTORES CON ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA	Cubierta
89.1.7.	POLISOMNOGRAMA	Cubierta
89.1.7.01	ESTUDIO FISIOLÓGICO DEL SUEÑO (ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO SIN OXIMETRÍA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.1.7.02	ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO COMPLETO (CON OXIMETRÍA)	Cubierta
89.1.7.03	POLISOMNOGRAMA EN TITULACIÓN DE CPAP NASAL	Cubierta
89.1.8.	OTRAS PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO	Cubierta
89.1.8.01	PRUEBAS DE LATENCIA MÚLTIPLE DE SUEÑO	Cubierta
89.1.8.02	PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.1.8.03	PRUEBA DE MANTENIMIENTO DE LA VIGILIA	Cubierta
89.1.9.	MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICAS POR VIDEO Y RADIO	Cubierta
89.1.9.01	MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO	Cubierta
89.1.9.02	MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DEL SISTEMA NERVIOSO	Cubierta
89.2.	MEDICIONES ANATÓMICAS, FISIOLÓGICAS Y EXAMENES MANUALES DE APARATO GENITOURINARIO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>LOS PROCEDIMIENTOS LISTADOS SI HACEN PARTE DE UNA CONSULTA GLOBAL DE PRIMERA VEZ O DE CONTROL (89.0.) (OMITIR CÓDIGO)</i>	
89.2.0.	URODINAMIA	Cubierta
89.2.0.01	URODINAMIA ESTÁNDAR	Cubierta
89.2.0.02	URODINAMIA CON PRUEBA DE MEDICAMENTO	Cubierta
89.2.1.	MANOMETRÍA URINARIA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.2.1.00	MANOMETRÍA PIÉLICA SOD	No Cubierta
89.2.2.	CISTOMETROGRAMA	Cubierta
89.2.2.00	CISTOMETROGRAMA SOD	Cubierta
89.2.3.	ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER	Cubierta
89.2.3.01	ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER URETRAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.2.3.02	ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER VESICAL	Cubierta
89.2.4.	UROFLUJOMETRÍA	Cubierta
89.2.4.00	UROFLUJOMETRÍA SOD	Cubierta
89.2.5.	PERFIL DE PRESIÓN URETRAL	Cubierta
89.2.5.00	PERFIL DE PRESIÓN URETRAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.2.6.	ESFINTEROMANOMETRÍA	Cubierta
89.2.6.00	ESFINTEROMANOMETRÍA SOD	Cubierta
89.2.8.	CISTOMETRÍA	Cubierta
89.2.8.00	CISTOMETRÍA SOD	Cubierta
89.2.9.	OTRAS MEDICIONES O EXAMENES DEL APARATO GENITOURINARIO NO OPERATORIAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.2.9.01	TOMA NO QUIRÚRGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLÓGICO	Cubierta
89.2.9.02	ESTUDIO COMPLETO DE IMPOTENCIA	Cubierta
Incluye:	<i>PRUEBA FARMACOLÓGICA CON AGENTE INTRACAVERNOSO, INSTRUCCIÓN AUTOINYECCIÓN , DOPPLER CAVERNOSO Y PENEANO, CAVERNOSOMETRÍA-CAVERNOSOGRAFÍA, MONITOREO PENEANO, BIOTESIOMETRÍA Y POTENCIALES EVOCADOS NERVIO PUDENDO</i>	
89.2.9.03	PENOSCOPIA	Cubierta
89.2.9.04	TÉCNICAS DE INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACETICO Y LUGOL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.	OTRAS MEDICIONES ANATOMICAS, FISIOLÓGICAS Y EXÁMENES MANUALES	
Excluye:	<i>LOS PROCEDIMIENTOS LISTADOS SI HACEN PARTE DE UNA CONSULTA GLOBAL DE PRIMERA VEZ O DE CONTROL (89.0.) (OMITIR CÓDIGOS)</i>	
89.3.1.	EXAMEN Y MEDICIÓN ANATOMICA-FISIOLÓGICA DENTAL	Cubierta con aclaración
Excluye:	<i>EL MISMO EXAMEN O MEDICIÓN, SI SE HACE DENTRO DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DE PRIMERA VEZ O DE CONTROL (89.0.2. - 89.0.3.)</i>	
89.3.1.01	IMPRESIÓN DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.1.02	FOTOGRAFÍA CLÍNICA EXTRAORAL, INTRAORAL, FRONTAL O LATERAL	No Cubierta
89.3.1.03	EVALUACIÓN Y MEDICIÓN ORTODÓNTICA Y ORTOPÉDICA ORAL	No Cubierta
89.3.1.04	ESTUDIO DE OCLUSIÓN Y ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	Cubierta
89.3.1.05	MASCARA FACIAL DIAGNÓSTICA	No Cubierta
89.3.1.06	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPÉDICO FUNCIONAL Y MECÁNICO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>ADAPTACIÓN DE PLACA NEUROMIORELAJANTE</i>	
89.3.1.07	ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN DE APARATO ORTOPÉDICO	Cubierta
89.3.1.08	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTO-MAXILOFACIAL	Cubierta
89.3.1.09	EXAMEN O RECONOCIMIENTO DE MUCOSA ORAL Y PERIODONTAL	Cubierta
89.3.2.	MANOMETRÍA ESOFÁGICA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.2.00	MANOMETRÍA ESOFÁGICA SOD	No Cubierta
89.3.3.	EXAMEN DIGITAL DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA	Cubierta
Incluye:	<i>EXAMEN DIGITAL DE BOCA DE COLOSTOMÍA</i>	
89.3.3.00	EXAMEN DIGITAL DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA SOD	Cubierta
89.3.4.	EXAMEN DIGITAL DE RECTO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.4.00	EXAMEN DIGITAL DE RECTO SOD	Cubierta
89.3.6.	ELECTROMIOGRAFÍA DE ESFÍNTER ANAL O PLEJO LUMBOSACRO	Cubierta
89.3.6.01	ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL	Cubierta
89.3.6.02	ELECTROMIOGRAFIA DE PLEJO LUMBOSACRO	Cubierta
89.3.7.	DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD VITAL	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.7.01	VOLÚMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA, PRE Y POST BRONCODILATADORES	No Cubierta
89.3.7.02	VOLÚMENES PULMONARES POR GASES (HELIO OTROS.), PRE Y POST BRONCODILATADORES	No Cubierta
89.3.7.03	ESPIROMETRÍA	Cubierta
Incluye:	<i>PRUEBAS CON FINALIDAD DE TAMIZAJE</i>	
89.3.8.	OTRAS MEDICIONES RESPIRATORIAS NO QUIRÚRGICAS	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.8.01	CONSUMO DE OXÍGENO Y PRODUCCIÓN DE CO2 EN REPOSO	Cubierta
89.3.8.02	CURVA DE HIPEROXIA	Cubierta
89.3.8.04	COOXIMETRÍA	Cubierta
89.3.8.05	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	Cubierta
89.3.8.06	CAPACIDAD DE DIFUSIÓN CON MONÓXIDO DE CARBONO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.8.07	DISTENSIBILIDAD PULMONAR CON BALÓN ESOFÁGICO	Cubierta
89.3.8.08	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE	Cubierta
89.3.8.09	RESISTENCIA DE VÍAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFÍA SIMPLE	Cubierta
89.3.8.10	MEDICIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR RESPIRATORIA (PIM-PEM AJUSTADO CON VOLÚMENES PULMONARES)	Cubierta
89.3.8.11	MEDICIÓN DE PRESIÓN INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA MÁXIMA CON EQUIPO PORTÁTIL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.8.12	REGISTRO DE OXIMETRÍA CUTÁNEA	Cubierta
89.3.8.13	RESISTENCIA DE LAS VÍAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFÍA PRE Y POST BRONCODILATADORES	Cubierta
89.3.8.14	PRESIÓN TRANSDIAFRAGMÁTICA CON BALONES	No Cubierta
89.3.8.15	PRUEBA DE BRONCOPROVOCACIÓN ESPECÍFICA (ALERGENO) O INESPECÍFICA	No Cubierta
89.3.8.16	RESPUESTA VENTILATORIA A LA HIPOXIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.8.17	RESPUESTA VENTILATORIA A LA HIPERCAPNIA	Cubierta
89.3.8.18	MEDICIÓN NO INVASIVA DE CO2 O CAPNOGRAFIA	Cubierta
89.3.8.20	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO	Cubierta
89.3.8.21	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO Y MONITOREO	Cubierta
89.3.8.22	VENTILACIÓN VOLUNTARIA MÁXIMA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.8.23	MEDICIÓN DE CALORIMETRÍA INDIRECTA	No Cubierta
89.3.8.24	PRUEBA DE HIDRÓGENO ESPIRADO	No Cubierta
89.3.8.25	OSCILOMETRÍA DE IMPULSO	No Cubierta
89.3.9.	OTRAS MEDICIONES Y EXÁMENES NO QUIRÚRGICOS	Cubierta con aclaración
89.3.9.01	MEDICIÓN DE ACIDEZ GÁSTRICA EN 24 HORAS [pHMETRÍA]	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.9.02	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGICA	No Cubierta
89.3.9.03	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGICA CON PERFUSIÓN DE ÁCIDO	No Cubierta
89.3.9.04	PRUEBA ENDOSCÓPICA DE UREASA RÁPIDA PARA DETERMINACIÓN DE <i>Helicobacter pylori</i>	Cubierta
89.3.9.05	IMPEDANCIOMETRÍA GÁSTRICA	No Cubierta
89.3.9.08	COLORACIONES VITALES EN MUCOSA DIGESTIVA, VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.3.9.09	ELECTROGASTROGRAFIA TRANSCUTÁNEA O INTRAGÁSTRICA	Cubierta
89.3.9.10	PRUEBAS VÍA ORAL DE SENSIBILIZACIÓN CON ALERGENOS (PROVOCACIÓN ORAL CON DOSIS INCREMENTALES DE ALERGENOS)	Cubierta
89.3.9.11	MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA	No Cubierta
89.4.	PRUEBAS DE ESTRÉS CARDÍACO Y COMPROBACIONES DE MARCAPASOS	
89.4.1.	PRUEBA ERGOMÉTRICA (DE ESFUERZO) CARDIOVASCULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.4.1.01	PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR INTEGRADA (ERGOESPIROMETRIA)	Cubierta
89.4.1.02	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	Cubierta
89.4.1.04	PRUEBA DE ESFUERZO EN FASES DE MASTERS	Cubierta
89.4.4.	OTRAS PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	Cubierta
Incluye:	<i>PRUEBA DE ESFUERZO FARMACOLÓGICA</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.4.4.01	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	Cubierta
89.4.4.02	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	Cubierta
89.4.4.03	PRUEBA DE 12 MINUTOS [COOPER]	Cubierta
89.4.5.	COMPROBACIÓN DE RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL	Cubierta
89.4.5.00	COMPROBACIÓN DE RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.4.6.	COMPROBACIÓN DE FORMA DE ONDA DE ARTEFACTO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL	No Cubierta
89.4.6.00	COMPROBACIÓN DE FORMA DE ONDA DE ARTEFACTO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL SOD	No Cubierta
89.4.7.	COMPROBACIÓN DE IMPEDANCIA DE ELECTRODO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL	No Cubierta
89.4.7.00	COMPROBACIÓN DE IMPEDANCIA DE ELECTRODO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL SOD	No Cubierta
89.4.8.	COMPROBACIÓN DE UMBRAL DE TENSIÓN O AMPERAJE DE MARCAPASO ARTIFICIAL	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.4.8.00	COMPROBACIÓN DE UMBRAL DE Tensión (AMPERAJE) DE MARCAPASO ARTIFICIAL SOD	No Cubierta
89.5.	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS CARDÍACOS Y VASCULARES NO QUIRÚRGICOS	
89.5.0.	MONITORIZACIÓN CARDÍACA AMBULATORIA	Cubierta
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
89.5.0.01	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.5.0.02	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO DE EVENTOS	Cubierta
89.5.0.03	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	Cubierta
89.5.0.04	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	Cubierta
89.5.0.05	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL	Cubierta
89.5.1.	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUEL CON UNA A TRES DERIVACIONES O EL CONVENCIONAL CON DOCE DERIVACIONES</i>	
89.5.1.00	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	Cubierta
89.5.2.	ELECTROCARDIOGRAMA	Cubierta
89.5.2.01	ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN (ESTUDIO DE POTENCIALES TARDÍOS)	Cubierta
Incluye:	<i>AQUEL PARA ESTUDIO DE PACIENTES CON SÍNCOPE O RIESGO DE MUERTE SÚBITA</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.5.3.	VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG)	Cubierta
89.5.3.00	VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG) SOD	Cubierta
89.5.4.	MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA	Cubierta
Excluye:	<i>MONITORIZACIÓN AMBULATORIA (89.5.0.); LA MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DURANTE CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO)</i>	
89.5.4.00	MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA (TELEMETRÍA) SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.5.5.	FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS	Cubierta
89.5.5.00	FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS SOD	Cubierta
89.5.6.	DETECCIÓN DE PULSO CAROTÍDEO CON ELECTRODO DE ECG	No Cubierta
89.5.6.00	DETECCIÓN DE PULSO CAROTÍDEO CON ELECTRODO DE ECG SOD	No Cubierta
89.5.7.	APICOGRAMA (CON ELECTRODO DE ECG)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.5.7.00	APICOGRAMA (CON ELECTRODO DE ECG) SOD	Cubierta
89.5.8.	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR	No Cubierta
89.5.8.01	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR DIAGNÓSTICO	No Cubierta
89.5.9.	OTRAS MEDICIONES CARDÍACAS Y VASCULARES NO OPERATORIAS	Cubierta con aclaración
89.5.9.01	MEDICIÓN DE PRESIÓN DE MUÑÓN CAROTÍDEO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.5.9.02	MEDICIÓN DE SATURACIÓN VENOSA CEREBRAL	No Cubierta
89.5.9.03	AURICULOGRAMA IZQUIERDO	Cubierta
89.5.9.10	PRUEBAS DE FUNCION AUTONOMICA CARDIOVASCULAR	Cubierta
89.5.9.11	ESTUDIO HEMODINÁMICO NO INVASIVO PARA MEDICIONES VOLUMÉTRICAS INTRATORÁICAS (CARDIOIMPEDANCIA)	No Cubierta
89.5.9.12	ESTUDIO HEMODINÁMICO NO INVASIVO PARA MEDICIONES DE PRESIONES CENTRALES	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.6.	MONITORIZACIÓN CIRCULATORIA	
Excluye:	<i>MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DURANTE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (OMITIR CÓDIGO)</i>	
89.6.0.	MONITORIZACIÓN DE FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRÍCULO DERECHO	Cubierta
89.6.0.01	COLOCACIÓN DE CATÉTER (FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRÍCULO DERECHO)	Cubierta
89.6.1.	MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.6.1.01	MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (TELEMETRÍA)	Cubierta
89.6.2.	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL	Cubierta
89.6.2.00	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL SOD	Cubierta
89.6.3.	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE ARTERIA PULMONAR	Cubierta
89.6.3.00	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE ARTERIA PULMONAR SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.6.4.	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN CAPILAR DE ARTERIA PULMONAR	Cubierta
Incluye:	<i>COLOCACIÓN DE CATÉTER DE SWAN GANZ</i>	
89.6.4.00	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE CAPILAR PULMONAR SOD	Cubierta
89.6.5.	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN EN AURÍCULA IZQUIERDA	No Cubierta
89.6.5.01	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN EN AURÍCULA IZQUIERDA VÍA ABIERTA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.6.5.02	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN EN AURÍCULA IZQUIERDA MÍNIMAMENTE INVASIVA	No Cubierta
89.6.7.	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR TÉCNICAS DE CONSUMO DE OXÍGENO	Cubierta
Incluye:	<i>[MÉTODO DE FICK]</i>	
89.6.7.00	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR TÉCNICAS DE CONSUMO DE OXÍGENO SOD	Cubierta
89.6.8.	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR OTRA TÉCNICA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>MONITARIZACION MEDIANTE INDICADOR DE TERMODILUCIÓN</i>	
89.6.8.01	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO CON Sonda ESOFÁGICA	No Cubierta
89.6.8.02	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO CON IMPEDANCIA TORÁCICA	No Cubierta
89.6.8.03	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR ANÁLISIS DE CURVA DE PRESIÓN ARTERIAL	No Cubierta
89.6.9.	MONITORIZACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>TÉCNICA DE RECuento DE COINCIDENCIAS</i>	
89.6.9.00	MONITORIZACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO SOD	No Cubierta
89.7.	MONITORIZACIÓN DE FETO	
89.7.0.	MONITORIA FETAL	Cubierta
89.7.0.11	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.7.0.12	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	Cubierta
89.8.	PROCEDIMIENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS	
Incluye:	<i>PROCESAMIENTO DEL TEJIDO Y LECTURA DEL ESTUDIO</i>	
89.8.0.	PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA	Cubierta con aclaración
Incluye:	<i>PARA MUESTRA SIMPLE (ÚNICA) O MÚLTIPLE (DOS O MÁS) ; ESTUDIO MACRO O MICROSCÓPICO, PROCESO HISTOLÓGICO DE TEJIDO O DE LÍQUIDO CORPORAL O MUESTRA DE [BACAF]</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	TOMA DE MUESTRA: CERVICO VAGINAL (89.2.9.01), MÉDULA ÓSEA (41.3.1.) ENTRE OTRAS	
89.8.0.01	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	Cubierta
89.8.0.02	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	Cubierta
Incluye:	AQUEL EN DETECCIÓN DE ENFERMADES CUTÁNEAS COMO HERPES SIMPLE, ACANTALOSIS, AMPOLLOSAS ENTRE OTRAS CAUSAS, MEDIANTE PRUEBAS COMO TZANK U OTRAS	
89.8.0.03	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO [BACAF]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.0.04	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA DE ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	Cubierta
89.8.0.05	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	Cubierta
89.8.0.06	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	Cubierta
89.8.0.07	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO [BACAF]	Cubierta
89.8.0.08	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA DE ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.0.09	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	Cubierta
89.8.0.10	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	Cubierta
89.8.0.11	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO [BACAF]	Cubierta
89.8.0.12	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	Cubierta
89.8.0.14	ESTUDIO DE COLORACIÓN DE INMUNOFLUORESCENCIA EN CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.0.30	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN CITOLOGÍA	No Cubierta
89.8.0.31	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN CITOLOGÍA	Cubierta
89.8.0.32	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN CITOLOGÍA	Cubierta
89.8.0.33	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN CITOLOGÍA	Cubierta
89.8.0.34	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA ANAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.1.	PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS, EN BIOPSIA	Cubierta con aclaración
Incluye:	<i>PARA MUESTRA SIMPLE (ÚNICA) O MÚLTIPLE (DOS O MÁS) ; ESTUDIO MACRO O MICROSCÓPICO, PROCESO HISTOLÓGICO DE MUESTRA OBTENIDA POR (TRUCUT) O SIMILAR, REPRESENTATIVO DE UN MISMO ÓRGANO O TEJIDO OBTENIDO DE ACTO QUIRÚRGICO AQUELLAS PARA CONFIRMAR LEISHMANIASIS CUTÁNEA O VISCERAL, LEPRO, TUBERCULOSIS, SIDA O MICOSIS ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA</i>	
Excluye:	<i>TOMA DE MUESTRA</i>	
89.8.1.01	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.1.02	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN BIOPSIA	Cubierta
89.8.1.03	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN BIOPSIA	Cubierta
89.8.1.04	ESTUDIO DE COLORACIÓN DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA	Cubierta
89.8.1.05	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN BIOPSIA	No Cubierta
89.8.1.06	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN BIOPSIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.1.07	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN BIOPSIA	Cubierta
89.8.1.10	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN BIOPSIA	Cubierta
89.8.1.11	ESTUDIO DE CITOGENÉTICA EN BIOPSIA	No Cubierta
89.8.1.12	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA	No Cubierta
89.8.2.	PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS EN ESPÉCIMEN	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>ESTUDIO MACRO O MICROSCÓPICO, PROCESO HISTOLÓGICO DE TEJIDO U ÓRGANO OBTENIDO DE ACTO QUIRÚRGICO O EXPULSIÓN NATURAL (PLACENTA O SACO AMNIÓTICO)</i>	
Excluye:	<i>OBTENCIÓN QUIRÚRGICA DE ESPÉCIMEN</i>	
89.8.2.01	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	Cubierta
89.8.2.02	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	Cubierta
89.8.2.03	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.2.04	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOFLUORESCENCIA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	Cubierta
89.8.2.05	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	No Cubierta
89.8.2.06	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	Cubierta
89.8.2.07	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	Cubierta
89.8.2.10	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.2.21	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	Cubierta
89.8.2.22	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	Cubierta
89.8.2.23	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	Cubierta
89.8.2.24	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOFLUORESCENCIA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	Cubierta
89.8.2.25	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.2.26	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	Cubierta
89.8.2.27	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	Cubierta
89.8.2.30	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	Cubierta
89.8.2.41	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	Cubierta
89.8.2.42	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.2.43	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	Cubierta
89.8.2.44	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOFLUORESCENCIA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	Cubierta
89.8.2.45	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	No Cubierta
89.8.2.46	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	Cubierta
89.8.2.47	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.2.50	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	Cubierta
89.8.2.61	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	Cubierta
89.8.2.62	ESTUDIO DE COLORACIÓN HISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	Cubierta
89.8.2.63	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	Cubierta
89.8.2.64	ESTUDIO DE COLORACIÓN INMUNOFLUORESCENCIA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.2.65	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	Cubierta
89.8.2.66	ESTUDIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	Cubierta
89.8.2.67	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRÓNICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	Cubierta
89.8.2.70	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	Cubierta
89.8.3.	PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
89.8.3.01	AUTOPSIA [NECROPSIA] COMPLETA	Cubierta
Incluye:	<i>DISECCIÓN, VISCEROTOMÍA Y FORMOLIZACIÓN DEL CADÁVER; AQUELLA PARA CONFIRMAR FIEBRE AMARILLA, HEPATITIS B, HEPATITIS D, LEISHMANIASIS VISCERAL Y DENGUE HEMORRÁGICO, RABIA, ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA</i>	
89.8.3.02	AUTOPSIA [NECROPSIA] PARCIAL (VISCEROTOMÍA)	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA PARA CONFIRMAR FIEBRE AMARILLA, HEPATITIS B, HEPATITIS D, LEISHMANIASIS VISCERAL Y DENGUE HEMORRÁGICO, RABIA, ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA</i>	
89.8.3.03	ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM DE ÓRGANOS O TEJIDOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>ÓRGANOS O TEJIDOS EXTRAIDOS EN TIEMPO DIFERENTE AL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO</i>	
Excluye:	<i>DISECCIÓN Y VISCEROTOMÍA (89.8.3.02)</i>	
89.8.3.04	ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM DE FETO Y PLACENTA	Cubierta
Excluye:	<i>ESTUDIOS AISLADOS DE PLACENTA Y SACO AMNIÓTICO (89.8.2.)</i>	
89.8.8.	OTROS PROCEDIMIENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA, BIOPSIA, ESPÉCIMEN O POST MORTEM	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>PARA MUESTRA SIMPLE (ÚNICA) O MÚLTIPLE (DOS O MÁS)</i>	
89.8.8.01	ESTUDIO POR CONGELACIÓN	Cubierta
89.8.8.05	VERIFICACIÓN INTEGRAL SIN PREPARACIÓN DE MATERIAL DE RUTINA	Cubierta
Incluye:	<i>REVISIÓN DEL MATERIAL HISTOLÓGICO PREVIO O CORRELACIÓN CON HISTORIA CLÍNICA, ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS U OTROS ESTUDIOS PARA CLÍNICOS</i>	
89.8.8.06	VERIFICACIÓN INTEGRAL CON PREPARACIÓN DE MATERIAL DE RUTINA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>REVISIÓN DEL MATERIAL HISTOLÓGICO PREVIO O CORRELACIÓN CON HISTORIA CLÍNICA, ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS U OTROS ESTUDIOS PARA CLÍNICOS, PROCESO HISTOLÓGICO CON COLORACIÓN BÁSICA (HEMATOXILINA EOSINA)</i>	
89.8.8.10	ESTUDIO MACROSCÓPICO DE MATERIAL BIOLÓGICO O NO BIOLÓGICO	Cubierta
Incluye:	<i>RECONOCIMIENTO DE TEJIDOS RESECADOS O DOCUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO</i>	
Capítulo 17 LABORATORIO CLÍNICO		
90.	LABORATORIO CLÍNICO	
90.1.	MICROBIOLOGÍA (BACTERIOLOGÍA, PARASITOLOGÍA, MICOLOGÍA Y VIROLOGÍA)	
90.1.0.	ANTIBIOGRAMA Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	Cubierta
90.1.0.01	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.1.0.02	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	Cubierta
90.1.0.03	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	Cubierta
90.1.0.04	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	Cubierta
90.1.0.05	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCIÓN	Cubierta
90.1.0.06	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST	Cubierta
90.1.0.07	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	Cubierta
90.1.0.08	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD	Cubierta
90.1.0.09	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ÁCIDO BORÓNICO)	Cubierta
90.1.1.	COLORACIÓN	Cubierta
90.1.1.01	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	Cubierta
90.1.1.02	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	Cubierta
Incluye:	<i>Isospora belli, Cryptosporidium, entre otros</i>	
90.1.1.03	COLORACIÓN ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.1.1.04	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	Cubierta
90.1.1.05	COLORACIÓN FLÚORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	Cubierta
90.1.1.06	COLORACIÓN GIEMSA Y LECTURA	Cubierta
90.1.1.07	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	Cubierta
Incluye:	SECRECIÓN VAGINAL, URETRAL O RECTAL	
90.1.1.08	COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA	Cubierta
90.1.1.09	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA	Cubierta
Incluye:	<i>Cryptococcus neoformans</i>	
90.1.1.10	COLORACIÓN TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA	Cubierta
Incluye:	<i>Microsporidia</i>	
90.1.1.11	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	Cubierta
90.1.2.	CULTIVOS (AISLAMIENTO Y PRUEBAS DE IDENTIFICACIÓN)	Cubierta con aclaración
90.1.2.01	Actinomyces CULTIVO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.1.2.02	Bordetella pertussis CULTIVO	Cubierta
90.1.2.03	Brucella CULTIVO	Cubierta
90.1.2.04	Clostridium botulinum CULTIVO	Cubierta
90.1.2.05	Clostridium difficile CULTIVO	Cubierta
90.1.2.06	COPROCULTIVO	Cubierta
Incluye:	IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE	
90.1.2.07	Corynebacterium diphtheriae CULTIVO	Cubierta
90.1.2.08	Cryptococcus neoformans CULTIVO	Cubierta
90.1.2.09	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	Cubierta
Incluye:	IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE	
90.1.2.10	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	Cubierta
90.1.2.11	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA ÓSEA	Cubierta
Excluye:	TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.1.2.12	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	Cubierta
90.1.2.13	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	Cubierta
90.1.2.14	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA	Cubierta
Excluye:	<i>TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)</i>	
90.1.2.15	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	Cubierta
Excluye:	<i>TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)</i>	
90.1.2.16	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	Cubierta
Excluye:	<i>TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)</i>	
90.1.2.17	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	Cubierta
Incluye:	<i>IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE</i>	
90.1.2.18	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA	Cubierta
90.1.2.19	CULTIVO PARA VIRUS	No Cubierta
90.1.2.20	Helicobacter pylori CULTIVO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.1.2.21	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	Cubierta
90.1.2.22	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	Cubierta
90.1.2.23	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	Cubierta
90.1.2.24	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	Cubierta
90.1.2.25	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	Cubierta
90.1.2.26	HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACIÓN	Cubierta
90.1.2.27	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	Cubierta
90.1.2.28	Legionella CULTIVO	Cubierta
90.1.2.29	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	Cubierta
90.1.2.30	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	Cubierta
90.1.2.31	Mycoplasma CULTIVO	Cubierta
90.1.2.32	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	Cubierta
90.1.2.33	Neisseria meningitidis CULTIVO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.1.2.34	Nocardia spp CULTIVO HONGOS	Cubierta
90.1.2.35	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	Cubierta
Incluye:	RECuento DE COLONIAS, IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO O ESPECIE	
90.1.2.36	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	Cubierta
Incluye:	RECuento DE COLONIAS, IDENTIFICACIÓN GÉNERO O ESPECIE	
90.1.2.37	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	Cubierta
Incluye:	RECuento DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	
90.1.2.38	Yersinia enterocolítica CULTIVO	Cubierta
90.1.2.39	Trichomona CULTIVO	No Cubierta
90.1.2.40	IDENTIFICACIÓN DE CULTIVO AISLADO	Cubierta
90.1.2.41	Campylobacter spp CULTIVO	No Cubierta
90.1.2.42	Corynebacterium difteria PRUEBA DE TOXIGENICIDAD	No Cubierta
90.1.3.	IDENTIFICACIÓN DE MICROORGANISMOS	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.1.3.01	BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA	Cubierta
90.1.3.02	Demodex EXAMEN DIRECTO	No Cubierta
90.1.3.03	Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN	Cubierta
90.1.3.04	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	Cubierta
Incluye:	SECRECIÓN NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	
90.1.3.05	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	Cubierta
90.1.3.06	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLÚOR	Cubierta
90.1.3.07	HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD	No Cubierta
90.1.3.09	Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.1.3.10	Leishmania TIPIFICACIÓN POR SONDAS DE DNA	Cubierta
90.1.3.11	Leptospira SEROTIPIFICACIÓN	Cubierta
90.1.3.12	Listeria SEROTIPIFICACIÓN	Cubierta
90.1.3.13	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.1.3.15	Mycobacterium leprae DETECCIÓN DE GLICOLÍPIDO FENÓLICO AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.1.3.17	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX	Cubierta
90.1.3.18	Sarcoptes EXAMEN DIRECTO	No Cubierta
90.1.3.19	Shigella SEROTIPIFICACIÓN	Cubierta
90.1.3.20	Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACIÓN	Cubierta
90.1.3.21	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA RÁPIDA O DIRECTA)	Cubierta
90.1.3.22	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN	Cubierta
90.1.3.23	Mycobacterium leprae PRUEBA DE VIABILIDAD	Cubierta
90.1.3.24	Filaria EXAMEN DIRECTO	Cubierta
90.1.3.25	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	Cubierta
90.1.3.26	Leishmania EXAMEN DIRECTO	Cubierta
90.1.5.	OTRAS PRUEBAS	No Cubierta
90.1.5.01	PRUEBA DE CONCENTRACIÓN BACTERICIDA EN SUERO O LCR U OTROS	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.1.5.02	Clostridium TOXINA	No Cubierta
Incluye:	<i>Clostridium difficile, Clostridium botulinum</i>	
90.2.	HEMATOLOGÍA	
90.2.0.	PRUEBAS DE COAGULACIÓN	Cubierta con aclaración
90.2.0.01	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA [SALZMAN]	No Cubierta
90.2.0.02	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	Cubierta
90.2.0.03	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA	Cubierta
90.2.0.04	ANTICOAGULANTE LÚPICO	Cubierta
90.2.0.05	PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VÍBORA DE RUSSELL	Cubierta
90.2.0.06	ANTITROMBINA III CONCENTRACIÓN AUTOMATIZADA	Cubierta
90.2.0.07	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	Cubierta
90.2.0.08	ANTITROMBINA III CONCENTRACIÓN MANUAL	Cubierta
90.2.0.09	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.2.0.10	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	Cubierta
90.2.0.11	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	Cubierta
90.2.0.12	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]	Cubierta
90.2.0.14	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]	Cubierta
90.2.0.15	FACTOR III PLAQUETARIO	Cubierta
90.2.0.16	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]	Cubierta
90.2.0.17	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]	Cubierta
90.2.0.18	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	Cubierta
90.2.0.19	FACTOR VON WILLEBRAND	Cubierta
90.2.0.20	FACTOR X [STUART POWER]	Cubierta
90.2.0.21	FACTOR XI [PTA]	Cubierta
90.2.0.22	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN DE CONTACTO]	Cubierta
90.2.0.23	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.2.0.24	FIBRINÓGENO	Cubierta
90.2.0.25	HEPARINA NO FRACCIÓNADA DOSIFICACIÓN	Cubierta
90.2.0.26	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACIÓN [ANTIFACTOR Xa]	Cubierta
90.2.0.27	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO [PAI 1]	No Cubierta
90.2.0.28	PLASMINA [FIBRINOLISINA]	No Cubierta
90.2.0.29	PLASMINÓGENO	Cubierta
90.2.0.30	PRECALICREÍNA	No Cubierta
90.2.0.31	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO	Cubierta
90.2.0.32	PROPERDINA FACTOR B	No Cubierta
90.2.0.33	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	Cubierta
90.2.0.34	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN	Cubierta
90.2.0.35	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	Cubierta
90.2.0.36	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.2.0.37	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	Cubierta
90.2.0.38	PRUEBA DE PROTAMINA	No Cubierta
90.2.0.39	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	Cubierta
90.2.0.41	RETRACCIÓN DE COÁGULO	Cubierta
90.2.0.42	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACIÓN	No Cubierta
90.2.0.43	TIEMPO DE COAGULACIÓN	Cubierta
90.2.0.44	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	No Cubierta
90.2.0.45	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	Cubierta
90.2.0.46	TIEMPO DE SANGRÍA [IVY O DUKE]	Cubierta
90.2.0.47	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	Cubierta
90.2.0.48	TIEMPO DE TROMBINA	Cubierta
90.2.0.49	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	Cubierta
90.2.0.50	HEPARINA COFACTOR II	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.2.0.51	COFACTOR DE RISTOCETINA [ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND]	No Cubierta
90.2.0.52	CRIOFIBRINÓGENO	No Cubierta
90.2.0.53	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES	Cubierta
90.2.0.54	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	No Cubierta
90.2.0.55	INHIBIDOR DE FACTOR II	No Cubierta
90.2.0.56	INHIBIDOR DE FACTOR IX	No Cubierta
90.2.0.57	INHIBIDOR DE FACTOR V	No Cubierta
90.2.0.58	INHIBIDOR DE FACTOR VII	No Cubierta
90.2.0.59	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	No Cubierta
90.2.0.60	INHIBIDOR DE FACTOR X	No Cubierta
90.2.0.61	INHIBIDOR DE FACTOR XI	No Cubierta
90.2.0.62	INHIBIDOR DE FACTOR XII	No Cubierta
90.2.0.63	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.2.0.64	COFACTOR DE RISTOCETINA PRE Y POST VASOPRESINA HASTA 6 MUESTRAS	No Cubierta
90.2.0.65	FACTOR DE VON WILLEBRAND PRE Y POST VASOPRESINA HASTA 6 MUESTRAS	No Cubierta
90.2.0.66	TROMBOELASTOGRAFÍA	No Cubierta
90.2.1.	PRUEBAS NO RUTINARIAS	Cubierta con aclaración
90.2.1.01	CÉLULAS L.E.	Cubierta
90.2.1.02	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	Cubierta
90.2.1.03	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA	Cubierta
90.2.1.04	DIMERO D AUTOMATIZADO	Cubierta
90.2.1.05	DIMERO D MANUAL	Cubierta
90.2.1.06	ERITROPOYETINA	Cubierta
90.2.1.07	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS	Cubierta
90.2.1.08	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	Cubierta
90.2.1.09	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.2.1.10	HEMOGLOBINA A 2	Cubierta
90.2.1.11	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta
90.2.1.12	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	Cubierta
90.2.1.13	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	Cubierta
90.2.1.14	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	Cubierta
90.2.1.15	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]	Cubierta
90.2.1.16	HIERRO MEDULAR	Cubierta
Excluye:	TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)	
90.2.1.18	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	Cubierta
90.2.1.19	PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA	No Cubierta
90.2.1.20	PLASMINÓGENO ACTIVADOR TISULAR	Cubierta
90.2.1.21	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	Cubierta
90.2.1.22	SULFOHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.2.1.23	VISCOSIDAD RELATIVA DEL SUERO	No Cubierta
90.2.2.	PRUEBAS RUTINARIAS	Cubierta con aclaración
90.2.2.04	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	Cubierta
90.2.2.05	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	Cubierta
90.2.2.06	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	Cubierta
90.2.2.07	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	Cubierta
90.2.2.08	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.2.2.09	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO	Cubierta
90.2.2.10	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.2.2.11	HEMATOCRITO	Cubierta
90.2.2.13	HEMOGLOBINA	Cubierta
90.2.2.14	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	Cubierta
90.2.2.15	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	Cubierta
90.2.2.16	LEUCOGRAMA (RECuento TOTAL Y DIFERENCIAL)	Cubierta
90.2.2.17	PRUEBA DE TORNQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	Cubierta
90.2.2.18	RECuento DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA	Cubierta
90.2.2.19	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	Cubierta
90.2.2.20	RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.2.2.21	RECuento DE PLAQUETAS MANUAL	Cubierta
90.2.2.23	RECuento DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	Cubierta
90.2.2.24	RECuento DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.2.2.25	TÍTULO ANTI D	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.2.2.26	PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	No Cubierta
90.3.	QUÍMICA SANGUÍNEA Y DE OTROS FLUIDOS CORPORALES	
90.3.0.	PRUEBAS NO RUTINARIAS	Cubierta con aclaración
90.3.0.01	ALFA 2 MACROGLOBULINA	Cubierta
90.3.0.02	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	Cubierta
Excluye:	<i>TOMA DE MUESTRA (41.3.1.01)</i>	
90.3.0.03	BICARBONATO	Cubierta
90.3.0.04	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	Cubierta
90.3.0.05	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	Cubierta
90.3.0.06	CAROTENOS	No Cubierta
90.3.0.07	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	Cubierta
90.3.0.08	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.0.09	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	Cubierta
90.3.0.10	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	Cubierta
90.3.0.11	DEOXIPIRIDINOLINA	Cubierta
90.3.0.12	DIÓXIDO DE CARBÓN	No Cubierta
90.3.0.13	ESPERMOGRAMA COMPLETO	Cubierta
Incluye:	ÁCIDO CÍTRICO, ÁCIDO ASCÓRBICO, FRUCTOSA, GLICEROL FOSFORIL COLINA	
90.3.0.14	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL-BUTIRATO	Cubierta
90.3.0.15	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL-CLORACETATO	Cubierta
90.3.0.16	FERRITINA	Cubierta
90.3.0.17	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	Cubierta
90.3.0.18	FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE	Cubierta
90.3.0.19	FRACCIÓN EXCRETADA DE BICARBONATO	No Cubierta
90.3.0.20	HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.0.21	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.0.22	HOMOCISTEÍNA	Cubierta
90.3.0.23	HIDROXIPROLINA EN ORINA	No Cubierta
90.3.0.24	LACTÓGENO PLACENTARIO	Cubierta
90.3.0.25	METANEFRIAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.0.26	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.0.27	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.0.28	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.0.30	MIOGLOBINA CARDÍACA	Cubierta
90.3.0.31	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	Cubierta
90.3.0.32	N-TELEPÉPTIDO	No Cubierta
90.3.0.33	OSMOLARIDAD EN ORINA	Cubierta
90.3.0.34	OSMOLARIDAD EN SUERO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.0.35	OSTEOCALCINA	No Cubierta
90.3.0.36	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	No Cubierta
90.3.0.37	PIRIDINOLINA EN ORINA	Cubierta
90.3.0.38	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	Cubierta
90.3.0.39	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	Cubierta
90.3.0.40	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.0.41	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.0.42	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	Cubierta
90.3.0.43	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	Cubierta
90.3.0.44	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA	Cubierta
Incluye:	DETERMINACIÓN DE HIERRO SÉRICO Y CAPACIDAD TOTAL DE FIJACIÓN DEL HIERRO	
90.3.0.45	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.0.46	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.0.47	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	Cubierta
90.3.0.48	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	No Cubierta
90.3.0.49	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	No Cubierta
90.3.0.50	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	No Cubierta
90.3.0.51	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	Cubierta
90.3.0.52	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	No Cubierta
90.3.0.53	CITRATOS EN ORINA PARCIAL	No Cubierta
90.3.0.54	C-TELOPÉPTIDO	No Cubierta
90.3.0.55	ESPERMATOZOIDES PEROXIDACIÓN LIPÍDICA	No Cubierta
90.3.0.56	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.0.57	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	Cubierta
90.3.0.58	METANEFIRINAS EN ORINA PARCIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.0.59	METANEFRIAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.0.60	ANTIOXIDANTES TOTALES	No Cubierta
90.3.0.61	DELTA DE PCO2 EN ORINA	No Cubierta
90.3.0.62	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA	Cubierta
90.3.0.63	GLICOPROTEÍNA P	No Cubierta
90.3.0.64	HEMOPEXINA	No Cubierta
90.3.0.65	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	No Cubierta
90.3.0.66	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]	No Cubierta
90.3.0.67	METANEFRIAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.3.0.68	METANEFRIAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.3.0.69	NORMETANEFRIAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.3.1.	PRUEBAS PARA ÁCIDOS	Cubierta con aclaración
90.3.1.01	ÁCIDOS BILIARES TOTALES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.1.02	ÁCIDO CÍTRICO EN ORINA DE 24 HORAS	No Cubierta
90.3.1.03	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.1.04	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.1.05	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	Cubierta
90.3.1.06	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS	Cubierta
90.3.1.07	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA	No Cubierta
90.3.1.08	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA	No Cubierta
90.3.1.09	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.1.10	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.3.1.11	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	Cubierta
90.3.1.12	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]	Cubierta
90.3.1.13	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.1.14	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.2.	PRUEBAS PARA AMINOÁCIDOS	Cubierta con aclaración
90.3.2.01	FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTÍMULO BH-4	No Cubierta
90.3.2.02	FENILALANINA CUALITATIVA	Cubierta
90.3.3.	PRUEBAS PARA CARBOHIDRATOS	Cubierta con aclaración
90.3.3.01	GALACTOSA	Cubierta
90.3.3.02	CURVA DE LACTOSA	Cubierta
90.3.3.03	ALMIDONES	No Cubierta
90.3.3.04	DISACARIDASA (LACTOSA SUCROSA MALTOSA Y PALATINASA)	No Cubierta
90.3.3.05	FRUCTOSA	No Cubierta
90.3.4.	PRUEBAS PARA ENZIMAS	Cubierta con aclaración
90.3.4.01	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	Cubierta
90.3.4.02	ALDOLASA	Cubierta
90.3.4.03	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.4.04	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.4.05	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.3.4.06	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.4.07	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE	Cubierta
90.3.4.08	ALFA 2 ANTIPLASMINA CROMOGENICA	No Cubierta
90.3.4.09	APOLIPOPROTEÍNAS A1 SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.4.10	APOLIPOPROTEÍNAS B SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.4.11	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.4.12	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.4.15	BETA TROMBOGLOBULINA	No Cubierta
90.3.4.16	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.4.17	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.4.18	COLIGLICINA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.4.19	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	Cubierta
90.3.4.20	COLINESTERASA SERICA	Cubierta
90.3.4.21	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.4.22	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.4.23	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN	Cubierta
90.3.4.24	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA	Cubierta
90.3.4.25	FRUCTOSAMINA	Cubierta
90.3.4.26	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.4.27	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.4.28	HEMOSIDERINA EN ORINA	Cubierta
90.3.4.29	ISOCITRATO DESHIDROGENASA	Cubierta
90.3.4.30	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	Cubierta
90.3.4.31	LIPOPROTEÍNA A	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.4.32	NUCLEOTIDASA 5	No Cubierta
90.3.4.33	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	Cubierta
90.3.4.34	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	No Cubierta
90.3.4.35	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	No Cubierta
90.3.4.36	TROPONINA I CUALITATIVA	Cubierta
90.3.4.37	TROPONINA I CUANTITATIVA	Cubierta
90.3.4.38	TROPONINA T CUALITATIVA	Cubierta
90.3.4.39	TROPONINA T CUANTITATIVA	Cubierta
90.3.5.	PRUEBAS PARA LÍQUIDOS	Cubierta
90.3.5.01	LÍQUIDO AMNIÓTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY	Cubierta
90.3.5.02	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)	Cubierta
90.3.5.03	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.5.04	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECuento Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANÁLISIS CON LUZ POLARIZADA)	Cubierta
90.3.5.05	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES	Cubierta
90.3.5.06	OTROS LÍQUIDOS (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECuento Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS)	Cubierta
90.3.6.	PRUEBAS PARA MINERALES	Cubierta con aclaración
90.3.6.01	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.6.02	AMONIO	Cubierta
90.3.6.03	CALCIO AUTOMATIZADO	Cubierta
90.3.6.04	CALCIO IÓNICO	Cubierta
90.3.6.05	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	Cubierta
90.3.6.06	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS]	Cubierta
90.3.6.07	IONTOFORESIS POST ESTIMULACIÓN CON PILOCARPINA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.6.08	ZINC	Cubierta
90.3.6.09	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.6.10	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.6.11	ALUMINIO EN SUERO	No Cubierta
90.3.7.	PRUEBAS PARA VITAMINAS	Cubierta con aclaración
90.3.7.01	VITAMINA A [RETINOL]	Cubierta
90.3.7.02	VITAMINA B1 [TIAMINA]	Cubierta
90.3.7.03	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	Cubierta
90.3.7.04	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	Cubierta
90.3.7.05	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	Cubierta
90.3.7.06	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	Cubierta
90.3.7.07	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	Cubierta
90.3.7.08	VITAMINA E [TOCOFEROL]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.7.09	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]	No Cubierta
90.3.7.11	VITAMINA K	No Cubierta
90.3.8.	PRUEBAS RUTINARIAS	Cubierta con aclaración
90.3.8.01	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Cubierta
90.3.8.02	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.03	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Cubierta
90.3.8.04	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.05	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Cubierta
90.3.8.06	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.07	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	Cubierta
90.3.8.08	BALANCE NITROGENADO [ÍNDICE CATABÓLICO]	Cubierta
90.3.8.09	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	Cubierta
90.3.8.10	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.8.11	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.12	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO	Cubierta
90.3.8.13	COLORO	Cubierta
90.3.8.14	COLORO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.15	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	Cubierta
90.3.8.16	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.3.8.17	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	Cubierta
90.3.8.18	COLESTEROL TOTAL	Cubierta
90.3.8.19	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.8.20	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.8.21	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	Cubierta
90.3.8.22	CREATINA	Cubierta
90.3.8.23	CREATININA DEPURACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.8.24	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.26	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA	Cubierta
Excluye:	CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHÍDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CÓDIGO)	
90.3.8.27	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE	Cubierta
Excluye:	CUANDO SE DETERMINA CADA UNO (ACETALDEHÍDO, ACETOACETATO, BETAHIDROXIBUTIRATO) POR SEPARADO (OMITIR CÓDIGO)	
90.3.8.28	DESHIDROGENASA LÁCTICA	Cubierta
90.3.8.29	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS	Cubierta
90.3.8.30	FOSFATASA ÁCIDA	Cubierta
90.3.8.31	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.8.32	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	Cubierta
90.3.8.33	FOSFATASA ALCALINA	Cubierta
90.3.8.34	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.8.35	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Cubierta
90.3.8.36	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.37	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO	Cubierta
90.3.8.38	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	Cubierta
90.3.8.39	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	Cubierta
90.3.8.40	GLUCOSA EN ORINA	Cubierta
90.3.8.41	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	Cubierta
90.3.8.42	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	Cubierta
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.3.8.43	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	Cubierta
90.3.8.44	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	Cubierta
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.3.8.45	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.8.46	HIERRO TOTAL	Cubierta
90.3.8.47	LIPASA	Cubierta
90.3.8.48	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	Cubierta
90.3.8.49	LÍQUIDO ASCÍTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	Cubierta
90.3.8.50	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	Cubierta
90.3.8.51	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)	Cubierta
90.3.8.52	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	Cubierta
90.3.8.53	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	Cubierta
90.3.8.54	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Cubierta
90.3.8.55	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.8.56	NITRÓGENO UREICO	Cubierta
90.3.8.57	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.58	OSMOLARIDAD CALCULADA	Cubierta
90.3.8.59	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Cubierta
90.3.8.60	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.61	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	Cubierta
90.3.8.62	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.63	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	Cubierta
90.3.8.64	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Cubierta
90.3.8.65	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.66	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	Cubierta
90.3.8.67	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	Cubierta
90.3.8.68	TRIGLICERIDOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.8.69	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	Cubierta
90.3.8.70	UREA EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.3.8.71	AMILASA EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.8.72	SODIO EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.8.73	CALCIO EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.8.74	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.8.75	FÓSFORO EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.8.76	CREATININA EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.8.77	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.8.78	POTASIO EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.8.79	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.8.80	COLOR EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.3.8.81	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.8.82	PRUEBA DE RIFAMPICINA (4 MUESTRAS)	No Cubierta
90.3.8.83	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	Cubierta
90.3.8.84	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	Cubierta
90.3.8.85	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.3.8.86	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.3.8.87	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.3.8.88	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.3.8.89	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.3.8.90	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.3.8.91	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.3.8.92	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.3.8.93	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.3.8.94	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	Cubierta
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.3.8.95	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Cubierta
90.4.	ENDOCRINOLOGÍA	
90.4.0.	PRUEBAS PARA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR	Cubierta con aclaración
90.4.0.01	ANGIOTENSINA II	No Cubierta
90.4.0.02	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	No Cubierta
90.4.0.04	RENINA TOTAL	Cubierta
90.4.0.05	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	Cubierta
90.4.0.06	LEPTINA	No Cubierta
90.4.1.	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPÓFISIS	Cubierta con aclaración
90.4.1.01	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	Cubierta
90.4.1.02	HORMONA ANTIDIURÉTICA	Cubierta
90.4.1.03	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	Cubierta
90.4.1.04	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.4.1.05	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	Cubierta
90.4.1.06	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	Cubierta
90.4.1.07	HORMONA LUTEINIZANTE	Cubierta
90.4.1.08	PROLACTINA	Cubierta
90.4.1.09	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	Cubierta
90.4.1.11	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA PRE Y POST CADA MUESTRA	No Cubierta
90.4.2.	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO E HIPÓFISIS	Cubierta
Incluye:	SUSTANCIA DE ESTÍMULO	
90.4.2.01	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA	Cubierta
90.4.2.02	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	Cubierta
90.4.2.03	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA	Cubierta
90.4.2.04	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN	Cubierta
90.4.2.05	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.4.2.06	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCAGÓN CADA MUESTRA	Cubierta
90.4.2.07	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA	Cubierta
90.4.2.08	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO INSULINA CADA MUESTRA	Cubierta
90.4.2.10	PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA	Cubierta
90.4.3.	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO, HIPÓFISIS Y SUPRARENAL	Cubierta
Incluye:	SUSTANCIA DE ESTÍMULO	
90.4.3.01	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	Cubierta
90.4.3.02	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA	Cubierta
90.4.3.03	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	Cubierta
90.4.4.	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE HIPOTÁLAMO, HIPÓFISIS, OVARIO O SUPRARENAL	Cubierta
Incluye:	SUSTANCIA DE ESTÍMULO	
90.4.4.01	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓICA CADA MUESTRA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.4.4.02	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	Cubierta
90.4.5.	PRUEBAS PARA FUNCIÓN OVÁRICA Y SUPRARENAL	Cubierta con aclaración
90.4.5.01	ANDROSTENEDIONA	Cubierta
90.4.5.02	ANDROSTERONA EN ORINA	Cubierta
90.4.5.03	ESTRADIOL	Cubierta
90.4.5.04	ESTRIOL	Cubierta
90.4.5.05	ESTRIOL LIBRE	Cubierta
90.4.5.06	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	Cubierta
90.4.5.07	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.4.5.08	GONADOTROPINA CORIÓICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	Cubierta
90.4.5.09	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	Cubierta
90.4.5.10	PROGESTERONA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.4.5.11	HORMONA ANTIMULLERIANA	No Cubierta
90.4.6.	PRUEBAS PARA FUNCIÓN DE TESTÍCULO	Cubierta con aclaración
90.4.6.01	TESTOSTERONA LIBRE	Cubierta
90.4.6.02	TESTOSTERONA TOTAL	Cubierta
90.4.6.03	TESTOSTERONA TOTAL PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	No Cubierta
90.4.6.04	ACROSINA ACTIVIDAD TOTAL (PRUEBA DE CAPACIDAD FECUNDANTE)	No Cubierta
90.4.7.	PRUEBAS PARA FUNCIÓN PANCREÁTICA	Cubierta con aclaración
Incluye:	CARGA DE GLUCOSA	
90.4.7.01	GLUCAGÓN	No Cubierta
90.4.7.02	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	Cubierta
90.4.7.03	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	Cubierta
90.4.7.04	INSULINA (CADA MUESTRA)	Cubierta
90.4.7.05	INSULINA LIBRE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.4.7.06	PÉPTIDO C	Cubierta
90.4.7.07	PROINSULINA	Cubierta
90.4.7.08	SOMATOSTATINA	Cubierta
90.4.7.09	ADIPONECTINA	No Cubierta
90.4.7.10	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C	No Cubierta
90.4.7.11	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	LA CARGA DE GLUCOSA	
90.4.7.12	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	LA CARGA DE GLUCOSA	
90.4.7.13	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	LA CARGA DE GLUCOSA	
90.4.7.14	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	LA CARGA DE GLUCOSA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.4.7.15	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	LA CARGA DE GLUCOSA	
90.4.7.16	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	LA CARGA DE GLUCOSA	
90.4.7.17	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	Cubierta
Incluye:	LA CARGA DE GLUCOSA	
90.4.7.18	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	Cubierta
Incluye:	LA CARGA DE GLUCOSA	
90.4.7.19	PÉPTIDO C PRE Y POST GLUCAGÓN	No Cubierta
90.4.8.	PRUEBAS PARA FUNCIÓN SUPRARENAL	Cubierta con aclaración
90.4.8.01	ALDOSTERONA	Cubierta
90.4.8.02	ALDOSTERONA EN ORINA	Cubierta
90.4.8.03	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.4.8.04	CETOESTEROIDES 17	Cubierta
90.4.8.05	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	Cubierta
90.4.8.06	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	Cubierta
90.4.8.07	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	Cubierta
90.4.8.08	DEHIDROEPINANDROSTERONA	Cubierta
90.4.8.09	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO ₄] CADA MUESTRA	Cubierta
90.4.8.10	DEOXCORTISOL 11	No Cubierta
90.4.8.11	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	Cubierta
90.4.8.12	CORTISOL AM	Cubierta
90.4.8.13	CORTISOL PM	Cubierta
90.4.8.14	HIDROXICORTICOESTEROIDES EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.4.9.	PRUEBAS PARA FUNCIÓN TIROIDEA O PARATIROIDEA	Cubierta
90.4.9.01	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.4.9.02	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	Cubierta
90.4.9.03	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL	Cubierta
90.4.9.04	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	Cubierta
90.4.9.05	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN	Cubierta
Incluye:	SUSTANCIA DE ESTÍMULO	
90.4.9.06	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE	Cubierta
Incluye:	SUSTANCIA DE ESTÍMULO	
90.4.9.07	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS	Cubierta
90.4.9.08	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS	Cubierta
90.4.9.09	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE	Cubierta
90.4.9.10	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS ULTRASENSIBLE	Cubierta
90.4.9.11	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.4.9.12	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	Cubierta
90.4.9.13	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA	Cubierta
90.4.9.14	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	Cubierta
90.4.9.15	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS ULTRASENSIBLE	Cubierta
90.4.9.20	TIROGLOBULINA	Cubierta
90.4.9.21	TIROXINA LIBRE	Cubierta
90.4.9.22	TIROXINA TOTAL	Cubierta
90.4.9.23	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)	Cubierta
90.4.9.24	TRIYODOTIRONINA LIBRE	Cubierta
90.4.9.25	TRIYODOTIRONINA TOTAL	Cubierta
90.4.9.26	TIROXINA NORMALIZADA	Cubierta
90.4.9.27	TRIYODOTIRONINA REVERSA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.5.	MONITOREO DE MEDICAMENTOS Y TOXICOLOGÍA	
90.5.0.	MONITOREO ANESTÉSICO	Cubierta
90.5.0.01	LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.0.02	LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.0.03	PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.1.	MONITOREO ANTICOAGULANTES	Cubierta
90.5.1.01	CUMARÍNICOS	Cubierta
Incluye:	<i>OTRAS SUSTANCIAS DIFERENTES A LA WARFARINA</i>	
90.5.1.02	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Cubierta
90.5.1.03	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Cubierta
90.5.2.	MONITOREO ANTICONVULSIVANTES	Cubierta con aclaración
90.5.2.01	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.5.2.02	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.2.03	BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.2.04	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.2.05	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	Cubierta
90.5.2.06	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	Cubierta
90.5.2.08	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	Cubierta
90.5.2.09	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	No Cubierta
90.5.2.10	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA	Cubierta
Incluye:	<i>EPAMÍN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS</i>	
90.5.2.13	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA	Cubierta
Incluye:	<i>EPAMÍN, CUMATIL, HIDANIL DEFENILHIDANTOINA U OTROS</i>	
90.5.2.14	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.3.	MONITOREO ANTIDEPRESIVOS, ANTIMANIÁTICOS Y NEUROLEPTICOS	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.5.3.01	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.3.02	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.3.03	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	
90.5.3.04	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA, DESIPRAMINA, CLOMIPRAMINA O IMIPRAMINA	
90.5.3.05	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLÚORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	
90.5.3.06	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLÚORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN	
90.5.3.07	CLORPROMAZINA	Cubierta
90.5.3.08	FENCICLIDINA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.5.3.09	FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.3.10	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.3.11	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.3.12	LITIO AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.3.13	LITIO SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.4.	MONITOREO ANTIMICROBIANOS	Cubierta con aclaración
90.5.4.01	AMIKACINA AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.4.04	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	Cubierta
90.5.4.06	KANAMICINA AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.4.07	NETILMICINA AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.4.09	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.4.10	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.4.12	ANFOTERICINA B AUTOMATIZADO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.5.4.13	ÁCIDO NALIDIXICO AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.4.14	CIPROFLOXACINA AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.4.15	FLUCONAZOLE AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.4.16	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.4.17	KETOCONAZOLE AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.4.18	MICONAZOL AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.5.	MONITOREO DE CITOSTATICOS	Cubierta con aclaración
90.5.5.01	CICLOSERINA SEMIAUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.5.02	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.5.03	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.5.04	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.5.05	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.6.	MONITOREO DIGITALICOS, CARDIOVASCULARES Y BRONCODILATADOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.5.6.01	DIGITOXINA AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.6.02	DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.6.03	DIGOXINA AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.6.04	DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.6.06	NITROPRUSIATO DE SODIO	Cubierta
90.5.6.07	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.6.08	TEOFILINA AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.	NIVELES TOXICOLÓGICOS	Cubierta con aclaración
90.5.7.01	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.02	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.03	ALCALOIDES AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.04	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.05	ALCOHOL ETÍLICO AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.5.7.06	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.07	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL	Cubierta
90.5.7.08	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.09	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.10	ATROPÍNICOS AUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	ESCOPOLAMINA	
90.5.7.11	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	ESCOPOLAMINA	
90.5.7.12	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO	No Cubierta
Incluye:	PARAQUAT, OTROS	
90.5.7.13	BIPIRIDILO AUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	PARAQUAT U OTROS	
90.5.7.14	CAFEÍNA AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.5.7.15	CAFEÍNA SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.16	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	MARIHUANA	
90.5.7.17	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	MARIHUANA	
90.5.7.18	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.19	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.20	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.21	CIANUROS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.22	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.23	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.24	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL	Cubierta
90.5.7.25	COCAÍNA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.5.7.26	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.27	DROGAS DE ABUSO	Cubierta
Incluye:	<i>PRUEBA PARA BENZODIACEPINAS, COCAÍNA, BARBITÚRICOS, OPIÁCEOS, CANABINOIDES, ANFETAMINAS, ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS U OTROS</i>	
90.5.7.28	ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.29	ESTRICNINA AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.30	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.31	MERCURIO AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.32	METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.33	METACUALONA MANUAL	Cubierta
90.5.7.34	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.35	METADONA MANUAL	Cubierta
90.5.7.36	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	ALUMINIO, CADMIO, COBRE, NÍQUEL, PLOMO U OTROS	
90.5.7.37	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.38	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.39	OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	MORFINA Y CODEÍNA	
90.5.7.40	OPIÁCEOS MANUAL	Cubierta
Incluye:	MORFINA Y CODEÍNA	
90.5.7.41	ORGANOCOLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS	
90.5.7.42	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	PROPORXUR, METILPARATUM, OTROS	
90.5.7.43	ORGANOFOSFORADOS MANUAL	Cubierta
Incluye:	PROPORXUR, METILPARATUM, OTROS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.5.7.44	PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.45	PIRETRINAS MANUAL	Cubierta
90.5.7.46	PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.47	PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.7.48	PIRETROIDES MANUAL	Cubierta
90.5.7.49	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.50	PRIMIDONA MANUAL	Cubierta
90.5.7.51	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.52	PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.53	QUININA SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.54	RODENTICIDAS ANTICOAGULANTES	No Cubierta
Incluye:	BROMADIOLONA, BRODIFACUOMA	
90.5.7.55	SALICILATOS AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.5.7.56	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.57	SOLVENTES O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	No Cubierta
Incluye:	BENCENO, TOLUENO, XILENO, OTROS	
90.5.7.58	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	BENCENO, TOLUENO, XILENO, OTROS	
90.5.7.59	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	Cubierta
Incluye:	HONGOS, LSD, OTROS	
90.5.7.60	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.5.7.61	FENOL SEMIAUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.7.62	ÁCIDO HIPÚRICO SEMIAUTOMATIZADO	No Cubierta
90.5.8.	NIVELES DE OTRAS SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS	No Cubierta
90.5.8.01	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA)	No Cubierta
Excluye:	CATEGORÍAS 90.5.0. - 90.5.7.	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.	INMUNOLOGÍA Y MARCADORES TUMORALES	
90.6.0.	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS BACTERIANOS	Cubierta con aclaración
90.6.0.01	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.02	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	Cubierta
90.6.0.03	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.04	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.05	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.06	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.07	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.08	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.09	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.10	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	No Cubierta
90.6.0.11	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.0.12	Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.13	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	No Cubierta
90.6.0.14	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.15	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.16	Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.17	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.18	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.19	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.20	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.21	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.22	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.23	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.24	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.0.25	Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.26	Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.27	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.28	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.29	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.30	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.31	Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.32	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.33	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.34	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.35	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.36	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.37	Shigella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.0.38	Streptococcus B hemolítico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B	No Cubierta
90.6.0.39	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Cubierta
90.6.0.40	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.41	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.0.42	Streptococcus pneumoniae 23 SEROTIPOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.43	Streptococcus pneumoniae 7 SEROTIPOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.44	Streptococcus pneumoniae 6 SEROTIPOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.45	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.46	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.47	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.48	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.0.49	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.0.50	Actynomices ANTICUERPOS	Cubierta
90.6.1.	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA HONGOS Y PARÁSITOS	Cubierta con aclaración
90.6.1.02	Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL	Cubierta
90.6.1.03	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.04	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.05	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.06	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.07	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.08	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.09	Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES	Cubierta
90.6.1.10	Echinococcus ANTICUERPOS	No Cubierta
90.6.1.11	Coccidioides ANTICUERPOS	Cubierta
90.6.1.12	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.1.13	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.14	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS MANUAL	Cubierta
90.6.1.15	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.1.16	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.1.17	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.1.18	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.19	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	Cubierta
Incluye:	<i>Aspergillus, Paracoccidioides, OTROS</i>	
90.6.1.20	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	<i>Aspergillus, Paracoccidioides, OTROS</i>	
90.6.1.21	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.22	Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.1.23	Paracoccidioides ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.1.24	Sporotrix ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.1.25	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.1.26	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.27	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.28	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.29	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.30	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.31	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.32	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	Cubierta
90.6.1.33	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.34	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.1.35	Aspergillus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.36	Aspergillus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.1.37	Trichenella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.1.38	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.39	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.1.40	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.1.41	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS	Cubierta con aclaración
90.6.2.01	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.02	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	No Cubierta
90.6.2.03	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.04	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	No Cubierta
90.6.2.05	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.06	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.2.07	Dengue ANTICUERPOS Ig G	Cubierta
90.6.2.08	Dengue ANTICUERPOS Ig M	Cubierta
90.6.2.09	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	Cubierta
90.6.2.10	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.11	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.12	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.13	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.14	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.15	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.16	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.17	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.2.18	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.19	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.20	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.21	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.22	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.23	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.24	Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	Cubierta
90.6.2.25	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.26	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.27	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.28	Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.29	Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.2.30	Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.31	Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.32	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.33	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.34	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	No Cubierta
90.6.2.35	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	No Cubierta
90.6.2.36	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	No Cubierta
90.6.2.37	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	No Cubierta
90.6.2.38	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.39	Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.40	Poliovirus ANTICUERPOS SEROTIPOS 1-3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.41	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.42	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.2.43	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.44	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.45	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.46	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.47	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.48	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.2.49	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	Cubierta
90.6.2.50	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	Cubierta
90.6.2.51	Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.52	Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.53	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	Cubierta
90.6.2.54	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M	No Cubierta
90.6.2.55	Toxocara spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.2.56	Helicobacter pylori ANTÍGENO	No Cubierta
90.6.2.57	Pneumocystis carinii ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.58	Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.59	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.60	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	Cubierta
90.6.2.61	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	Cubierta
90.6.2.62	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] MANUAL	Cubierta
90.6.2.63	Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL	Cubierta
90.6.2.64	Rubeola ANTICUERPOS MANUAL	Cubierta
90.6.2.65	Sarampión ANTICUERPOS MANUAL	Cubierta
90.6.2.66	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.2.67	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.3.	DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS MICROBIOLÓGICOS	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.3.01	Adenovirus ANTÍGENO	Cubierta
90.6.3.02	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	Cubierta
90.6.3.03	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.3.04	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	<i>Brucella abortus, Salmonella paratyphi A y B, tify H y O, Proteus OX19</i>	
90.6.3.05	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.3.06	Bordetella pertussi ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.3.07	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.3.08	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL	Cubierta
90.6.3.10	Coxsackie A ANTÍGENO POR NEUTRALIZACIÓN SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.3.12	Coxsackie B ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.3.14	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO	Cubierta
90.6.3.15	Entamoeba histolítica ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.3.16	Giardia lamblia MANUAL	Cubierta
90.6.3.17	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	Cubierta
90.6.3.18	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.3.19	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.3.20	Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.3.21	Influenza ANTÍGENO	Cubierta
90.6.3.22	Legionella spp ANTÍGENO	Cubierta
90.6.3.23	Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO	Cubierta
90.6.3.24	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO	Cubierta
90.6.3.25	Pneumocystis carinii ANTÍGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.3.26	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.3.27	Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL	Cubierta
90.6.3.28	Salmonella spp IDENTIFICACIÓN MANUAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.3.29	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO	Cubierta
90.6.3.31	Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO	No Cubierta
90.6.3.32	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	No Cubierta
90.6.3.33	Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.3.34	Cándida spp ANTÍGENO	No Cubierta
90.6.3.35	Cryptosporidium spp ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.3.36	Giardia lamblia ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.3.37	Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.3.38	Plasmodium spp ANTÍGENO MAUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS	Cubierta con aclaración
90.6.4.01	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.04	ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.05	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.4.06	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.07	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.08	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.09	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.10	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.11	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.12	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.13	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.14	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.15	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.16	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.17	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.4.18	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	Cubierta
90.6.4.19	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.20	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.21	FACTOR ANTINÚCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.22	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFATÍDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	
90.6.4.23	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
Incluye:	FOSFATILSERINA, FOSFATILETANOLAMINA, ÁCIDO FOSFATÍDICO, FOSFATIL GLICEROL Y FOSFATIL INOSITOL	
90.6.4.24	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.25	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.26	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.27	ISOAGLUTININAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.4.28	ISOLEUCOAGLUTININAS	Cubierta
90.6.4.29	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.30	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.31	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.32	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.33	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	Cubierta
90.6.4.34	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.35	MÚSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	No Cubierta
90.6.4.36	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.37	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	Cubierta
90.6.4.38	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.40	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.41	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.4.42	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.43	PLAQUETARIOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.44	PLAQUETARIOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.45	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.46	PLAQUETAS ANTÍGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.47	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.48	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.49	PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.50	PROTEÍNA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.51	QUERATINA ANTICUERPOS	No Cubierta
90.6.4.52	RECEPTORES BETA-2 ADRENERGICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.53	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.4.54	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.55	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.56	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.57	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	Cubierta
90.6.4.58	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.59	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	Cubierta
90.6.4.60	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.62	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS	Cubierta
90.6.4.63	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.64	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS MANUAL	Cubierta
90.6.4.65	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.66	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.4.67	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.68	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.69	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.70	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.71	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.72	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.73	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.74	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.75	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.76	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.77	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.78	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.4.79	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.80	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.81	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.82	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.83	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.84	MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.85	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.86	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.4.88	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.89	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.90	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.4.91	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.5.	PRUEBAS DE HISTOCOMPATIBILIDAD	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.5.01	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO A B C CLASE I	Cubierta
90.6.5.02	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO A B C DR DQ CLASE I Y II	Cubierta
90.6.5.03	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO B CLASE I CADA UNO	Cubierta
90.6.5.04	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO DR SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.5.06	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO DR DQ CLASE II SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.5.07	ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27 SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.5.08	ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27 AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.5.09	HLA CITOTÓXICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.5.10	HLA CITOTÓXICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.5.11	LEUCOCITOS HLA DR SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.5.12	ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.5.13	ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO DR ALTA RESOLUCIÓN AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.5.14	ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO DQ SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.5.15	ANTI HLA CLASE I Y II (P.R.A) CUALITATIVO	No Cubierta
90.6.5.16	ANTI HLA CLASE I Y II (P.R.A) CUANTITATIVO	No Cubierta
90.6.6.	MARCADORES TUMORALES	Cubierta con aclaración
90.6.6.01	ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.02	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.03	ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.04	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.05	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.06	ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.10	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.11	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.12	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.6.13	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.14	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.18	ANTÍGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.20	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.21	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.22	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.23	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.6.24	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.25	GONADOTROPINA CORIÓICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.6.26	GONADOTROPINA CORIÓICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.6.27	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.	DETERMINACIÓN DE POBLACIONES CELULARES	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.7.01	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	Cubierta
90.6.7.02	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.03	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta
90.6.7.04	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.05	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta
90.6.7.06	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.07	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta
90.6.7.08	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.09	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUÍMICA	Cubierta
90.6.7.10	LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.11	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.12	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.13	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.7.14	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.15	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	Cubierta
90.6.7.16	LINFOCITOS CD5 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.17	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA	Cubierta
90.6.7.18	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.19	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	Cubierta
90.6.7.20	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.21	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA	Cubierta
90.6.7.22	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.23	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUÍMICA	Cubierta
90.6.7.24	LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.25	LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	Cubierta
90.6.7.26	LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.7.27	LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta
90.6.7.28	LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.29	LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	Cubierta
90.6.7.30	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.31	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	Cubierta
90.6.7.32	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.33	LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta
90.6.7.34	LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.35	LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta
90.6.7.36	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.37	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta
90.6.7.38	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.39	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.7.40	LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.41	LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUÍMICA	Cubierta
90.6.7.42	LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.43	LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUÍMICA	Cubierta
90.6.7.44	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.45	LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta
90.6.7.46	MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.47	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta
90.6.7.48	MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.49	MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	Cubierta
90.6.7.50	PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.7.51	PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	Cubierta
90.6.7.52	PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.7.53	PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta
90.6.7.54	LINFOCITOS B DE MEMORIA SUBPOBLACIONES IgD CD27 CD19 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.55	EXPRESIÓN DE PERFORINAS EN CÉLULAS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.56	PLASMOBLASTOS CD38: CD19 IgD CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.57	LINFOCITOS ALFA BETA (CD4 CD8): TC Rab CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.58	LINFOCITOS B TOTALES MÁS EXPRESIÓN DEL RECEPTOR DEL COMPLEMENTO CR2: CD45 CD19 CD21 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.59	LINFOCITOS B TRANSICIONALES: CD24 CD19 CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.60	LINFOCITOS NK: EXPRESIÓN DE CD107a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.61	LINFOCITOS NK: ENSAYO DE CITOTOXICIDAD SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.62	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.63	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACIÓN CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.7.64	LINFOCITOS T SUBPOBLACIONES PRINCIPALES: CD45 CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.65	MARCADOR TCR ALFA BETA (TCRab) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.66	MONOCITOS CD14	Cubierta
90.6.7.68	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T B NK Y MONOCITOS EN LEUCOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.69	SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS B (VIRGENES Y DE MEMORIA CON O SIN CAMBIO DE ISOTIPO PLASMOBLASTOS Y TRANSICIONALES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.70	SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS T (AYUDADORES Y CITOTÓXICOS VIRGENES Y DE MEMORIA CENTRAL Y EFECTORA) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.7.71	EXPRESIÓN DE CD40 EN LINFOCITOS B	No Cubierta
90.6.7.72	EXPRESIÓN DE CD40L EN LINFOCITOS T	No Cubierta
90.6.7.73	EXPRESIÓN DE HLA CLASE II EN LINFOCITOS T Y B A PARTIR DE LEUCOCITOS CD45+	No Cubierta
90.6.7.74	EXPRESIÓN DE IFNGR1 E IL12RB1 EN LINFOCITOS	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.7.75	EXPRESIÓN INTRACELULAR DE SAP EN LINFOCITOS	No Cubierta
90.6.7.76	LINFOPROLIFERACIÓN A ANTI-CD3+ ANTI-CD28	No Cubierta
90.6.7.77	LINFOPROLIFERACIÓN A MITÓGENO	No Cubierta
90.6.8.	PRUEBAS ESPECIALES	Cubierta con aclaración
90.6.8.01	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.02	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	Cubierta
90.6.8.03	CÉLULAS ROJAS GLICOFORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.8.05	COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.8.06	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.8.07	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA	Cubierta
90.6.8.08	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.09	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.10	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.8.11	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.12	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.13	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.8.14	FAGOCITOSIS ESTUDIO	Cubierta
90.6.8.18	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.22	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.8.23	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.24	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.25	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA	Cubierta
90.6.8.26	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.27	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.28	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.8.29	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.30	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.31	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.32	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.33	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.34	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.35	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.36	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.37	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.38	PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.8.39	RECEPTORES DE INTERLEUQUINA 2 CD25 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	No Cubierta
90.6.8.41	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.8.42	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.43	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.8.44	DETERMINACIÓN DE LA EXPLOSIÓN RESPIRATORIA DE LOS GRANULOCITOS	No Cubierta
90.6.8.45	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G	No Cubierta
90.6.8.46	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G	No Cubierta
90.6.8.47	PROCALCITONINA MANUAL	No Cubierta
90.6.8.48	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]	No Cubierta
90.6.8.50	PRESEPSINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.8.51	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	No Cubierta
90.6.9.	PRUEBAS RUTINARIAS	Cubierta
90.6.9.01	AGLUTININAS AL FRÍO	Cubierta
90.6.9.02	AGLUTININAS AL CALOR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.6.9.03	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.9.04	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.9.05	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.9.06	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.9.07	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.9.08	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.9.10	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.9.11	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	Cubierta
90.6.9.12	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.9.13	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.9.14	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Cubierta
90.6.9.15	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	Cubierta
90.7.	MICROSCOPIA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.7.0.	PRUEBAS DE COPROLOGÍA	Cubierta
90.7.0.01	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	Cubierta
90.7.0.02	COPROLÓGICO	Cubierta
90.7.0.03	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	Cubierta
90.7.0.04	COPROSCÓPICO	Cubierta
Incluye:	<i>pH, SANGRE OCULTA, AZÚCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARÁSITOS</i>	
90.7.0.05	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	Cubierta
90.7.0.06	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]	Cubierta
90.7.0.07	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	Cubierta
90.7.0.08	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	Cubierta
90.7.0.09	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	Cubierta
90.7.0.10	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	Cubierta
90.7.0.11	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.7.0.12	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS	Cubierta
90.7.0.13	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS	Cubierta
90.7.0.14	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	Cubierta
90.7.0.15	ESTEATOCRITO ÁCIDO	Cubierta
90.7.1.	PRUEBAS EN ORINA	Cubierta
90.7.1.01	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	Cubierta
90.7.1.02	HEMOGLOBINURIA	Cubierta
90.7.1.03	PROTEÍNAS DE BENGE JONES MANUAL	Cubierta
90.7.1.04	RECuento DE ADDIS	Cubierta
90.7.1.05	RECuento HAMBURGUER	Cubierta
90.7.1.06	UROANÁLISIS	Cubierta
90.7.1.07	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	Cubierta
90.7.1.08	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.7.1.09	DENSIDAD URINARIA	Cubierta
90.7.2.	OTRAS PRUEBAS	Cubierta con aclaración
90.7.2.01	ESPERMOGRAMA BÁSICO	Cubierta
Incluye:	MORFOLOGÍA Y RECuento	
90.7.2.02	MOCO CERVICAL ANÁLISIS	Cubierta
90.7.2.03	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)	Cubierta
90.7.2.04	PARÁSITOS EN BILIS JUGO DUODENAL EXPECTORACIONES U OTRAS SECRECIONES	Cubierta
90.7.2.05	FRAGILIDAD OSMÓTICA ESPERMÁTICA	No Cubierta
90.8.	GENÉTICA Y ERRORES METABÓLICOS	
90.8.3.	PRUEBAS PARA ERRORES METABÓLICOS	Cubierta con aclaración
90.8.3.01	ASPARTILCILASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.02	GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA	No Cubierta
90.8.3.03	GANGLIÓSIDOS CUALITATIVOS	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.8.3.04	FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.05	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.06	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.08	ÁCIDO ORÓTICO	No Cubierta
90.8.3.09	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS	Cubierta
Incluye:	<i>ASPARRAGINA, LISINA, GLISINA, CISTINA, FENILALANINA, TIROSINA, TRIPTÓFANO</i>	
90.8.3.10	AMINOÁCIDOS POR CLORURO FÉRRICO	Cubierta
90.8.3.11	AMINOÁCIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	Cubierta
90.8.3.12	AMINOÁCIDOS POR NITROPRUSIATO	Cubierta
90.8.3.13	AMINOÁCIDOS POR NITROSONAFTOL	Cubierta
90.8.3.14	CISTINA CUANTITATIVA	No Cubierta
90.8.3.15	FENILALANINA CURVA DE TOLERANCIA	No Cubierta
90.8.3.16	FENILALANINA CUANTITATIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.8.3.17	TIROSINA TEST CON RAÍZ DE CABELLO	Cubierta
90.8.3.18	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	No Cubierta
90.8.3.19	FOSFORILASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.20	GALACTOSA URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.21	GLUCOSA 6 FOSFATASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.22	GLUCOSA 6 FOSFATASA TRANSPORTADOR ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.23	GLUCÓGENO CURVA DE ESTIMULACIÓN CON GLUCAGÓN (DETERMINACIÓN DE GLUCOSA Y ÁCIDO LÁCTICO)	No Cubierta
90.8.3.24	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	Cubierta
90.8.3.25	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.26	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	Cubierta
90.8.3.27	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	Cubierta
90.8.3.28	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS	Cubierta
90.8.3.29	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.8.3.30	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	Cubierta
90.8.3.31	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	Cubierta
90.8.3.32	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	Cubierta
90.8.3.33	OLIGOSACÁRIDOS CUALITATIVOS	Cubierta
90.8.3.34	ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.35	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.36	ALFA N ACETIL NEURAMINIDASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.37	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO	Cubierta
90.8.3.38	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	Cubierta
90.8.3.39	GALACTOKINASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.40	CARBOHIDRATOS CUANTITATIVOS	No Cubierta
90.8.3.41	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO	Cubierta
90.8.3.42	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUANTITATIVOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.8.3.43	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	No Cubierta
90.8.3.44	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	Cubierta
90.8.3.45	GALACTOSILCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.46	BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	Cubierta
90.8.3.47	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA	No Cubierta
90.8.3.48	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST EJERCICIO ISQUÉMICO	No Cubierta
90.8.3.49	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.3.50	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN	No Cubierta
90.8.4.	PRUEBAS PARA GENÉTICA	Cubierta con aclaración
90.8.4.02	BCL-2 TRANSLOCACIÓN (14;18)	Cubierta
90.8.4.03	BCR/ABL TRANSLOCACIÓN DE GENES CUALITATIVO	Cubierta
90.8.4.04	CARIOTIPO CON BANDEO G	Cubierta
90.8.4.05	CARIOTIPO CON BANDEO Q	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.8.4.06	CARIOTIPO CON BANDEO C	Cubierta
90.8.4.07	CARIOTIPO CON BANDEO RT	Cubierta
90.8.4.08	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	Cubierta
90.8.4.09	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL	Cubierta
90.8.4.10	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	Cubierta
90.8.4.11	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	Cubierta
90.8.4.12	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES	Cubierta
90.8.4.13	ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACIÓN "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]	Cubierta
90.8.4.14	PRUEBA DE CROMATINA	No Cubierta
90.8.4.15	REORGANIZACIÓN DE GENE BCR/ABL	Cubierta
90.8.4.16	ESTUDIO DE PENETRACIÓN DE ESPERMATOZOIDES EN OOCITOS DESNUDOS DE HAMSTER	No Cubierta
90.8.4.17	BCR/ABL TRANSLOCACIÓN DE GENES CUANTITATIVO	Cubierta
90.8.4.18	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.8.4.19	ESTUDIOS GENÉTICOS DE ADN MITOCONDRIAL (ESPECÍFICO)	Cubierta
90.8.4.20	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)	Cubierta
90.8.4.21	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)	Cubierta
90.8.4.22	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)	Cubierta
90.8.4.23	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES (ESPECÍFICAS)	Cubierta
90.8.4.24	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECÍFICAS)	Cubierta
90.8.4.25	ESTUDIOS GENÉTICOS DE LOS CROMOSOMAS 14 23 Y 1	No Cubierta
90.8.4.26	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN	No Cubierta
90.8.4.27	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A	No Cubierta
90.8.4.28	HFE (HEMOCROMATOSIS)	No Cubierta
90.8.4.29	CARIOTIPO PARA ANEMIA DE FANCONI	No Cubierta
90.8.4.30	ABL MUTACIÓN DE LA REGIÓN TIROSINA KINASA	No Cubierta
90.8.4.31	CARIOTIPO EN RESTOS OVULARES O MATERIAL DE ABORTO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.8.4.32	BRCA1 Y BRCA2 PERFIL COLOMBIA	No Cubierta
90.8.4.33	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACIÓN COMPLETA	No Cubierta
90.8.4.34	BRCA1 Y BRCA2 MUTACIÓN FAMILIAR CONOCIDA	No Cubierta
90.8.4.35	PCA3 PARA CÁNCER DE PROSTATA	No Cubierta
90.8.4.36	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano PRUEBAS DE ADN	Cubierta
90.8.4.37	PRF1 SECUENCIACIÓN DE EXONES 2 Y 3	No Cubierta
90.8.4.38	EXTRACCIÓN DE ÁCIDOS NUCLEÍCOS	No Cubierta
90.8.4.39	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA	Cubierta
90.8.6.	OTRAS PRUEBAS PARA ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	No Cubierta
90.8.6.01	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA BLANCA, MEDICIÓN DE CADA UNA	No Cubierta
90.8.6.02	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA GRIS, MEDICIÓN DE CADA UNA	No Cubierta
90.8.6.03	ENZIMAS GLICOLÍTICAS, MEDICIÓN DE CADA UNA	No Cubierta
90.8.6.04	ENZIMAS LISOSOMALES, MEDICIÓN DE CADA UNA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.8.6.05	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICÓGENO, MEDICIÓN DE CADA UNA	No Cubierta
90.8.6.06	HIPOXANTINA GUANINA FOSFORIBOSIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	No Cubierta
90.8.6.08	GLUCÓGENO ESTRUCTURA Y CUANTIFICACIÓN	No Cubierta
90.8.6.09	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	No Cubierta
90.8.6.10	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	No Cubierta
90.8.8.	OTRAS PRUEBAS MOLECULARES	Cubierta con aclaración
90.8.8.01	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta
90.8.8.02	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO	Cubierta
90.8.8.03	Hepatitis B GENOTIPO	No Cubierta
90.8.8.04	Citomegalovirus GENOTIPO	No Cubierta
90.8.8.05	Citomegalovirus CARGA VIRAL	Cubierta
90.8.8.06	Hepatitis B CARGA VIRAL	Cubierta
90.8.8.07	Hepatitis C CARGA VIRAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.8.8.08	Herpes simplex CARGA VIRAL	Cubierta
90.8.8.09	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	No Cubierta
90.8.8.10	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	No Cubierta
90.8.8.11	Epstein-Barr CARGA VIRAL	No Cubierta
90.8.8.12	Adenovirus CARGA VIRAL	No Cubierta
90.8.8.13	Parvovirus CARGA VIRAL	No Cubierta
90.8.8.14	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta
90.8.8.15	Coxsackie A IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.16	Coxsackie B IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.17	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta
90.8.8.18	Hepatitis B IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.19	Toxocara spp IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.20	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.8.8.21	Varicela zoster IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.22	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.23	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.24	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta
90.8.8.25	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta
90.8.8.26	Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta
90.8.8.27	Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta
90.8.8.28	Leishmania IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta
90.8.8.29	PATERNIDAD O FILIACIÓN PRUEBA	No Cubierta
90.8.8.30	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN	Cubierta
90.8.8.31	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO DR DQ CLASE II REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA-SSP	Cubierta
90.8.8.32	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	Cubierta
90.8.8.33	Hepatitis C GENOTIPO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
90.8.8.34	Clostridium difficile IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.35	Streptococcus pneumoniae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.36	Bordetella pertussis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.37	Bordetella parapertussis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.39	Haemophilus influenzae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.40	Neisseria meningitidis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.41	Hepatitis E IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.43	Sarampión IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	No Cubierta
90.8.8.46	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta
Capítulo 18 MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE SANGRE		
91.	BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
91.1.	BANCO DE SANGRE	
91.1.0.	INMUNOHEMATOLOGÍA	Cubierta con aclaración
91.1.0.01	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN POR MICROTÉCNICA	Cubierta
91.1.0.02	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN EN TUBO	Cubierta
91.1.0.03	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTÉCNICA	Cubierta
91.1.0.04	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	Cubierta
91.1.0.05	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN POR MICROTÉCNICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	CUALQUIER TÉCNICA	
91.1.0.06	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN EN TUBO	Cubierta
Incluye:	CUALQUIER TÉCNICA	
91.1.0.07	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTÉCNICA	Cubierta
91.1.0.08	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	Cubierta
91.1.0.09	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	Cubierta
91.1.0.10	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	Cubierta
91.1.0.11	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTÉCNICA CUALQUIER ANTÍGENO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
91.1.0.12	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO EN TUBO CUALQUIER ANTÍGENO	Cubierta
91.1.0.13	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO POR MICROTÉCNICA	Cubierta
91.1.0.14	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO EN TUBO	Cubierta
91.1.0.15	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA	Cubierta
91.1.0.16	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	Cubierta
91.1.0.17	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA	Cubierta
91.1.0.18	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	Cubierta
91.1.0.19	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
91.1.0.20	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO	Cubierta
91.1.0.21	PRUEBA CRUZADA MAYOR POR MICROTÉCNICA	Cubierta
91.1.0.22	PRUEBA CRUZADA MAYOR EN TUBO	Cubierta
91.1.0.23	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE POR MICROTÉCNICA	Cubierta
91.1.0.24	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE EN TUBO	Cubierta
91.1.0.25	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA	Cubierta
91.1.0.26	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO	Cubierta
91.1.0.27	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS FÍSICOS	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	CUALQUIER TÉCNICA	
91.1.0.28	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS	No Cubierta
Incluye:	CUALQUIER TÉCNICA	
91.1.0.29	ELUCIÓN (DISOCIACIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS FÍSICOS	No Cubierta
Incluye:	CUALQUIER TÉCNICA	
91.1.0.30	ELUCIÓN (DISOCIACIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS	No Cubierta
Incluye:	CUALQUIER TÉCNICA	
91.1.1.	SEPARACIÓN DE COMPONENTES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
91.1.1.01	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSIÓN [PREDEPÓSITO]	Cubierta
91.1.1.02	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	Cubierta
91.1.1.03	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	Cubierta
91.1.1.05	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	Cubierta
91.1.1.06	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	Cubierta
91.1.1.07	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	Cubierta
91.1.1.10	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS	Cubierta
91.1.1.11	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
91.1.1.12	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	Cubierta
91.1.1.13	IRRADIACIÓN DE HEMOCOMPONENTE	Cubierta
91.1.1.14	PROCESAMIENTO DE MEZCLA DE PLAQUETAS A PARTIR DE CAPA LEUCOPLAQUETARIA O PLASMA RICO EN PLAQUETAS	Cubierta
91.1.1.15	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	Cubierta
91.1.1.16	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	Cubierta
91.1.1.17	CONCENTRACIÓN DE UNIDAD DE HEMOCOMPONENTES CELULARES	Cubierta
91.1.1.18	PROCESAMIENTO DE HEMOCOMPONENTE ALÍCUOTA PEDIÁTRICA	Cubierta
91.1.2.	AFÉRESIS DE DONANTE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
91.1.2.01	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	Cubierta
Incluye:	PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	
91.1.2.02	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFÉRESIS O LEUCOFÉRESIS	Cubierta
91.1.2.03	PROCESAMIENTO DE PLASMA POR AFÉRESIS O PLASMAFÉRESIS	Cubierta
91.1.2.04	SEPARACION DE CÉLULAS PROGENITORAS PARA TRASPLANTE	Cubierta
91.1.2.05	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS POR AFÉRESIS O ERITROFÉRESIS	Cubierta
91.1.3.	AFÉRESIS TERAPÉUTICA	Cubierta
91.1.3.01	CITAFÉRESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
91.1.3.02	RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO	Cubierta
91.1.4.	BIOLOGÍA MOLECULAR EN BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL	No Cubierta
91.1.4.01	TAMIZAJE MOLECULAR DE ANTÍGENOS EN MEZCLA DE SUEROS DE DONANTES	No Cubierta
91.1.4.02	TAMIZAJE MOLECULAR DE ANTÍGENO INDIVIDUAL EN SUERO DE DONANTE	No Cubierta
91.2.	MEDICINA TRANSFUSIONAL	
91.2.0.	APLICACIÓN DE SANGRE O SUS DERIVADOS	Cubierta
Incluye:	<i>APLICACIÓN INTRAHOSPITALARIA O A DOMICILIO</i>	
91.2.0.01	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
91.2.0.02	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS	Cubierta
91.2.0.03	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	Cubierta
91.2.0.04	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	Cubierta
91.2.0.05	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	Cubierta
91.2.0.10	EXANGUINO TRANSFUSIÓN	Cubierta
91.2.0.11	HEMODILUCIÓN NORMOVOLÉMICA INTRAOPERATORIA	Cubierta
91.2.0.12	TRANSFUSIÓN AUTÓLOGA POR OBTENCION MECÁNICA INTRAOPERATORIA	Cubierta
91.2.0.20	INFUSIÓN DE EXPANSORES PLASMÁTICOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>COLOIDES O DEXTRAN ENTRE OTROS</i>	
Capítulo 19 MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA		
92.	MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA	
92.0.	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS	
92.0.1.	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA NERVIOSO	Cubierta
92.0.1.01	GAMAGRAFÍA CEREBRAL ESTÁTICA	Cubierta
92.0.1.02	GAMAGRAFÍA CEREBRAL DINÁMICA (ESTUDIO DE MUERTE CEREBRAL)	Cubierta
92.0.1.03	CISTERNOGAMAGRAFÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.0.1.04	GAMAGRAFÍA DE DERIVACIONES	Cubierta
92.0.1.05	GAMAGRAFÍA SPECT CEREBRAL	Cubierta
92.0.1.06	GAMAGRAFÍA METABÓLICA CEREBRAL CON 18- FDG.	Cubierta
92.0.2.	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA ENDOCRINO	Cubierta
Incluye:	<i>CAPTACIÓN DE I-131, DE RADIOYODO O YODO LIGADO A PROTEÍNAS</i>	
92.0.2.01	CAPTACIÓN TIROIDEA DE I-131 A 4 O 24 HORAS	Cubierta
92.0.2.02	GAMAGRAFÍA DE TIROIDES	Cubierta
92.0.2.03	RECORRIDO CORPORAL CON I-131 (RASTREO DE METÁSTASIS)	Cubierta
92.0.2.04	GAMAGRAFÍA CON META IODO BENCILGUANIDINA [MIBG]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.0.2.08	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS PARATIROIDES O TETROFOSMIN	Cubierta
92.0.2.09	PRUEBA DE SUPRESIÓN	Cubierta
92.0.2.10	PRUEBA DE PERCLORATO	Cubierta
92.0.2.11	GAMAGRAFÍA DE SUPRARRENAL CON IODO COLESTEROL	Cubierta
92.0.2.14	GAMAGRAFÍA CON OCTREOTIDE	Cubierta
92.0.2.15	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULA MAMARIA	Cubierta
92.0.3.	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO	Cubierta
92.0.3.01	GAMAGRAFÍA PULMONAR, PERFUSIÓN	Cubierta
92.0.3.02	GAMAGRAFÍA PULMONAR, VENTILACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.0.3.03	BÚSQUEDA DE HEMORRAGIA PULMONAR	Cubierta
92.0.3.04	GAMAGRAFÍA PULMONAR, PERFUSIÓN Y VENTILACIÓN	Cubierta
92.0.3.05	GAMAGRAFÍA DE ACLARAMIENTO MUCOCILIAR	Cubierta
92.0.3.06	GAMAGRAFÍA DE PERMEABILIDAD ALVEOLO CAPILAR	Cubierta
92.0.3.07	SALIVOGAMA (TEST DE BRONCOASPIRACIÓN)	Cubierta
92.0.3.10	GAMAGRAFÍA SPECT TORAX	Cubierta
92.0.4.	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR	Cubierta con aclaración
92.0.4.01	VENTRICULOGRAFÍA NUCLEAR	Cubierta
92.0.4.02	VENTRICULOGRAFÍA DE PRIMER PASO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.0.4.03	VENTRICULOGRAFÍA DE VENTRÍCULO DERECHO	Cubierta
92.0.4.04	VENTRICULOGRAFÍA EN REPOSO	Cubierta
92.0.4.05	VENTRICULOGRAFÍA EN REPOSO Y POST EJERCICIO	Cubierta
92.0.4.06	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO	Cubierta
92.0.4.07	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO Y POST-EJERCICIO	Cubierta
92.0.4.08	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON STRESS FARMACOLÓGICO	Cubierta
92.0.4.10	GAMAGRAFÍA DE MIOCARDIO CON PIROFOSFATOS	Cubierta
92.0.4.11	GAMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN ARTERIAL	Cubierta
92.0.4.12	VENOGAMAGRAFÍA	Cubierta
92.0.4.13	GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD MIOCÁRDICA CON 18 FDG.	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.0.4.14	GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD MIOCÁRDICA CON TALIO O MARCADORES DE TC.	No Cubierta
92.0.4.15	GAMAGRAFÍA DE TRASPLANTE CARDÍACO	Cubierta
92.0.5.	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA HEMÁTICO LINFÁTICO	Cubierta
92.0.5.01	GAMAGRAFÍA ESPLÉNICA	Cubierta
92.0.5.02	GAMAGRAFÍA DE MÉDULA ÓSEA	Cubierta
92.0.5.03	GAMAGRAFÍA DE GANGLIOS LINFÁTICOS - LINFOGAMAGRAFÍA	Cubierta
92.0.5.04	GAMAGRAFÍA DE FERROCINÉTICA	Cubierta
92.0.5.05	GAMAGRAFÍA CON LEUCOCITOS MARCADOS	Cubierta
92.0.5.06	MEDICIÓN DE ABSORCIÓN GASTROINTESTINAL DE VITAMINA B12 [SHILLING]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.0.5.07	GAMAGRAFÍA DE INFECCIÓN CON HIG	Cubierta
92.0.5.08	VOLUMEN DE GLÓBULOS ROJOS	Cubierta
92.0.5.09	VIDA MEDIA DE GLÓBULOS ROJOS	Cubierta
92.0.5.10	GAMAGRAFÍA DE POOL SANGUÍNEO- COMPARTIMENTOS VASCULARES	Cubierta
92.0.5.11	VOLUMEN PLASMÁTICO	Cubierta
92.0.6.	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL	Cubierta
92.0.6.01	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES	Cubierta
92.0.6.02	GAMAGRAFÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON ERITROCITOS MARCADOS	Cubierta
92.0.6.03	GAMAGRAFÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON COLOIDE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.0.6.04	GAMAGRAFÍA PARA MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA	Cubierta
92.0.6.05	GAMAGRAFÍA DE TRÁNSITO ESOFÁGICO	Cubierta
92.0.6.06	GAMAGRAFÍA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO	Cubierta
92.0.6.07	GAMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO EN FASE SÓLIDA	Cubierta
92.0.6.08	GAMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO EN FASE LÍQUIDA	Cubierta
92.0.6.09	GAMAGRAFÍA SPECT ABDOMEN	Cubierta
92.0.7.	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA HEPATOBILIAR	Cubierta
92.0.7.01	GAMAGRAFÍA HEPATOESPLÉNICA	Cubierta
92.0.7.02	GAMAGRAFÍA HEPATOBILIAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.0.7.03	GAMAGRAFÍA HEPATOBILIAR CON COLECISTOQUININA	Cubierta
92.0.7.05	GAMAGRAFÍA DE TRASPLANTE HEPÁTICO	Cubierta
92.0.7.06	GAMAGRAFÍA HEPATOESPLÉNICA CON SPECT	Cubierta
92.0.7.07	GAMAGRAFÍA DE POOL SANGUÍNEO HEPÁTICO	Cubierta
92.0.7.08	GAMAGRAFÍA DE REFLUJO BILIAR	Cubierta
92.0.8.	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	Cubierta
92.0.8.01	RENOGRAMA SECUENCIAL	Cubierta
92.0.8.02	RENOGRAMA SECUENCIAL CON FILTRACIÓN GLOMERULAR	Cubierta
92.0.8.03	GAMAGRAFÍA DE FLUJO PLASMÁTICO RENAL EFECTIVO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.0.8.04	GAMAGRAFÍA DE RESIDUO VESICAL	Cubierta
92.0.8.05	GAMAGRAFÍA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR	Cubierta
92.0.8.06	GAMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN TESTICULAR Y CONTENIDO ESCROTAL	Cubierta
92.0.8.07	CISTOGAMAGRAFÍA	Cubierta
92.0.8.08	RENOGRAMA BASAL Y POST CAPTOPRIL	Cubierta
92.0.8.09	GAMAGRAFÍA RENAL ESTÁTICA CON DMSA	Cubierta
92.0.8.10	GAMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN RENAL	Cubierta
92.0.8.11	RENOGRAMA CON MERTIATIDE	Cubierta
92.0.8.12	RENOGRAMA DIURÉTICO	Cubierta
92.0.8.13	GAMAGRAFÍA DE TRASPLANTE RENAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.0.9.	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA OSTEOARTICULAR	Cubierta
92.0.9.01	GAMAGRAFÍA ÓSEA (CORPORAL TOTAL O SEGMENTARIA)	Cubierta
92.0.9.02	GAMAGRAFÍA ÓSEA DE TRES FASES	Cubierta
92.0.9.03	GAMAGRAFÍA ÓSEA CON SPECT	Cubierta
92.0.9.04	GAMAGRAFÍA SPECT COLUMNA	Cubierta
92.1.	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DE OTRAS LOCALIZACIONES	
92.1.1.	DACRIOCISTOGAMAGRAFÍA [GAMAGRAFÍA DE VÍAS LAGRIMALES]	Cubierta
92.1.1.00	DACRIOCISTOGAMAGRAFÍA [GAMAGRAFÍA DE VÍAS LAGRIMALES] SOD	Cubierta
92.1.2.	GAMAGRAFÍA CON GALIO 67	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.1.2.00	GAMAGRAFÍA CON GALIO 67 SOD	Cubierta
92.1.3.	GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD TUMORAL (RASTREO GAMAGRÁFICO)	Cubierta
92.1.3.01	GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD TUMORAL CON MIBI, TETROFOSMIN, TALIO U OCTEOTRIDE	Cubierta
92.1.3.02	GAMAGRAFÍA TUMORAL CON 18 FDG.	Cubierta
92.1.3.03	GAMAGRAFÍA TUMORAL CON 11 C. METIONINA	Cubierta
92.1.6.	GAMAGRAFÍA DE ANTICUERPOS MONOCLONALES	Cubierta
92.1.6.00	GAMAGRAFÍA DE ANTICUERPOS MONOCLONALES SOD	Cubierta
92.1.7.	GAMAGRAFÍA CON DMSA PENTAVALENTE	Cubierta
92.1.7.00	GAMAGRAFÍA CON DMSA. PENTAVALENTE SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.1.8.	GAMAGRAFÍA DE PÁNCREAS	No Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA CON OCTEOTRIDE U OTOS RADIOFÁRMACOS</i>	
92.1.8.00	GAMAGRAFÍA DE PÁNCREAS SOD	No Cubierta
92.2.	RADIOTERAPIA	
92.2.2.	TELETERAPIA ORTOVOLTAJE	Cubierta
92.2.2.01	TELETERAPIA CON ORTOVOLTAJE	Cubierta
92.2.3.	TELETERAPIA CON RADIOISÓTOPOS	Cubierta
92.2.3.21	TELETERAPIA CON COBALTO (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN CONVENCIONAL)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.2.3.22	TELETERAPIA CON COBALTO (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL)	Cubierta
92.2.4.	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL CON FOTONES	Cubierta con aclaración
92.2.4.41	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN CONVENCIONAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA CONVENCIONAL	Cubierta
92.2.4.42	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA CONVENCIONAL	Cubierta
92.2.4.43	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT]	Cubierta en radioterapia conformacional en abdomen.
92.2.4.44	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT]	No Cubierta
92.2.4.45	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA GUÍADA POR IMÁGENES [IGRT]	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.2.4.46	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) TÉCNICA RADIOTERAPIA - ARCOTERAPIA DE MODULACIÓN VOLUMÉTRICA [VMAT]	No Cubierta
92.2.4.47	IRRADIACIÓN CORPORAL TOTAL	Cubierta
92.2.4.48	IRRADIACIÓN CUTÁNEA TOTAL	No Cubierta
92.2.5.	TELETERAPIA CON ELECTRONES	Cubierta con aclaración
92.2.5.04	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL)	Cubierta
92.2.5.05	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL)	Cubierta
92.2.5.06	RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA	No Cubierta
92.2.6.	BRAQUITERAPIA	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.2.6.02	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON BAJA TASA DE DOSIS	Cubierta
92.2.6.03	BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	Cubierta
92.2.6.04	BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL CON BAJA TASA DE DOSIS	Cubierta
92.2.6.05	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	Cubierta
92.2.6.06	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL) CON BAJA TASA DE DOSIS	Cubierta
92.2.6.07	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	Cubierta
92.2.6.08	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON BAJA TASA DE DOSIS	Cubierta
92.2.6.09	BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	Cubierta
92.2.6.11	BRAQUITERAPIA DE CONTACTO (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
92.2.6.12	BRAQUITERAPIA DE CONTACTO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	Cubierta
92.2.6.13	BRAQUITERAPIA EPIESCLERAL DE CONTACTO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON BAJA TASA DE DOSIS	No Cubierta
92.2.6.14	BRAQUITERAPIA METABÓLICA	Cubierta
92.2.6.15	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN CONVENCIONAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	Cubierta
92.2.6.16	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACIÓN VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS	Cubierta
92.2.8.	TERAPIAS CON RADIOISÓTOPOS	Cubierta
Incluye:	<i>INYECCIÓN O INSTILACIÓN INTRACAVITARIA O INTRAVENOSA DE RADIOISÓTOPOS</i>	
92.2.8.01	TERAPIA CON RADIOISÓTOPOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA PARA HIPERTIROIDISMO, CÁNCER DE TIROIDES ENTRE OTRAS PATOLOGÍAS	
92.2.8.05	TERAPIA CON ITRIUM 90	Cubierta
92.2.8.10	TERAPIA CON METAIODOBENCILGUANIDINA SUPRARRENAL	Cubierta
92.2.8.30	TERAPIA DE METÁSTASIS CON ESTRONCIO	Cubierta
92.3.	RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA	
92.3.1.	RADIOCIRUGÍA DE FUENTE ÚNICA DE FOTONES	Cubierta
92.3.1.03	RADIOCIRUGÍA INTRACRANEAL O EXTRACRANEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA Y SIMULACION VIRTUAL)	Cubierta
92.3.2.	RADIOCIRUGÍA DE MÚLTIPLES FUENTES DE FOTONES	Cubierta
92.3.2.01	RADIOCIRUGÍA INTRACRANEAL (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA Y SIMULACIÓN VIRTUAL)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Capítulo 20 DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN		
93.	PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES EN DESEMPEÑO FUNCIONAL, REHABILITACIÓN Y RELACIONADOS	
93.0.	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN	
93.0.1.	EVALUACIÓN FUNCIONAL	Cubierta con aclaración
Incluye:	<i>MÉTODOS Y ESTRATEGIAS PARA EVALUAR COMPONENTES COGNOSCITIVO, SOCIAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO</i>	
93.0.1.01	PRUEBA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL	Cubierta
93.0.1.02	PRUEBA COGNITIVA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.0.1.05	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL	No Cubierta
Incluye:	<i>EVALUACIONES ESTANDARIZADAS Y NO ESTANDARIZADAS</i>	
93.0.1.06	EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE DESÓRDENES DE LENGUAJE	Cubierta
93.0.1.07	PRUEBAS FONOAUDIOLÓGICAS DEL HABLA	Cubierta
93.0.1.08	ANÁLISIS ACÚSTICO DE LA VOZ	Cubierta
93.0.1.09	ANÁLISIS ACÚSTICO DE LA PALABRA	Cubierta
93.0.1.10	ANÁLISIS AERODINÁMICO DEL HABLA	Cubierta
93.0.1.11	ANÁLISIS MIOFUNCIONAL OROFACIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.0.2.	EVALUACIÓN ORTÉSICA	Cubierta
Incluye:	<i>EVALUACIÓN ORTÓTICA, DE FÉRULAJE</i>	
93.0.2.00	EVALUACIÓN ORTÉSICA SOD	Cubierta
93.0.3.	EVALUACIÓN PROTÉSICA EN EXTREMIDADES	Cubierta
93.0.3.00	EVALUACIÓN PROTÉSICA EN EXTREMIDADES SOD	Cubierta
93.0.4.	EVALUACIÓN DE FUNCIÓN OSTEOMUSCULAR	Cubierta con aclaración
Incluye:	<i>MÉTODOS Y ESTRATEGIAS PARA EVALUAR COMPONENTES SENSOMOTORES DE DESEMPEÑO (ACTIVIDAD REFLEJA, FUERZA MUSCULAR, MOVILIDAD ARTICULAR, COORDINACIÓN Y DESTREZA, EVALUACIÓN DE CAPACIDAD AERÓBICA Y REISTENCIA, MEDICIONES CORPORALES ENTRE OTROS)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.0.4.01	EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN OSTEOMUSCULAR	Cubierta
93.0.4.02	EVALUACIÓN DE FUNCIÓN MUSCULAR ESTÁTICA, DINÁMICA Y FLEXIBILIDAD	Cubierta
93.0.4.03	ESTUDIO COMPUTARIZADO DE LA MARCHA	No Cubierta
93.0.8.	ELECTRODIAGNÓSTICO	Cubierta con aclaración
93.0.8.01	ELECTROMIOGRAFÍA CON ELECTRODO DE FIBRA ÚNICA	Cubierta
93.0.8.02	ELECTROMIOGRAFIA CUANTITATIVA	Cubierta
93.0.8.03	ANÁLISIS DE UNIDADES MOTORAS POR NEUROCONDUCCIÓN	Cubierta
93.0.8.04	ANÁLISIS CUANTITATIVO SENSITIVO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.0.8.05	ELECTROMIOGRAFÍA DE SUPERFICIE	Cubierta
93.0.8.10	ELECTROMIOGRAFÍA LARINGEA O DE CUELLO	Cubierta
93.0.8.20	ELECTROMIOGRAFÍA EN CARA	Cubierta
93.0.8.21	ELECTRONEURONOGRAFÍA [ENOG]	No Cubierta
93.0.8.60	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS)	Cubierta
93.0.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN	No Cubierta
93.0.9.00	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN SOD	No Cubierta
93.1.	PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.1.0.	TERAPIA FÍSICA	Cubierta
93.1.0.00	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL SOD	Cubierta
Incluye:	<i>ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOSCITIVOS, SOCIOAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO; EJERCICIOS TERAPÉUTICOS, ESTIMULACIÓN TEMPRANA MECANOTERAPIA, MEDIOS FÍSICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HÚMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BACK, TENS, ULTRASONIDO, DIATERMIA) O TRACCIONES</i>	
93.1.1.	EJERCICIO ASISTIDO	Cubierta
Incluye:	<i>ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPEÑO</i>	
93.1.1.01	MODALIDADES CINÉTICAS DE TERAPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>ACONDICIONAMIENTO FÍSICO, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES FUNCIONALES : COORDINACIÓN, BALANCE Y EQUILIBRIO CORPORAL, MOVILIZACIÓN-MANIPULACIÓN DE SEGMENTOS CORPORALES (EXTENSIÓN FORZADA DE MIEMBRO) ENTRENAMIENTO EN FLEXIBILIDAD (LIBERACIÓN MANUAL DE ADHERENCIAS ARTICULARES, ESTIRAMIENTO DE MÚSCULO, TENDÓN O FASCIA Y TERAPIA VESTIBULAR.</i>	
93.1.5.	MODALIDADES ELÉCTRICAS Y ELECTROMAGNÉTICAS DE TERAPIA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLAS CON RADIACIÓN</i>	
93.1.5.01	MODALIDADES ELECTRICAS O ELECTROMAGNÉTICAS DE TERAPIA	Cubierta
93.1.5.02	ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANS CRANEAL REPETITIVA	Cubierta
93.1.6.	MODALIDADES MECÁNICAS DE TERAPIA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.1.6.00	MODALIDADES MECÁNICAS DE TERAPIA SOD	Cubierta
93.1.7.	MODALIDADES NEUMÁTICAS DE TERAPIA	Cubierta
Incluye:	<i>APLICACIÓN DE PANTALONES DE PRESIÓN (ANTICHOQUE) O DE DISPOSITIVO VASONEUMÁTICO, APLICACIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN INTERMITENTE, APLICACIÓN DE MEDIAS ELÁSTICAS, ENTRE OTROS</i>	
93.1.7.00	MODALIDADES NEUMÁTICAS DE TERAPIA SOD	Cubierta
93.2.	OTRA MANIPULACIÓN MÚSCULOESQUELÉTICA EN DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN	
93.2.4.	DISEÑO, ADECUACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN USO TECNOLOGÍA DE REHABILITACIÓN	Cubierta
Incluye:	<i>ENTRENAMIENTO Y USO DE ORTESIS, PRÓTESIS, ADITAMENTOS ASISTIVOS, ARTEFACTOS PARA MOVILIDAD Y MARCHA, ENTRE OTROS, EN EL HOGAR, ESCUELA O SITIO DE TRABAJO</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.2.4.00	DISEÑO, ADECUACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN USO DE TECNOLOGÍA DE REHABILITACIÓN SOD	Cubierta
93.3.	OTROS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN	
93.3.3.	TERAPIA MODALIDADES HIDRÁULICAS E HÍDRICAS	Cubierta
Incluye:	<i>EJERCICIO ASISTIDO EN PISCINA</i>	
93.3.3.00	TERAPIA MODALIDADES HIDRÁULICAS E HÍDRICAS SOD	Cubierta
93.3.5.	REHABILITACIÓN PULMONAR	Cubierta
93.3.5.00	TERAPIA DE REHABILITACIÓN PULMONAR SOD	Cubierta
93.3.6.	REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR	Cubierta con aclaración

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.3.6.01	TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR	Cubierta
93.3.6.02	CONTRAPULSACIÓN EXTERNA MEJORADA	No Cubierta
93.3.7.	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO	Cubierta
Incluye:	<i>PSICOPROFILAXIS O ENTRENAMIENTO PARA PARTO NATURAL Y ESTIMULACIÓN INTRAUTERINA</i>	
93.3.7.00	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO SOD	Cubierta
93.3.9.	TERAPIA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL	Cubierta
Incluye:	<i>APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, MASOTERAPIA, ENTRE OTRAS</i>	
93.3.9.00	TERAPIA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.4.	TRACCIÓN ESQUELÉTICA Y OTRA TRACCIÓN	
93.4.1.	TRACCIÓN ESPINAL CON EMPLEO DE DISPOSITIVO CRANEAL	Cubierta
Incluye:	<i>TRACCIÓN CON EMPLEO DE COMPÁS DE APARATO ORTOPÉDICO, COMPAS DE CRUTCHFIEL, COMPAS DE VINKE O DISPOSITIVO HALO CRANEAL</i>	
93.4.1.01	TRACCIÓN ESPINAL CON EMPLEO DEL DISPOSITIVO CRANEAL	Cubierta
93.4.2.	OTRA TRACCIÓN ESPINAL	Cubierta
Incluye:	<i>TRACCIÓN DE COTREL</i>	
93.4.2.01	TRACCIÓN CUTÁNEA PARA DESCOMPRESIÓN DE CANAL RAQUÍDEO SEGMENTO LUMBAR	Cubierta
93.4.5.	TRACCIONES ESQUELÉTICAS DE MIEMBROS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.4.5.01	TRACCIÓN ESQUELÉTICA DE MIEMBROS	Cubierta
93.4.6.	TRACCIONES CUTÁNEAS DE MIEMBROS	Cubierta
Incluye:	<i>TRACCIÓN DE BOTA, [DE BUCK], DE SUSPENSIÓN, POR CINTA ADHESIVA, POR CUALQUIER PATOLOGÍA</i>	
93.4.6.01	TRACCIÓN CUTÁNEA DE MIEMBROS	Cubierta
93.5.	OTRA INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA (CUIDADO TEGUMENTARIO)	
Excluye:	<i>LIMPIEZA DE HERIDA (96.5.); LA INMOVILIZACIÓN REALIZADA EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO</i>	
93.5.0.	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA DE LUGAR NO ESPECIFICADO	Cubierta
93.5.0.00	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.5.1.	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO	Cubierta
93.5.1.00	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO SOD	Cubierta
93.5.2.	APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL	Cubierta
93.5.2.01	APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL MOLDEADO	Cubierta
93.5.2.02	APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL PREVIAMENTE FABRICADO	Cubierta
93.5.3.	APLICACIÓN O CAMBIO DE OTRA ESCAYOLA	Cubierta
Incluye:	ÚNICO PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE LA HERIDA O FRACTURA PARA INMOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE; PARA TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y ADQUIRIDAS (DISPLASIA UNI O BILATERAL); CON USO DE ACRÍLICO, YESO O ARNÉS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	LA INMOVILIZACIÓN REALIZADA EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO	
93.5.3.01	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	Cubierta
93.5.3.02	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	Cubierta
93.5.3.03	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	Cubierta
93.5.3.04	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	Cubierta
93.5.3.05	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	Cubierta
93.5.3.06	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)	Cubierta
93.5.3.07	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA) Y CÓCCIX	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.5.4.	APLICACIÓN DE FÉRULA	Cubierta
Incluye:	<i>ÚNICO PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE LA HERIDA O FRACTURA PARA INMOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE; EN EL MANEJO ORTOPÉDICO DE DEDO EN BOTONERA, CUELLO DE CISNE, MARTILLO O GATILLO</i>	
93.5.4.00	APLICACIÓN DE FÉRULA SOD	Cubierta
93.5.5.	APLICACIÓN DE ALAMBRE DENTAL	No Cubierta
93.5.5.00	APLICACIÓN DE ALAMBRE DENTAL SOD	No Cubierta
93.5.6.	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN	No Cubierta
93.5.6.00	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN (VENDA DE GIBNEY, ROBERT JONES, SHANTZ) SOD	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.5.7.	APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA	Cubierta
93.5.7.00	APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD	Cubierta
93.5.9.	OTRA INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA	Cubierta
93.5.9.01	APLICACIÓN DE VENDAJE DE VELPEAU	Cubierta
93.6.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO	
93.6.1.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA MOVILIZACIÓN GENERAL	Cubierta
93.6.1.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA MOVILIZACIÓN GENERAL (TRATAMIENTO GENERAL DE ARTICULACIONES) SOD	Cubierta
93.6.2.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE ALTA VELOCIDAD Y BAJA AMPLITUD (FUERZAS DE EMPUJE)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	TRATAMIENTO CON FUERZAS DE EMPUJE	
93.6.2.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE ALTA VELOCIDAD Y BAJA AMPLITUD (FUERZAS DE EMPUJE) SOD	Cubierta
93.6.3.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE BAJA VELOCIDAD Y ALTA AMPLITUD (FUERZAS DE RESORTE)	Cubierta
Incluye:	FUERZAS DE RESORTE	
93.6.3.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE BAJA VELOCIDAD Y ALTA AMPLITUD (FUERZAS DE RESORTE) SOD	Cubierta
93.6.4.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS ISOTÓNICAS E ISOMÉTRICAS	Cubierta
93.6.4.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS ISOTÓNICAS E ISOMÉTRICAS SOD	Cubierta
93.6.5.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS INDIRECTAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.6.5.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS INDIRECTAS SOD	Cubierta
93.6.6.	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA DESPLAZAR LÍQUIDOS DE TEJIDOS	Cubierta
93.6.6.00	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA DESPLAZAR LÍQUIDOS DE TEJIDOS (BOMBA LINFÁTICA) SOD	Cubierta
93.6.8.	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA	Cubierta
93.6.8.00	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA SOD	Cubierta
93.7.	REHABILITACIÓN DEL HABLA, DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN	
93.7.0.	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	Cubierta
93.7.0.00	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICIÓN O COMUNICACIÓN</i>	
93.7.1.	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE	Cubierta
93.7.1.01	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO	Cubierta
93.7.2.	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL HABLA Y DEGLUCIÓN	Cubierta
Incluye:	<i>PATRONES MIOFUNCIONALES OROFACIALES Y FUNCIÓN DEGLUTORIA ENTRE OTROS</i>	
93.7.2.01	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL HABLA	Cubierta
93.7.2.02	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA VOZ	Cubierta
93.7.2.03	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA DEGLUCIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.7.3.	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS	Cubierta
93.7.3.00	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD	Cubierta
93.7.4.	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS	Cubierta
93.7.4.00	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS SOD	Cubierta
93.7.5.	OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA	Cubierta
Incluye:	<i>DISPOSITIVO MÉDICO</i>	
93.7.5.01	ADAPTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE VOZ O DISPOSITIVOS ORALES	Cubierta
93.7.5.02	ADAPTACIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS DE COMUNICACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.8.	OTRA TERAPIA DE REHABILITACIÓN	
93.8.3.	TERAPIA OCUPACIONAL	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLOS PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES PARA LA PROTECCIÓN DE SALUD DE LOS TRABAJADORES</i>	
93.8.3.01	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BÁSICAS COTIDIANAS)	Cubierta
93.8.3.02	TERAPIA OCUPACIONAL EN MANEJO ADECUADO DE TIEMPO LIBRE Y JUEGO	Cubierta
93.8.3.03	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOSCITIVO, SOCIOAFECTIVOS Y ERGONÓMICOS PARA ENTRENAMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACIÓN LABORAL, SOCIAL Y FAMILIAR Y EN USO DE TECNOLOGÍA DE REHABILITACIÓN</i>	
93.8.3.10	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN INTEGRACIÓN LABORAL Y SOCIAL	Cubierta
93.8.5.	REHABILITACIÓN PROFESIONAL (VOCACIONAL)	No Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA REALIZADA EN LOS TRABAJADORES CON INCAPACIDAD TEMPORAL Y PERMANENTE PARCIAL COMO PARTE DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL; EMPLEO PROTEGIDO, EVALUACIÓN, FORMACIÓN, O RECONVERSIÓN PROFESIONAL</i>	
93.8.5.01	REHABILITACIÓN PROFESIONAL (VOCACIONAL) FAMILIAR, ESCOLAR O LABORAL	No Cubierta
93.8.6.	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD (FÍSICA, SENSORIAL O MENTAL)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	LA COMBINACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y TÉCNICAS INTERDISCIPLINARIAS SUSCEPTIBLES DE MEJORAR EL PRONÓSTICO FUNCIONAL; EL CONJUNTO ORGANIZADO DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES TENDIENTES A DESARROLLAR O RESTAURAR LA FUNCIÓN FÍSICA, MENTAL O SOCIAL	
93.8.6.10	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD TRANSITORIA LEVE	Cubierta
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÁXIMO DE SEIS SEMANAS CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE DOS TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA	
93.8.6.11	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD TRANSITORIA MODERADA	Cubierta
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÍNIMO DE SEIS SEMANAS Y MÁXIMO DE DIEZ SEMANAS, CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE DOS TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA	
93.8.6.12	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD TRANSITORIA SEVERA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÍNIMO DE VEINTIUN SEMANAS Y MÁXIMO DE TREINTA Y OCHO SEMANAS, CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE TRES TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA	
93.8.6.60	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	Cubierta
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÁXIMO DE TRES MESES, CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE DOS TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA	
93.8.6.61	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	Cubierta
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÍNIMO DE TRES MESES Y MÁXIMO DE SEIS MESES, CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE DOS TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA	
93.8.6.62	REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN Y AUTOGESTIÓN EN UN TIEMPO MÍNIMO DE NUEVE MESES Y MÁXIMO DE QUINCE MESES, CON PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO MÍNIMO Y PONDERADO DE TRES TERAPEUTAS Y UN ESPECIALISTA	
93.9.	TERAPIAS RESPIRATORIAS	
Excluye:	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA (96.0.1.) Y OTRA VENTILACIÓN MECÁNICA CONTINUA (96.7.0.)	
93.9.0.	RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA [RPPC]	Cubierta
93.9.0.00	RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA [RPPC] SOD	Cubierta
93.9.1.	RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE [RPPI]	Cubierta
93.9.1.00	RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE [RPPI] SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.9.3.	MÉTODOS DE RESUCITACIÓN NO MECÁNICOS	Cubierta
93.9.3.00	MÉTODOS DE RESUCITACIÓN NO MECÁNICOS (RESPIRACIÓN ARTIFICIAL, BOCA A BOCA, MANUAL) SOD	Cubierta
93.9.4.	TERAPIA RESPIRATORIA	Cubierta
93.9.4.01	MEDICACIÓN RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACIÓN (AEROSOLTERAPIA)	Cubierta
93.9.4.02	NEBULIZACIÓN	Cubierta
93.9.4.03	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Cubierta
Incluye:	<i>PERCUSIÓN, VIBRACIÓN, DRENAJE POSTURAL, SUCCIÓN, MICRONEBULIZACIÓN, ACELERADOR DE FLUJO, TOS ASISTIDA O EJERCICIOS RESPIRATORIOS</i>	
93.9.5.	OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
93.9.5.00	OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA SOD	Cubierta
93.9.6.	OTRA TERAPIA CON OXÍGENO	No Cubierta
93.9.6.01	OTRA TERAPIA CON OXÍGENO (EFECTO CITOREDUCTIVO OXIGENADORES TERAPIA CATALÍTICA POR OXIGENOTERAPIA CON OXÍGENO)	No Cubierta
93.9.7.	CÁMARA DE DESCOMPRESIÓN	No Cubierta
93.9.7.00	CÁMARA DE DESCOMPRESIÓN SOD	No Cubierta
93.9.8.	OTRO CONTROL DE PRESIÓN Y COMPOSICIÓN ATMOSFÉRICA	No Cubierta
93.9.8.00	OTRO CONTROL DE PRESIÓN Y COMPOSICIÓN ATMOSFÉRICA (TERAPIA CON HELIO Y AIRE ACONDICIONADO LIBRE DE ANTÍGENOS) SOD	No Cubierta
Capítulo 21 SALUD MENTAL		

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
94.	PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA PSIQUE	
94.0.	EVALUACIÓN Y PRUEBAS PSICOLÓGICAS	
94.0.1.	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE INTELIGENCIA	No Cubierta
94.0.1.00	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) SOD	No Cubierta
94.0.2.	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD	Cubierta
94.0.2.00	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD	Cubierta
94.0.3.	ANÁLISIS DE CARÁCTER (CONDUCTA)	Cubierta
94.0.3.01	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES O DE CONDUCTA	Cubierta
94.0.7.	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA	No Cubierta
94.0.7.00	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) SOD	No Cubierta
94.0.9.	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSICOLÓGICO	Cubierta
Excluye:	<i>LA ENTREVISTA, EVALUACIÓN O VALORACIÓN REALIZADA EN LA CONSULTA POR PSICOLOGÍA (89.0.)</i>	
94.0.9.00	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
94.1.	ENTREVISTAS, CONSULTAS Y EVALUACIONES PSIQUIÁTRICAS	
94.1.1.	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSIQUIÁTRICO	Cubierta
Excluye:	<i>LA ENTREVISTA, EVALUACIÓN O VALORACIÓN REALIZADA EN LA CONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA</i>	
94.1.1.00	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA SOD	Cubierta
94.1.3.	OTRAS ENTREVISTAS Y EVALUACIONES PSIQUIÁTRICAS	Cubierta
94.1.3.01	OTRA ENTREVISTA Y EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICAS	Cubierta
94.1.4.	EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Cubierta
94.1.4.00	EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO SOD	Cubierta
94.2.	SOMATOTERAPIA PSIQUIÁTRICA	
94.2.6.	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON ANESTESIA Y RELAJACIONES [TECAR]	No Cubierta
94.2.6.00	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON ANESTESIA Y RELAJACIONES [TECAR] SOD	No Cubierta
94.3.	PSICOTERAPIA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUELLA PARA EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES COMO EL MANEJO DEL CONFLICTO Y LA NEGOCIACIÓN, COMUNICACIÓN EFECTIVA, INCREMENTO DE AUTOESTIMA, ENTRE OTRAS ESTRATEGIAS</i>	
94.3.1.	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad articulado Resolución 6408 de 2016
94.3.1.01	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad articulado Resolución 6408 de 2016
94.3.1.02	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad articulado Resolución 6408 de 2016
94.3.5.	INTERVENCIÓN EN CRISIS	Cubierta
94.3.5.00	INTERVENCIÓN EN CRISIS SOD	Cubierta
94.4.	OTRAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS EN SALUD MENTAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
94.4.0.	PSICOTERAPIA DE PAREJA	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad articulado Resolución 6408 de 2016
94.4.0.01	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRÍA	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad articulado Resolución 6408 de 2016
94.4.0.02	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGÍA	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad articulado Resolución 6408 de 2016
94.4.1.	PSICOTERAPIA FAMILIAR	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad articulado Resolución 6408 de 2016
94.4.1.01	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRÍA	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad articulado Resolución 6408 de 2016
94.4.1.02	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
		articulado Resolución 6408 de 2016
94.4.2.	PSICOTERAPIA DE GRUPO	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad articulado Resolución 6408 de 2016
94.4.2.01	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRÍA	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad articulado Resolución 6408 de 2016
94.4.2.02	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA	Cubierta condicionada hasta 30 o 60 sesiones de conformidad articulado Resolución 6408 de 2016
94.4.9.	INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD	No Cubierta
94.4.9.01	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR MEDICINA GENERAL	No Cubierta
94.4.9.02	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSIQUIATRÍA	No Cubierta
94.4.9.03	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR ENFERMERÍA	No Cubierta
94.4.9.04	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSICOLOGÍA	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
94.4.9.05	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR TRABAJO SOCIAL	No Cubierta
94.4.9.06	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL.	No Cubierta
94.4.9.10	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD	No Cubierta
94.4.9.15	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	No Cubierta
Capítulo 22 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN SISTEMAS VISUAL Y AUDITIVO		
95.	PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES NO QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL OJO Y OÍDO	
95.0.	EXAMENES DE OJOS GENERAL Y SUBJETIVO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.0.1.	EVALUACIÓN ORTÓPTICA	Cubierta
Incluye:	<i>DETERMINACIÓN DEL ESTADO MOTOR (ORTÓPTICA) Y SENSORIAL (PLEÓPTICA) DEL GLOBO OCULAR</i>	
95.0.1.00	EVALUACIÓN ORTÓPTICA SOD	Cubierta
95.0.2.	EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN	Cubierta
95.0.2.00	EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.0.3.	EVALUACIÓN O EXAMEN OFTALMOLÓGICO ESPECIAL O EXTENDIDO	Cubierta
Incluye:	<i>EXAMEN NEUROOFTALMOLÓGICO; PARA CATARATA ENFERMEDAD RETINAL, GLAUCOMA U OTRA PATOLOGÍA OCULAR</i>	
95.0.3.10	INTERFEROMETRÍA	Cubierta
95.0.5.	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL	Cubierta
95.0.5.01	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFÉRICO CONVENCIONAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	MÉTODOS CONVENCIONALES (PERIMETRÍA POR CONFRONTACIÓN)	
95.0.5.05	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFÉRICO COMPUTARIZADO	Cubierta
95.0.6.	OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS EN OJO	Cubierta
95.0.6.01	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	Cubierta
Incluye:	AQUELLA PARA TAMIZAJE VISUAL EN LA POBLACIÓN GENERAL COMO EN PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES ENTRE OTROS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.0.6.10	RECuento DE CÉLULAS ENDOTELIALES	Cubierta
95.1.	EXAMENES DE FORMA Y ESTRUCTURA DE OJO	
95.1.1.	FOTOGRAFÍA DE SEGMENTO ANTERIOR O POSTERIOR DEL OJO	Cubierta
95.1.1.01	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR O POSTERIOR DEL OJO	Cubierta
95.1.2.	ANGIORETINOFLUORESCENOGRFÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.1.2.01	ANGIOGRAFÍA OCULAR (ANGIORETINOFLUORESCENOGRFIA)	Cubierta
95.1.3.	ESTUDIO DE OJO CON ULTRASONIDO	Cubierta
95.1.3.01	ECOGRFIA OCULAR MODO A Y B, CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS – ACR	Cubierta
95.1.3.21	DUPLEX SCANNING [DOPPLER - ECOGRFÍA] DE VASOS OCULARES (ARTERIA Y VENA CENTRAL DE RETINA, ARTERIA OFTÁLMICA Y VASOS CILIARES) A COLOR	Cubierta
95.1.4.	ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL OJO	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.1.4.01	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE OJO	No Cubierta
95.1.5.	TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA	Cubierta
95.1.5.00	TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA SOD	Cubierta
95.1.6.	TOMOGRAFÍAS ÓPTICAS COHERENTES DE ESTRUCTURAS OCULARES	No Cubierta
95.1.6.01	TOMOGRAFIA ÓPTICA COHERENTE DE ESTRUCTURA OCULAR	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.1.6.02	ANGIOTOMOGRAFIA ÓPTICA COHERENTE	No Cubierta
95.1.8.	OCULOPLETISMOGRAFÍA	Cubierta
95.1.8.00	OCULOPLETISMOGRAFÍA SOD	Cubierta
95.2.	PRUEBAS OBJETIVAS DEL FUNCIONAMIENTO DEL OJO	
Excluye:	<i>AQUELLA CON POLISOMNOGRAMA (89.1.7.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.2.0.	BIOMETRÍA OCULAR	Cubierta
95.2.0.00	BIOMETRÍA OCULAR SOD	Cubierta
95.2.1.	ELECTRORRETINOGRAFÍA	Cubierta
95.2.1.00	ELECTRORRETINOGRAFÍA SOD	Cubierta
95.2.2.	ELECTROOCULOGRAMA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.2.2.00	ELECTROOCULOGRAMA SOD	Cubierta
95.2.3.	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES	Cubierta
95.2.3.01	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES (UNI O BILATERALES)	Cubierta
95.2.5.	PAQUIMETRÍA	Cubierta
95.2.5.00	PAQUIMETRÍA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.2.6.	TONOGRAFÍA OCULAR, PRUEBAS DE PROVOCACIÓN Y OTRAS PRUEBAS DE GLAUCOMA	Cubierta
95.2.6.01	TONOGRAFÍA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS	Cubierta
95.2.9.	PRUEBA DE PROVOCACIÓN CONJUNTIVAL CON ALERGENOS ESPECÍFICOS	No Cubierta
95.2.9.00	PRUEBA DE PROVOCACIÓN CONJUNTIVAL CON ALERGENOS ESPECÍFICOS SOD	No Cubierta
95.3.	PROCEDIMIENTOS VISUALES ESPECIALES	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.3.4.	ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS OCULARES	No Cubierta
95.3.4.00	ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS OCULARES SOD	No Cubierta
95.3.5.	TERAPÉUTICA ORTÓPTICA	Cubierta
95.3.5.01	TERAPIA ORTÓPTICA	Cubierta
95.3.5.02	TERAPIA PLEÓPTICA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.3.8.	BETATERAPIA	Cubierta
95.3.8.00	BETATERAPIA SOD	Cubierta
95.4.	PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL OÍDO	
95.4.1.	AUDIOMETRÍA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA PARA TAMIZAJE AUDITIVO EN LA POBLACIÓN GENERAL COMO EN PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.4.1.01	REACTOMETRÍA	Cubierta
95.4.1.02	AUDIOMETRÍA POR OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO	Cubierta
95.4.1.03	AUDIOMETRÍA POR REFUERZO VISUAL	Cubierta
95.4.1.04	AUDIOMETRÍA POR JUEGO CONDICIONADO	Cubierta
95.4.1.05	LOGOAUDIOMETRÍA POR SEÑALAMIENTO DE LÁMINAS Y REPETICIÓN DE PALABRAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.4.1.06	MEDIDAS DE COMUNICACIÓN FUNCIONAL	Cubierta
95.4.1.07	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS AÉREOS Y ÓSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRÍA TONAL]	Cubierta
95.4.3.	EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA	Cubierta con aclaración
95.4.3.01	LOGOAUDIOMETRÍA	Cubierta
Incluye:	RECONOCIMIENTO DE LA VOZ, Y DISCRIMINACIÓN DEL HABLA CON ENMASCARAMIENTO APROPIADO O CURVA FUNCIÓN INTENSIDAD- DISCRIMINACIÓN DEL HABLA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.4.3.02	INMITANCIA ACÚSTICA (IMPEDANCIOMETRÍA)	Cubierta
Incluye:	<i>TIMPANOMETRÍA, GRADIENTE, VOLUMEN FÍSICO DEL CANAL, COMPLACENCIA, PRESIÓN DEL OÍDO MEDIO Y MEDICIÓN DEL UMBRAL DEL REFLEJO ESTAPEDIAL (IPSILATERAL Y CONTRALATERAL)</i>	
95.4.3.04	INMITANCIA ACÚSTICA MULTIFRECUENCIA	Cubierta
Incluye:	<i>TIMPANOMETRÍA, GRADIENTE, VOLUMEN FÍSICO DEL CANAL, COMPLACENCIA, PRESIÓN DEL OÍDO MEDIO Y MEDICIÓN DEL UMBRAL DEL REFLEJO ESTAPEDIAL (IPSILATERAL Y CONTRALATERAL)</i>	
95.4.3.05	ACUFENOMETRÍA [TINNITUGRAMA]	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.4.3.06	EVALUACIÓN ELECTROACÚSTICA FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO	Cubierta
95.4.3.07	LOGOAUDIOMETRÍA SENSIBILIZADA	Cubierta
Incluye:	PRUEBAS DE LENGUAJE CON COMPETENCIA IPSI Y CONTRALATERAL	
95.4.3.10	PRUEBAS DE CONTEXTO CERRADO Y CONTEXTO ABIERTO (DISCRIMINACIÓN)	No Cubierta
Incluye:	EVALUACIÓN DE REHABILITACIÓN AUDIOLÓGICA, EN CANDIDATOS A IMPLANTE COCLEAR	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.4.3.11	PRUEBAS DE DESÓRDENES DEL PROCESAMIENTO AUDITIVO CENTRAL	No Cubierta
Incluye:	<i>PRUEBAS DE PROCESAMIENTO TEMPORAL, PRUEBAS DE HABLA DICÓTICA, PRUEBAS DE HABLA MONONEURALES DE BAJA REDUNDANCIA, PRUEBAS DE INTERACCIÓN BINAURAL ENTRE OTRAS</i>	
95.4.3.12	PRUEBAS DE SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN	No Cubierta
Incluye:	<i>COMPARACION DEL UMBRAL DE TONOS PUROS CON EL UMBRAL DE RECONOCIMIENTO DEL HABLA, RETRASO DE LA RETROALIMENTACIÓN AUDITIVA, [PRUEBA DE STENGER, PRUEBA DE LOMBARD Y PRUEBA DE CARTHART]</i>	
95.4.3.13	PRUEBAS DE RECLUTAMIENTO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>PRUEBA CAMPO DINÁMICO [METZ], DESEMPEÑO DE LA FUNCIÓN DE LA INTENSIDAD, PRUEBA DE ÍNDICE DE SENSIBILIDAD PARA INCREMENTOS CORTOS DE INTENSIDAD, ENTRE OTRAS</i>	
95.4.3.14	PRUEBAS DE FATIGA ACÚSTICA	Cubierta
Incluye:	<i>PRUEBA DE FATIGA DEL REFELEJO ESTAPEDIAL, PRUEBA DE FATIGA DE TONO [TDT], ENTRE OTRAS</i>	
95.4.4.	PRUEBAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR	Cubierta con aclaración
95.4.4.01	PRUEBAS CLÍNICAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUELLAS PRUEBAS DIX HILLPIKE, ROLL TEST, BABINSKY, ROMBERG, UTEMBERGER, HEAD SHAKING, ENTRE OTROS.</i>	
95.4.4.02	ELECTRONISTAGMOGRAFÍA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFÍA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLAS PRUEBAS CALÓRICAS O TÉRMICAS, EVALUACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS OCULARES PRODUCIDOS ESPONTÁNEAMENTE O ANTE ESTIMULACIÓN VESTIBULAR Y USO DE VIDEO.</i>	
95.4.4.03	EVALUACIÓN DEL REFLEJO VESTÍBULO OCULO MOTOR ASISTIDO	Cubierta
Incluye:	<i>USO DE VIDEO</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.4.4.04	POSTUROGRAFÍA ESTÁTICA	No Cubierta
95.4.4.05	POSTUROGRAFÍA DINÁMICA	No Cubierta
95.4.6.	OTRAS PRUEBAS AUDITIVAS Y VESTIBULARES	Cubierta con aclaración
95.4.6.01	EMISIONES OTOACÚSTICAS	No Cubierta
Incluye:	MEDICIÓN CON PRODUCTOS DE DISTORSIÓN, MEDICIÓN CON TRANSIENTES	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.4.6.02	ELECTROCOCLEOGRAFÍA [ECOG]	Cubierta
95.4.6.03	METODO DE DESPLAZAMIENTO [PROETZ]	Cubierta
95.4.6.10	LIBERACIÓN Y REPOSICIONAMIENTO CANALICULAR (TERAPIA DE REHABILITACIÓN VESTIBULAR PERIFÉRICA)	No Cubierta
95.4.6.20	PRUEBA DE PROMONTORIO	No Cubierta
95.4.6.24	POTENCIALES EVOCADOS MIOGÉNICOS VESTIBULARES OCULARES	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.4.6.25	POTENCIALES EVOCADOS MIOGÉNICOS VESTIBULARES CERVICALES	No Cubierta
95.4.6.26	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICIÓN DE INTEGRIDAD	Cubierta
Incluye:	ANÁLISIS DEL SITIO DE LA LESIÓN	
95.4.6.27	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA ANÁLISIS DE HABITUACIÓN Y SINCRONÍA NEURAL	Cubierta
Incluye:	ALTA RATA (PRUEBA DE HABITUACIÓN), PRUEBA DE DIS-SINCRONÍA NEURAL AUDITIVA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.4.6.28	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA POR VÍA ÓSEA	Cubierta
95.4.6.29	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCIÓN INTENSIDAD-LATENCIA	Cubierta
Incluye:	UMBRALES ELECTROFISIOLÓGICOS CON ESTÍMULO CLICK, UMBRALES DE FRECUENCIA ESPECÍFICA, UMBRALES CON ESTADO ESTABLE	
95.4.6.30	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE LATENCIA MEDIA Y LATENCIA TARDÍA	Cubierta
Incluye:	LATENCIA MEDIA (AMRL), RESPUESTA AUDITIVA TARDÍA (LATENCIA LARGA ARL), RESPUESTA P300 O RESPUESTA DE DISCORDANCIA DE LA NEGATIVIDAD (MMN), ENTRE OTRAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.4.6.31	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PRÓTESIS AUDITIVAS	Cubierta
Incluye:	<i>POTENCIALES ELÉCTRICOS O POTENCIALES EN CAMPO LIBRE CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PRÓTESIS AUDITIVAS</i>	
95.4.8.	ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Cubierta
Incluye:	<i>PRÓTESIS PROGRAMABLES ANÁLOGAS O DIGITALES COMO AUDÍFONOS, SISTEMAS DE CONECTIVIDAD (FM), SISTEMAS DE ESTIMULACIÓN CONTRALATERAL (CROS, BICROS), AUDÍFONOS DE CONDUCCIÓN ÓSEA NO QUIRÚRGICOS, ENTRE OTROS.</i>	
95.4.8.01	EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	UMBRALES DE MOLESTIA, INCOMODIDAD Y DOLOR, CON TONOS Y CON HABLA, ÍNDICES DE DISCRIMINACIÓN, APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE EL IMPACTO COMUNICATIVO SOCIAL Y AFECTIVO DE LA PÉRDIDA AUDITIVA, TOMA DE IMPRESIONES, ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	
95.4.8.02	MONITOREO DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Cubierta
Incluye:	EVALUACIÓN, ORIENTACIÓN, VALIDACIÓN Y SEGUIMIENTO AUDIOLÓGICO; PROGRAMACIÓN AUDIOLÓGICA DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES Y NO IMPLANTABLES	
95.4.8.03	EVALUACIÓN DE LA GANANCIA FUNCIONAL CON DISPOSITIVO AUDITIVO	Cubierta
Incluye:	MEDICIÓN OBJETIVA CON Sonda EN OIDO REAL DEL PACIENTE CON Y SIN AUDÍFONO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
95.4.9.	OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL OÍDO	Cubierta
95.4.9.01	FOTOGRAFÍA DEL PABELLÓN AURÍCULAR (PREQUIRÚRGICA EN OTOPLASTIAS O RECONSTRUCCIÓN)	Cubierta
95.4.9.03	REVISIÓN Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE	Cubierta
95.4.9.04	REVISIÓN Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO NO IMPLANTABLE	Cubierta
Capítulo 23 OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS		
96.	INTUBACIÓN E IRRIGACIÓN NO QUIRÚRGICOS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
96.0.	INTUBACIÓN NO OPERATORIA DE TRACTOS GASTROINTESTINAL Y RESPIRATORIO	
96.0.1.	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA NASOFARÍNGEA	Cubierta
96.0.1.00	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA NASOFARÍNGEA SOD	Cubierta
96.0.2.	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA	Cubierta
96.0.2.00	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA SOD	Cubierta
96.0.3.	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OBTURADA ESOFÁGICA	Cubierta
96.0.3.00	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OBTURADA ESOFÁGICA SOD	Cubierta
96.0.4.	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
96.0.4.01	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA	Cubierta
96.0.4.02	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL DOBLE LUZ	Cubierta
96.0.4.03	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON BLOQUEADOR SELECTIVO	Cubierta
96.0.4.04	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON Sonda LUMINOSA	Cubierta
96.0.4.05	INSERCIÓN DE CÁNULA JET TRANSTRAQUEAL	Cubierta
96.0.5.	OTRA INTUBACIÓN DE TRACTO RESPIRATORIO	Cubierta
96.0.5.01	INSERCIÓN DE MÁSCARA LARÍNGEA	Cubierta
96.0.5.02	INSERCIÓN DE CÁNULA OROFARÍNGEA CON BALÓN (C.O.P.A.)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
96.0.6.	INSERCIÓN DE TUBO O Sonda (TAPONAMIENTO ESOFÁGICO)	Cubierta
96.0.6.00	INSERCIÓN DE TUBO O Sonda (TAPONAMIENTO ESOFÁGICO) SOD	Cubierta
96.0.7.	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O Sonda NASO-GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN)	Cubierta
96.0.7.00	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O Sonda NASO-GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN) SOD	Cubierta
96.0.8.	INSERCIÓN DE TUBO O Sonda NASO-INTESTINAL (DESCOMPRESIÓN)	Cubierta
96.0.8.01	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE Sonda NASOYEYUNAL	Cubierta
96.0.9.	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O Sonda RECTAL	Cubierta
96.0.9.00	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O Sonda RECTAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
96.1.	OTRA INSERCIÓN NO QUIRÚRGICA	
Excluye:	<i>INTUBACIÓN NASOLAGRIMAL (09.4.4.)</i>	
96.1.2.	INSERCIÓN ADAPTACIÓN DE APARATO ORTOPÉDICO ORAL	No Cubierta
96.1.2.00	INSERCIÓN ADAPTACIÓN DE APARATO ORTOPÉDICO ORAL SOD	No Cubierta
96.1.4.	TAPONAMIENTO VAGINAL	Cubierta
96.1.4.00	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	Cubierta
96.1.6.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS EN URETRA	Cubierta
96.1.6.01	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN URETRA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
96.2.	DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN NO QUIRÚRGICA	
96.2.1.	DILATACIÓN DEL RECTO	Cubierta
96.2.1.00	DILATACIÓN DEL RECTO SOD	Cubierta
96.2.2.	DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL	Cubierta
96.2.2.00	DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL SOD	Cubierta
96.2.3.	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA	Cubierta
96.2.3.00	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA SOD	Cubierta
96.2.4.	DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
96.2.4.00	DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA SOD	Cubierta
96.2.6.	REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL	Cubierta
96.2.6.00	REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL SOD	Cubierta
96.2.7.	REDUCCIÓN MANUAL DE HERNIA	Cubierta
96.2.7.00	REDUCCIÓN MANUAL DE HERNIA SOD	Cubierta
96.3.	IRRIGACIÓN, LIMPIEZA E INSTILACIÓN LOCAL DE TRACTO DIGESTIVO NO QUIRÚRGICA	
96.3.1.	LAVADO GÁSTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACIÓN GÁSTRICA	Cubierta
96.3.1.00	LAVADO GÁSTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACIÓN GÁSTRICA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
96.3.3.	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA	Cubierta
96.3.3.00	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	Cubierta
96.3.8.	EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS	Cubierta
Incluye:	<i>EXTRACCIÓN POR IRRIGACIÓN DE HECES IMPACTADAS</i>	
96.3.8.00	EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS SOD	Cubierta
96.3.9.	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL	Cubierta
96.3.9.00	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD	Cubierta
96.4.	IRRIGACIÓN, LAVADO O LIMPIEZA E INSTILACIÓN LOCAL NO QUIRÚRGICA DE OTROS ÓRGANOS DIGESTIVOS Y GENITOURINARIOS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
96.4.1.	IRRIGACIÓN DE COLECISTOSMÍA Y OTRO TUBO BILIAR	Cubierta
96.4.1.00	IRRIGACIÓN, LAVADO O LIMPIEZA E INSTILACIÓN LOCAL DE COLECISTOSMÍA Y OTRO TUBO BILIAR SOD	Cubierta
96.4.9.	OTRA INSTILACIÓN GENITOURINARIA	Cubierta
96.4.9.00	INSTILACIÓN GENITOURINARIA SOD	Cubierta
96.5.	OTRA IRRIGACIÓN, LAVADO, LIMPIEZA O INSTILACIÓN LOCAL NO QUIRÚRGICAS	
96.5.1.	IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO	Cubierta
Incluye:	<i>IRRIGACIÓN DE CÓRNEA</i>	
96.5.1.00	IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
96.5.2.	LAVADO E IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE OIDOS	Cubierta
96.5.2.01	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	Cubierta
96.5.2.02	CURACIÓN DE OIDO	Cubierta
96.5.2.03	CURACIÓN DE OIDO VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
96.5.3.	IRRIGACIÓN DE CONDUCTOS NAALES Y SENOS PARANAALES	Cubierta
96.5.3.01	IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE CONDUCTOS NAALES	Cubierta
96.5.5.	LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA	Cubierta
96.5.5.00	LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
96.5.9.	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA NO QUIRÚRGICOS	Cubierta
Excluye:	<i>DESBRIDAMIENTO (86.2.2., 86.2.3. Y 86.2.6.)</i>	
96.5.9.01	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA GENERAL	Cubierta
96.5.9.02	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL	Cubierta
96.6.	INFUSIÓN ENTERAL DE SUSTANCIAS NUTRITIVAS CONCENTRADAS	
96.6.1.	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL	Cubierta
96.6.1.01	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL POR Sonda	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>COLOCACIÓN DE Sonda (OROGÁSTRICA,NASODUODENAL, TRANSPILÓRICA) PARA NUTRICIÓN ENTERAL POR MIEMBRO DEL COMITÉ DE SOPORTE METABÓLICO Y NUTRICIONAL</i>	
96.7.	PROCEDIMIENTOS PARA FERTILIZACIÓN	
96.7.0.	OTROS PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA	No Cubierta
96.7.0.01	INSEMINACIÓN ARTIFICIAL	No Cubierta
96.7.0.03	FERTILIZACIÓN IN VITRO SIN INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES	No Cubierta
96.7.0.04	FERTILIZACIÓN IN VITRO CON INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES	No Cubierta
97.	SUSTITUCIÓN Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.0.	SUSTITUCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO GASTROINTESTINAL	
97.0.1.	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA	Cubierta
97.0.1.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA SOD	Cubierta
97.0.2.	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA	Cubierta
97.0.2.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA SOD	Cubierta
97.0.3.	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO	Cubierta
97.0.3.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO SOD	Cubierta
97.0.4.	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.0.4.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO SOD	Cubierta
97.0.5.	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO	Cubierta
97.0.5.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO SOD	Cubierta
97.1.	SUSTITUCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO DE LOS SISTEMAS MUSCULOESQUELÉTICO O TEGUMENTARIO	
97.1.1.	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR	Cubierta
97.1.1.00	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD	Cubierta
97.1.2.	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR	Cubierta
97.1.2.00	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.1.4.	SUSTITUCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA	Cubierta
97.1.4.00	SUSTITUCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA SOD	Cubierta
97.1.5.	SUSTITUCIÓN DE CATÉTER DE HERIDA	Cubierta
97.1.5.00	SUSTITUCIÓN DE CATÉTER DE HERIDA SOD	Cubierta
97.1.6.	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN O DRENAJE DE HERIDA	Cubierta
97.1.6.00	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN O DRENAJE DE HERIDA SOD	Cubierta
97.2.	OTRA SUSTITUCIÓN NO QUIRÚRGICA	
97.2.1.	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN NASAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.2.1.00	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN NASAL SOD	Cubierta
97.2.2.	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN DENTAL	Cubierta
97.2.2.00	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN DENTAL SOD	Cubierta
97.2.3.	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	Cubierta
97.2.3.00	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA SOD	Cubierta
97.2.4.	SUSTITUCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL	Cubierta
97.2.4.00	SUSTITUCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL SOD	Cubierta
97.2.6.	SUSTITUCIÓN DE OTRO TAPÓN O DRENAJE VAGINAL O VULVAR	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.2.6.00	SUSTITUCIÓN DE OTRO TAPÓN (MECHA) O DRENAJE VAGINAL O VULVAR SOD	Cubierta
97.3.	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DE CABEZA Y CUELLO	
97.3.1.	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS OCULAR	Cubierta
97.3.1.00	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS OCULAR SOD	Cubierta
97.3.2.	EXTRACCIÓN DE TAPÓN NASAL	Cubierta
97.3.2.00	EXTRACCIÓN DE TAPÓN NASAL SOD	Cubierta
97.3.3.	EXTRACCIÓN DE FÉRULAS DENTALES	No Cubierta
97.3.3.00	EXTRACCIÓN DE FÉRULAS DENTALES SOD	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.3.4.	EXTRACCIÓN DE APARATOLOGÍA ORTODÓNTICA FIJA	No Cubierta
97.3.4.00	EXTRACCIÓN DE APARATOLOGÍA ORTODÓNTICA FIJA SOD	No Cubierta
97.3.5.	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS DENTAL	No Cubierta
97.3.5.00	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS DENTAL SOD	No Cubierta
97.3.7.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	Cubierta
97.3.7.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA SOD	Cubierta
97.3.8.	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO	Cubierta
97.3.8.00	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS) SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.4.	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DE TÓRAX	
97.4.1.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL	Cubierta
97.4.1.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL SOD	Cubierta
97.4.2.	EXTRACCIÓN DE DREN MEDIASTÍNICO	Cubierta
97.4.2.00	EXTRACCIÓN DE DREN MEDIASTÍNICO SOD	Cubierta
97.4.3.	RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA DE ALAMBRE EN TEJIDO ÓSEO</i>	
97.4.3.00	RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX (RETIRO DE PUNTOS) SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.5.	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DEL SISTEMA DIGESTIVO	
97.5.1.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA	Cubierta
97.5.1.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA SOD	Cubierta
97.5.2.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO DELGADO	Cubierta
97.5.2.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO DELGADO SOD	Cubierta
97.5.3.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APÉNDICE	Cubierta
97.5.3.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APÉNDICE SOD	Cubierta
97.5.4.	EXTRACCIÓN DE TUBO DE COLECISTOSTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.5.4.00	EXTRACCIÓN DE TUBO DE COLECISTOSTOMÍA SOD	Cubierta
97.5.5.	EXTRACCIÓN DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VÍA BILIAR O TUBO HEPÁTICO	Cubierta
97.5.5.00	EXTRACCIÓN DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VÍA BILIAR O TUBO HEPÁTICO SOD	Cubierta
97.5.6.	EXTRACCIÓN DE TUBO O DREN PANCREÁTICO	Cubierta
97.5.6.00	EXTRACCIÓN DE TUBO O DREN PANCREÁTICO SOD	Cubierta
97.5.9.	EXTRACCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DEL APARATO DIGESTIVO	No Cubierta
97.5.9.00	EXTRACCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DEL APARATO DIGESTIVO SOD	No Cubierta
97.6.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DEL SISTEMA URINARIO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.6.1.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE PIELOSTOMÍA O NEFROSTOMÍA	Cubierta
97.6.1.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE PIELOSTOMÍA	Cubierta
97.6.1.02	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE NEFROSTOMÍA	Cubierta
97.6.2.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMÍA O DE CATÉTER URETERAL	Cubierta
97.6.2.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMÍA	Cubierta
97.6.2.02	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ABIERTA	Cubierta
97.6.2.03	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
97.6.3.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS DE CISTOSTOMÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URINARIO PERMANENTE	
97.6.3.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMÍA	Cubierta
97.6.5.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS URETRALES	Cubierta
97.6.5.01	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL	Cubierta
97.7.	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	
97.7.1.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	Cubierta
97.7.1.00	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	Cubierta
97.7.2.	EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.7.2.00	EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO SOD	Cubierta
97.7.3.	EXTRACCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL	Cubierta
97.7.3.00	EXTRACCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL SOD	Cubierta
97.7.5.	EXTRACCIÓN DE TAPÓN (MECHA) VAGINAL O VULVAR	Cubierta
97.7.5.00	EXTRACCIÓN DE TAPÓN (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD	Cubierta
97.8.	OTRA EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO	
97.8.1.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL	Cubierta
97.8.1.00	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
97.8.2.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL	Cubierta
97.8.2.00	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL SOD	Cubierta
97.8.3.	EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL	Cubierta
97.8.3.00	EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL SOD	Cubierta
97.8.8.	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACIÓN EXTERNO	Cubierta
Incluye:	<i>RETIRO DE APARATO ORTOPÉDICO, ESCAYOLA YESO O FÉRULA EN HOMBRO, BRAZO O CUALQUIER OTRO SITIO NO ESPECIFICADO</i>	
97.8.8.01	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACIÓN EXTERNO	Cubierta
98.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO Y CÁLCULO NO OPERATORIO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
98.1.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL OTROS SITIOS	
Excluye:	<i>EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO (97.3., 97.4., 97.6., 97.7. Y 97.8.)</i>	
98.1.1.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	Cubierta
98.1.1.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	Cubierta
98.1.2.	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN	Cubierta
98.1.2.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA TRANSNASAL	Cubierta
98.1.2.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	Cubierta
98.1.3.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
98.1.3.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE SOD	Cubierta
98.1.4.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARÍNGE	Cubierta
98.1.4.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARÍNGE SOD	Cubierta
98.1.5.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA TRÁQUEA Y BRONQUIO	Cubierta
98.1.5.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA TRÁQUEA Y BRONQUIO SOD	Cubierta
98.1.6.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL ÚTERO	Cubierta
98.1.6.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL ÚTERO SOD	Cubierta
98.1.7.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
98.1.7.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA SOD	Cubierta
98.1.8.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL EN ESTOMA ARTIFICIAL	Cubierta
98.1.8.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL EN ESTOMA ARTIFICIAL SOD	Cubierta
98.1.9.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE URETRA	Cubierta
98.1.9.01	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA URETRA	Cubierta
98.1.9.05	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE URETRA	Cubierta
98.2.	EXTRACCIONES SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL	
Excluye:	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL (98.0. - 98.1.)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
98.2.0.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL	Cubierta
98.2.0.01	EXTRACCIÓN SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL	Cubierta
98.2.1.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN OJO	Cubierta
Incluye:	<i>IRRIGACIÓN PARA EXTRAER CUERPO EXTRAÑO</i>	
98.2.1.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	Cubierta
98.2.1.02	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN Córnea o esclerótica	Cubierta
98.2.2.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO Y CABEZA	Cubierta
Incluye:	<i>EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE PÁRPADO (PIEL)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
98.2.2.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO O CABEZA SOD	Cubierta
98.2.3.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN VULVA	Cubierta
98.2.3.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN VULVA SOD	Cubierta
98.2.4.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO	Cubierta
98.2.4.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO SOD	Cubierta
98.2.5.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN OTRO SITIO SALVO EN VULVA, PENE O ESCROTO	Cubierta
98.2.5.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN OTRO SITIO SALVO EN VULVA, PENE O ESCROTO SOD	Cubierta
98.2.6.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS) Y DE SUTURA	
98.2.6.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO SOD	Cubierta
98.2.7.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO	Cubierta
Incluye:	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS) Y DE SUTURA	
98.2.7.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO SOD	Cubierta
98.2.8.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE	Cubierta
Incluye:	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS) Y DE SUTURA	
98.2.8.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
98.2.9.	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE	Cubierta
Incluye:	<i>EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS) Y DE SUTURA</i>	
98.2.9.00	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE SOD	Cubierta
98.5.	LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE	
98.5.1.	LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN RIÑÓN, URÉTER Y VEJIGA	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA INTRACORPÓREA O POR VÍA ENDOSCÓPICA (55.0. - 55.1.)</i>	
98.5.1.01	LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN CÁLCULOS URINARIOS SIMPLES	Cubierta
98.5.1.02	LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN CÁLCULOS URINARIOS COMPLEJOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
98.5.2.	LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN VESÍCULA O CONDUCTO BILIAR	Cubierta
98.5.2.00	LITOTRIPICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN VESÍCULA O CONDUCTO BILIAR SOD	Cubierta
Capítulo 24 PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS		
99.	PROCEDIMIENTOS PROFILÁCTICOS, TERAPÉUTICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS	
Incluye:	<i>PROCEDIMIENTOS PROFILÁCTICOS O TERAPÉUTICOS NO QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON LAS FASES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y REHABILITACIÓN</i>	
99.0.	EDUCACIÓN EN SALUD	
Excluye:	<i>LA ACTIVIDAD DE ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DURANTE LA CONSULTA O EL CONTROL (OMITIR CÓDIGO)</i>	
99.0.1.	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	GRUPO MÁXIMO DE TREINTA PERSONAS, SESIÓN MÁXIMO DE CIENTOVEINTE MINUTOS	
99.0.1.01	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	Cubierta
99.0.1.02	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	Cubierta
99.0.1.03	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA	Cubierta
99.0.1.04	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	Cubierta
99.0.1.05	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Cubierta
99.0.1.06	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA	Cubierta
99.0.1.07	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	Cubierta
99.0.1.08	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA	Cubierta
99.0.1.09	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR TERAPIA OCUPACIONAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.0.1.10	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	Cubierta
99.0.1.11	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	Cubierta
Excluye:	<i>EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD POR PROMOTOR DE SANEAMIENTO AMBIENTAL (A1.0., A4.)</i>	
99.0.1.12	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	Cubierta
99.0.1.13	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Cubierta
99.0.1.21	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS METABÓLICAS	Cubierta
99.0.1.22	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS CARDIOVASCULARES	Cubierta
99.0.1.23	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y APOYO A LA VIGILANCIA DE INDICADORES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.0.1.24	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO E IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACION EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Cubierta
99.0.2.	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD	Cubierta
Incluye:	SESIÓN MÁXIMO DE TREINTA MINUTOS	
99.0.2.01	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	Cubierta
99.0.2.02	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	Cubierta
99.0.2.03	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA	Cubierta
99.0.2.04	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	Cubierta
99.0.2.05	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Cubierta
99.0.2.06	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.0.2.07	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	Cubierta
99.0.2.08	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA	Cubierta
99.0.2.09	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR TERAPIA OCUPACIONAL	Cubierta
99.0.2.10	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	Cubierta
99.0.2.11	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	Cubierta
Excluye:	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR PROMOTOR DE SANEAMIENTO AMBIENTAL (A1.0., A4.)	
99.0.2.12	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	Cubierta
99.0.2.13	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Cubierta
99.0.2.21	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.0.2.22	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL	Cubierta
99.0.2.23	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES Y LACTANTES	Cubierta
99.0.2.24	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE ADULTO MAYOR	Cubierta
99.1.	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	
Incluye:	<i>INYECCIÓN REALIZADA POR VÍA INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA O HIPODÉRMICA, DE ACCIÓN LOCAL O SISTÉMICA</i>	
Simultáneo:	<i>CODIFICAR SIMULTÁNEAMENTE SITIO DE INYECCIÓN / PERFUSIÓN EJEMPLOS: ARTICULACIÓN (76.9.6. A 81.9.2.), BOLSA SINOVIAL (82.9.4. A 83.9.6.), HÍGADO (50.9.4.), INTRAPERITONEAL (54.9.4.), INTRATECAL (03.9.2.), MAMA (85.9.2.)</i>	
99.1.1.	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH	Cubierta
Incluye:	<i>INYECCIÓN DE GLOBULINA ANTI-D (RHESUS) O RHoGam</i>	
99.1.1.00	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.1.2.	INMUNIZACIÓN PARA ALERGIA	No Cubierta
99.1.2.01	INMUNOTERAPIA (HIPOSENSIBILIZACIÓN CON ANTÍGENOS)	No Cubierta
Incluye:	<i>PREPARACIÓN, SUMINISTROS Y APLICACIÓN DE ANTÍGENOS CON UNO O MÁS EXTRACTOS ALERGÉNICOS (AEROALERGENOS, PULGA, INSECTOS, ENTRE OTROS)</i>	
99.1.2.02	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	No Cubierta
99.1.2.03	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBLINGUAL.	No Cubierta
99.1.2.04	DESENSIBILIZACIÓN A MEDICAMENTO	No Cubierta
99.1.2.05	INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL A ALIMENTO	No Cubierta
99.1.4.	APLICACIÓN DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES	Cubierta
99.1.4.01	INYECCIÓN DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.1.4.02	APLICACIÓN INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA	Cubierta
99.1.4.03	APLICACIÓN INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA	Cubierta
99.1.5.	INFUSIÓN PARENTERAL DE SUSTANCIAS NUTRITIVAS CONCENTRADAS	Cubierta
Incluye:	<i>PREPARACIÓN, ENVASE, CUIDADOS Y CONTROL DE INFUSIÓN, PARENTERAL PERIFÉRICA O TOTAL</i>	
99.1.5.01	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN PARENTERAL	Cubierta
Incluye:	<i>COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA NUTRICIÓN PARENTERAL POR MIEMBRO DEL COMITÉ DE SOPORTE METABÓLICO Y NUTRICIONAL</i>	
99.1.6.	INYECCIÓN DE ANTÍDOTO	Cubierta
Incluye:	<i>INYECCIÓN DE ANTAGONISTA DE METAL PESADO Y DE ANTIVENENO</i>	
99.1.6.00	INYECCIÓN DE ANTÍDOTO SOD	Cubierta
99.1.8.	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ELECTROLITOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA EN ÁMBITOS INTRAHOSPITALARIO, AMBULATORIO O DOMICILIARIO	
99.1.8.00	INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	Cubierta
99.2.	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRAS SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS O PROFILÁCTICA	
Incluye:	INYECCIÓN REALIZADA POR VÍA INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA O HIPODÉRMICA, DE ACCIÓN LOCAL O SISTÉMICA	
99.2.1.	ADMINISTRACIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO	Cubierta
Incluye:	AQUELLA APLICACIÓN INTRAHOSPITALARIA, AMBULATORIA O DOMICILIARIA	
99.2.1.01	INFILTRACIÓN, IRRIGACIÓN O INSTILACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA	Cubierta
99.2.1.02	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO	Cubierta
99.2.2.	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL	Cubierta
99.2.2.00	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.2.3.	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE	Cubierta
99.2.3.00	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE SOD	Cubierta
99.2.5.	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE RÉGIMEN DE QUIMIOTERAPIA (1)	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA EN ÁMBITOS INTRAHOSPITALARIO, AMBULATORIO O DOMICILIARIO</i>	
99.2.5.01	QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN	Cubierta
99.2.5.02	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	Cubierta
99.2.5.03	MONOQUIMIOTERAPIA (CICLO DE TRATAMIENTO)	Cubierta
99.2.5.04	POLIQUIMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	Cubierta
99.2.5.05	POLIQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)	Cubierta
99.2.5.06	ADMINISTRACIÓN (INFUSIÓN O PERFUSIÓN) DE QUIMIOTERAPIA INTRARTERIAL (REGIONAL)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.2.5.07	ADMINISTRACIÓN (INFUSIÓN O PERFUSIÓN) DE QUIMIOTERAPIA EN CAVIDADES	Cubierta
99.2.8.	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLÓGICA	Cubierta
99.2.8.00	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLÓGICA SOD	Cubierta
99.2.9.	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRAS SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS Y PROFILÁCTICAS	Cubierta
99.2.9.01	INYECCIÓN DE VITAMINA K	Cubierta
99.2.9.90	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	Cubierta
99.3.	VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	
Incluye:	<i>AQUELLA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES</i>	
Excluye:	<i>INFUSIÓN O INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH (99.1.1.), DE GAMMA GLOBULINA O SUEROS INMUNES (99.1.4.), INMUNIZACIÓN PARA ALERGIAS (99.1.2.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.3.1.	VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	Cubierta
99.3.1.01	VACUNACIÓN CONTRA CÓLERA	Cubierta
99.3.1.02	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	Cubierta
99.3.1.03	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC o BC)	Cubierta
99.3.1.04	VACUNACIÓN CONTRA Haemophilus influenza tipo b	Cubierta
99.3.1.05	ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE DIFTÉRICO	Cubierta
Excluye:	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DIFTÉRICA (99.4.3.), VACUNAS COMBINADA QUE LO INCLUYEN (99.3.1.07, 99.3.1.09 - 99.3.1.14)	
99.3.1.06	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	Cubierta
99.3.1.07	ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE DE TÉTANOS	Cubierta
Excluye:	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA (99.4.1.), VACUNAS COMBINADA QUE LO INCLUYEN (99.3.1.07, 99.3.1.09 - 99.3.1.14)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.3.1.20	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]	Cubierta
99.3.1.21	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]	Cubierta
99.3.1.22	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	Cubierta
99.3.1.23	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	Cubierta
99.3.1.24	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y Hepatitis B (TETRAVALENTE)	Cubierta
99.3.1.25	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y POLIOMELITIS (IVP)	Cubierta
99.3.1.30	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	Cubierta
99.3.1.31	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	Cubierta
99.3.5.	VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES VÍRICAS	Cubierta
99.3.5.01	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMELITIS (VOP O IVP)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.3.5.02	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A	Cubierta
99.3.5.03	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B	Cubierta
99.3.5.04	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	Cubierta
99.3.5.05	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	Cubierta
99.3.5.06	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	Cubierta
Excluye:	VACUNA COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS, RUBEÓLA (99.3.5.22)	
99.3.5.07	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	Cubierta
Excluye:	VACUNA COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS, RUBEÓLA (99.3.5.22)	
99.3.5.08	VACUNACIÓN CONTRA RUBEÓLA	Cubierta
Excluye:	VACUNA COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS, RUBEÓLA (99.3.5.22)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.3.5.09	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	Cubierta
99.3.5.10	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	Cubierta
99.3.5.12	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	Cubierta
99.3.5.13	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	Cubierta
99.3.5.20	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEÓLA [SR] (DOBLE VIRAL)	Cubierta
99.3.5.21	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Hepatitis A Y Hepatitis B	Cubierta
99.3.5.22	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBEÓLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	Cubierta
99.4.	ADMINISTRACIÓN PROFILÁCTICA DE ANTITOXINAS	
99.4.1.	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA	Cubierta
99.4.1.00	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.4.2.	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DE BOTULISMO	Cubierta
99.4.2.00	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DE BOTULISMO SOD	Cubierta
99.4.3.	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DIFTÉRICA	Cubierta
99.4.3.00	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DIFTÉRICA SOD	Cubierta
99.5.	VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA OTRAS ENFERMEDADES	
99.5.1.	VACUNACIÓN CONTRA MALARIA	Cubierta
99.5.1.01	VACUNACIÓN CONTRA LA MALARIA	Cubierta
99.5.2	OTRAS VACUNACIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	Cubierta
99.5.2.01	OTRA VACUNACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	Cubierta
99.6.	CONVERSIÓN DEL RITMO CARDÍACO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Excluye:	<i>MASAJE CARDÍACO A TÓRAX ABIERTO (37.9.1.)</i>	
99.6.1.	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA	Cubierta
Incluye:	<i>DESFIBRILACIÓN, CONVERSIÓN A RITMO SINUSAL, CARDIOVERSIÓN EXTERNA, ESTIMULACIÓN CON ELECTRODOS EXTERNOS</i>	
99.6.1.01	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO ELECTIVA	Cubierta
99.6.1.02	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO	Cubierta
99.6.3.	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX CERRADO	Cubierta
Incluye:	<i>MASAJE CARDÍACO EXTERNO MANUAL</i>	
99.6.3.00	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX CERRADO SOD	Cubierta
99.6.4.	ESTIMULACIÓN DE SENO CAROTÍDEO	Cubierta
99.6.4.00	ESTIMULACIÓN DE SENO CAROTÍDEO SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.6.9.	OTRA CONVERSIÓN DEL RITMO CARDÍACO O RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR	Cubierta
99.6.9.01	OTRA CONVERSIÓN DE RITMO CARDÍACO O RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR	Cubierta
99.7.	PROCEDIMIENTOS PROFILÁCTICOS EN SALUD ORAL	
99.7.1.	APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS EN DIENTES	Cubierta
99.7.1.01	APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO	Cubierta
99.7.1.02	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	Cubierta
99.7.1.03	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN GEL	Cubierta
99.7.1.04	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN SOLUCIÓN	Cubierta
99.7.1.05	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	Cubierta
99.7.1.06	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.7.3.	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL [CONTROL MECÁNICO DE PLACA]	Cubierta
Incluye:	<i>MEDICIÓN Y ELIMINACIÓN DE CÁLCULOS O PLACA, PULIDO Y DESBRIDAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE DIENTES O DETARTRAJE POR HIGIENISTA ORAL O POR ODONTÓLOGO</i>	
99.7.3.01	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	Cubierta
99.7.3.10	CONTROL DE PLACA DENTAL	Cubierta
99.8.	PROCEDIMIENTOS FÍSICOS MISCELÁNEOS	
99.8.0.	MONITOREO Y CONTROL DE TEMPERATURA PERIOPERATORIA	Cubierta
Excluye:	<i>AQUELLA QUE HACE PARTE DE OTRO PROCEDIMIENTO (OMITIR CÓDIGO)</i>	
99.8.0.01	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CON USO DE COBIJAS CONVECTIVAS	Cubierta
99.8.0.02	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CON USO DE CALENTADORES DE LÍQUIDOS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.8.0.03	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CON USO DE CALENTADORES ARTERIOVENOSOS	Cubierta
99.8.0.04	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA CON USO DE COLCHONES CALENTADORES	Cubierta
99.8.0.05	SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TEMPERATURA PERIOPERATORIA	Cubierta
99.8.1.	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA	Cubierta
Incluye:	<i>AQUELLA EN TRATAMIENTO DE HIPERTERMIA MALIGNA ENTRE OTRAS CAUSAS</i>	
99.8.1.01	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA CENTRAL	Cubierta
99.8.1.02	MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA LOCAL	Cubierta
99.8.3.	FOTOTERAPIAS	Cubierta
99.8.3.01	FOTOTERAPIA CONTINUA	Cubierta
99.8.3.02	FOTOFERESIS TERAPÉUTICA [FOTOQUIMIOTERAPIA] (PSORIASIS, VITILIGO, LINFOMAS)	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.8.5.	MONITOREO Y CONTROL DE HIPERTERMIA (TERAPIA COMPLEMENTARIA)	Cubierta
99.8.5.01	MONITOREO Y CONTROL DE HIPERTERMIA INDUCIDA (TERAPIA COMPLEMENTARIA)	Cubierta
Incluye:	<i>HIPERTERMIA COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA INDUCIDA POR ULTRASONIDO, RADIOFRECUENCIA DE BAJA ENERGÍA, ESTILETES INTERSTICIALES U OTROS MEDIOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER</i>	
Simultáneo:	<i>CUALQUIER QUIMIOTERAPIA (99.2.5.) O RADIOTERAPIA (92.2.)</i>	
99.8.6.	COLOCACIÓN INCRUENTA DE ESTIMULADOR DEL CRECIMIENTO ÓSEO	No Cubierta
Excluye:	<i>INSERCIÓN QUIRÚRGICA DE ESTIMULADOR ÓSEO (78.9.)</i>	
99.8.6.01	COLOCACIÓN TRANSCUTÁNEA DE APÓSITOS O PARCHES PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO ÓSEO	No Cubierta
99.9.	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS	
99.9.2.	TERAPIA DE FILTROS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
99.9.2.00	TERAPIA DE FILTROS SOD	Cubierta
99.9.3.	PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA	Cubierta
99.9.3.01	ACUPUNTURA	Cubierta
99.9.4.	PROCEDIMIENTOS NEURALTERAPEÚTICOS	Cubierta
99.9.4.01	NEURALTERAPIA SUPERFICIAL (INFILTRACIÓN)	Cubierta
99.9.4.02	NEURALTERAPIA PROFUNDA (INFILTRACIÓN)	Cubierta
Sección 02 PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES SOBRE LA COMUNIDAD, SU ENTORNO Y SALUD		

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Capítulo 25 PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES COLECTIVAS		
A1.	PROMOCIÓN O FOMENTO DE LA SALUD	
Incluye:	<i>LA INTEGRACIÓN DE LAS ACCIONES QUE REALIZAN LA POBLACIÓN, LOS SERVICIOS DE SALUD, LAS AUTORIDADES SANITARIAS, LOS SECTORES SOCIALES Y LOS PRODUCTIVOS CON EL OBJETO DE GARANTIZAR, MÁS ALLÁ DE LA AUSENCIA DE ENFERMEDAD, MEJORES CONDICIONES DE SALUD FÍSICAS, PSÍQUICAS Y SOCIALES DE LOS INDIVIDUOS Y LAS COLECTIVIDADES</i>	
A1.0.	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN	
Excluye:	<i>AQUELLA HACIA EL FOMENTO DE LA SALUD OCUPACIONAL (T1.1., T2.1.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A1.0.0.	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, VACUNACIÓN, SALUD VISUAL Y AUDITIVA, SALUD BUCAL, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SALUD MENTAL, CONVIVENCIA PACÍFICA Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, PREVENCIÓN DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE, ENTRE OTROS</i>	
A1.0.0.01	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE	Cubierta Salud Pública
A1.0.0.02	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL	Cubierta Salud Pública
A1.0.0.03	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE MUJERES GESTANTES Y LACTANTES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A1.0.0.04	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN DE ADULTO MAYOR	Cubierta Salud Pública
A1.0.2.	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>PATOLOGÍAS INFECCIOSAS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA</i>	
A1.0.2.01	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	Cubierta Salud Pública
A1.0.2.02	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR MICROORGANISMOS (BACTERIAS-MICOBACTERIAS, HONGOS, VIRUS, PARÁSITOS)	Cubierta Salud Pública
A1.0.2.03	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR ALIMENTOS Y BEBIDAS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A1.0.2.04	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ZONOSIS	Cubierta Salud Pública
A1.0.3.	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>FOMENTO DE LA DONACION DE ÓRGANOS O TEJIDOS, COMO SANGRE Y SUS COMPONENTES</i>	
A1.0.3.01	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS METABÓLICAS	Cubierta Salud Pública
A1.0.3.02	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS CARDIOVASCULARES	Cubierta Salud Pública
A1.0.3.03	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS ONCOLÓGICAS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A1.0.4.	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN HACIA EL FOMENTO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO FÍSICOS Y QUÍMICOS	Cubierta Salud Pública
A1.0.4.01	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN HACIA EL FOMENTO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS FÍSICOS Y QUÍMICOS, EN EL AGUA PARA CONSUMO HUMANO	Cubierta Salud Pública
A1.0.4.02	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN HACIA EL FOMENTO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS FÍSICOS Y QUÍMICOS, EN EL AIRE	Cubierta Salud Pública
A1.0.4.03	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN HACIA EL FOMENTO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS FÍSICOS Y QUÍMICOS, EN EL SUELO	Cubierta Salud Pública
A1.0.5.	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN HACIA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A1.0.5.01	DIVULGACIÓN DE BOLETINES EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE LA SITUACIÓN DE CADA EVENTO EN LA POBLACIÓN Y SUS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A1.0.5.02	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE MEDIDAS DE CONTROL DE RIESGOS ASOCIADOS A LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA	Cubierta Salud Pública
A1.1.	POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES	
Incluye:	<p>LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS QUE FAVORECEN O FOMENTAN COMPORTAMIENTOS SALUDABLES, QUE PUEDEN SER PROMULGADAS O APLICADAS EN SECTORES DIFERENTES AL DE SALUD LA CONSTRUCCIÓN DE ESPACIOS SALUDABLES (MUNICIPIOS O ESCUELAS SALUDABLES) E INTEGRA ACCIONES DE SALUD, EDUCACIÓN, ICBF Y OTROS SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA COMUNIDAD; SENSIBILIZAR, APOYAR Y CONCERTAR ACCIONES DIRIGIDAS A FOMENTAR UNA CULTURA DE LA CONVIVENCIA PACÍFICA EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y FAMILIAR</p>	
A1.1.0.	ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO INTERSECTORIAL	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A1.1.0.01	ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN	Cubierta Salud Pública
A1.1.0.02	ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN CONCERTADA	Cubierta Salud Pública
A1.1.0.03	PLANEACIÓN	Cubierta Salud Pública
A1.1.0.04	EJECUCIÓN	Cubierta Salud Pública
A1.1.0.05	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Cubierta Salud Pública
A1.1.1.	ASISTENCIA TÉCNICA DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A1.1.1.10	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL	Cubierta Salud Pública
A2.	PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD	
Incluye:	<i>AQUELLAS ACCIONES DIRIGIDAS A EVITAR QUE EL DAÑO EN LA SALUD O LA ENFERMEDAD APAREZCAN, SE PROLONGUEN, OCASIONEN DAÑOS MAYORES O GENEREN SECUELAS EVITABLES</i>	
A2.0.	GESTIÓN ENPREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD	
A2.0.0.	ASISTENCIA TÉCNICA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD	Cubierta Salud Pública
A2.0.0.01	APOYO A LA VIGILANCIA DE INDICADORES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>NIVEL NACIONAL Y DEPARTAMENTAL; AQUELLAS ATENCIONES EN SALUD ESTABLECIDAS POR EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y CONTENIDAS EN EL ACUERDO 117/98 (ARTICULOS 5º, 6º), RESOLUCIÓN 412/2000 O REGLAMENTACIÓN VIGENTE</i>	
A2.0.0.02	ADQUISICIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE INSUMOS Y BIOLÓGICOS	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>DISTRIBUCIÓN, ALMACENAMIENTO; NIVEL NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL PARA LEPROA, TUBERCULOSIS, MALARIA, DENGUE, LEISHMANIASIS ENTRE OTRAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA</i>	
A2.1.	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	
Incluye:	<i>HACE REFERENCIA A LA APLICACIÓN DE ACCIONES O TECNOLOGÍAS QUE PERMITAN Y LOGREN EVITAR LA APARICIÓN INICIAL DE LA ENFERMEDAD MEDIANTE LA PROTECCIÓN FRENTE AL RIESGO AQUELLA PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A2.1.1.	VACUNACIÓN	Cubierta Salud Pública
A2.1.1.01	MONITOREO Y VIGILANCIA DE COBERTURAS DEL ESQUEMA PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	Cubierta Salud Pública
A2.1.1.02	MONITOREO Y VIGILANCIA DE COBERTURA PARA CONTROL DE RABIA (CANINA Y HUMANA) Y ENCEFALITIS EQUINA	Cubierta Salud Pública
A2.2.	ORIENTACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN HACIA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO	
A2.2.0.	ORIENTACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN HACIA DETECCIÓN TEMPRANA	Cubierta Salud Pública
A2.2.0.01	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUELLAS ATENCIONES EN SALUD ESTABLECIDAS POR EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y CONTENIDAS EN EL ACUERDO 117/98 (ARTICULOS 5º, 6º), RESOLUCIÓN 412/2000 O REGLAMENTACIÓN VIGENTE</i>	
A3.	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	
Incluye:	<i>EL SISTEMA QUE DA CUENTA DEL CONJUNTO DE USUARIOS, NORMAS, PROCEDIMIENTOS Y RECURSOS ORGANIZADOS PARA LA RECOPIACIÓN, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DIVULGACIÓN SISTEMÁTICA Y OPORTUNA DE INFORMACIÓN SOBRE EVENTOS DE SALUD, PARA EL USO EN LA ORIENTACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD PÚBLICA DENTRO DEL SGSSS INCLUYENDO LOS RÉGIMENES ESPECIALES ES UNA ESTRATEGIA EN SALUD PÚBLICA POR LA CUAL LA AUTORIDAD SANITARIA PUEDE CUMPLIR SU FUNCIÓN DE GARANTIZAR LA SALUD COLECTIVA BAJO LA RESPONSABILIDAD DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES</i>	
A3.0.	INTERVENCIÓN DE VIGILANCIA RUTINARIA EN SALUD PÚBLICA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.0.0.	VIGILANCIA DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A3.0.0.01	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASOS PROBABLES DE PESTE BUBÓNICA, CÓLERA, FIEBRE AMARILLA Y RABIA HUMANA	Cubierta Salud Pública
A3.0.0.02	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASOS CONFIRMADOS DE LOS OTROS EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA	Cubierta Salud Pública
A3.0.0.03	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGOS DE LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA	Cubierta Salud Pública
A3.0.0.04	DIVULGACIÓN DE ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICOS (ESCENARIOS) POR LUGAR, TIEMPO Y PERSONA	Cubierta Salud Pública
A3.0.0.05	UNIDADES DE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.0.0.20	ASISTENCIA TÉCNICA EN EL ANÁLISIS DE SITUACIONES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A3.0.1.	VIGILANCIA DE RIESGOS DEL AMBIENTE	Cubierta Salud Pública
A3.0.1.01	VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA (MONITOREO DE LA DISTRIBUCIÓN Y EL COMPORTAMIENTO DE LAS ESPECIES VECTORAS DE LAS ETV EN REGIONES ENDÉMICAS, IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y SUSCEPTIBILIDAD DE LOS VECTORES A LOS INSECTICIDAS).	Cubierta Salud Pública
A3.1.	INTERVENCIÓN DE VIGILANCIA ACTIVA EN SALUD PÚBLICA	
A3.1.0.	INVESTIGACIÓN Y BÚSQUEDA ACTIVA	Cubierta Salud Pública
A3.1.0.01	INVESTIGACIÓN DE CASO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.1.0.02	INVESTIGACIÓN DE BROTES O CONGLOMERADOS	Cubierta Salud Pública
A3.1.0.03	INVESTIGACIÓN Y CONTROL DE FOCOS	Cubierta Salud Pública
A3.1.0.04	BÚSQUEDA, ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS	Cubierta Salud Pública
A3.1.0.05	ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS RÁPIDOS DE LOS DETERMINANTES ASOCIADOS A LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA	Cubierta Salud Pública
A3.1.0.06	PRIORIZACIÓN DE RIESGOS EN LAS COLECTIVIDADES	Cubierta Salud Pública
A3.1.0.07	IDENTIFICACIÓN DE POBLACIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD A SUFRIR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.1.0.20	ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL CONTROL DE BROTES O EPIDEMIAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.	RED DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA	
Incluye:	<i>TOMA Y REMISIÓN DE MUESTRAS AL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA; DE ACUERDO CON NORMAS VIGENTES</i>	
A3.2.0.	ATENCIÓN A LAS PERSONAS (VIROLOGÍA)	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.01	DENGUE HEMORRÁGICO DETERMINACIÓN DEL ANTÍGENO REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.02	DENGUE HEMORRÁGICO TIPIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.0.03	FIEBRE AMARILLA DETERMINACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.04	FIEBRE AMARILLA TIPIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.05	POLIOMELITIS DETERMINACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.06	POLIOMELITIS TIPIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.07	RABIA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.08	RABIA TIPIFICACIÓN PRUEBA BIOLÓGICA INOCULACIÓN EN RATÓN	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.0.09	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA VIRAL DETERMINACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.10	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA VIRAL TIPIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.12	DETECCIÓN ANTÍGENO VIRUS (ESPECÍFICO) REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.13	DETECCIÓN VIRUS (ESPECÍFICO) REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.14	ENTEROVIRUS DETECCIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.15	NOROVIRUS DETECCIÓN SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.0.16	INFLUENZA A Y B DETECCIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.17	CHIKUNGUNYA DETECCIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.19	FIEBRE AMARILLA DETECCIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.20	VIRUS DE ENCEFALITIS EQUINA DETECCIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.21	CHIKUNGUNYA ANTICUERPOS Ig G	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.22	CHIKUNGUNYA ANTICUERPOS Ig M	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.0.24	DENGUE AISLAMIENTO VIRAL	Cubierta Salud Pública
A3.2.0.25	FIEBRE AMARILLA AISLAMIENTO VIRAL	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.	ATENCIÓN A LAS PERSONAS (MICROBIOLOGÍA)	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.01	Haemophilus influenzae CULTIVO	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.02	Haemophilus influenzae BIOTIPIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.03	Haemophilus influenzae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.1.04	Haemophilus influenzae SEROTIPIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.05	Leishmania CULTIVO PRIMARIO	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.06	Listeria monocytogenes CULTIVO	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.07	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA)	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.08	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.09	Neisseria meningitidis PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA)	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.1.10	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.11	Neisseria meningitidis SUBTIPIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.12	Streptococcus pneumoniae CULTIVO	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.13	Streptococcus pneumoniae SEROTIPIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.14	Streptococcus pneumoniae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.15	Streptococcus pneumoniae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.1.16	Streptococcus pneumoniae PRUEBA DE TAMIZ OXACILINA	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.17	Streptococcus agalactiae CULTIVO	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.18	Salmonella spp SEROTIPIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.19	Salmonella spp PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.20	Shigella spp PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.21	Trypanosoma EXAMEN DIRECTO POR MÉTODO DE STROUT	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.1.22	Trypanosoma CULTIVO PRIMARIO	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.23	Trypanosoma IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.24	Vibrio cholerae CULTIVO	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.25	Vibrio cholerae SEROTIPIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.1.26	Vibrio cholerae PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD (KIRBY BAUER)	Cubierta Salud Pública
A3.2.3.	ZOONOSIS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>TOMA Y ENVÍO DE MUESTRA A LA AUTORIDAD SANITARIA COMPETENTE</i>	
A3.2.3.01	BRUCELLOSIS AISLAMIENTO	Cubierta Salud Pública
A3.2.3.02	ENCEFALITIS EQUINA AISLAMIENTO	Cubierta Salud Pública
A3.2.3.03	LEPTOSPIROSIS AISLAMIENTO	Cubierta Salud Pública
A3.2.3.04	RABIA BOVINA AISLAMIENTO	Cubierta Salud Pública
A3.2.3.05	SALMONELLOSIS AVINA Y PORCINA AISLAMIENTO	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.3.06	TUBERCULOSIS ANIMAL AISLAMIENTO	Cubierta Salud Pública
A3.2.4.	LABORATORIO DE SALUD AMBIENTAL	Cubierta Salud Pública
Excluye:	<i>DETERMINACIÓN EN MUESTRAS BIOLÓGICAS (90.5.7.)</i>	
A3.2.4.01	ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO (ORGANOLÉPTICO) DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO	Cubierta Salud Pública
A3.2.4.02	ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO (MICROBIOLÓGICO) DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO	Cubierta Salud Pública
A3.2.4.10	DETERMINACIÓN DE PLOMO, CADMIO Y MERCURIO EN MUESTRAS AMBIENTALES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.4.11	DETERMINACIÓN DE TALIO EN AGUA	Cubierta Salud Pública
A3.2.4.12	DETERMINACIÓN DE CALCIO, MAGNESIO, COBRE, SODIO Y POTASIO EN AGUA	Cubierta Salud Pública
A3.2.4.13	DETERMINACIÓN DE MANGANESO, YODO Y FLÚOR EN AGUA	Cubierta Salud Pública
A3.2.4.30	ORGANOFOSFORADOS (PROPORXUR, METILPARATUM, OTROS) EN MUESTRAS AMBIENTALES	Cubierta Salud Pública
A3.2.4.31	ORGANOCOLORADOS (ALDRIN, DELTRIN, DDT, OTROS) EN MUESTRAS AMBIENTALES	Cubierta Salud Pública
A3.2.4.32	CARBAMATOS EN MUESTRAS AMBIENTALES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.4.33	SOLVENTES (BENCENO, TOLUENO, XILENO, OTROS) EN MUESTRAS AMBIENTALES	Cubierta Salud Pública
A3.2.5.	GENÉTICA	Cubierta Salud Pública
A3.2.5.01	ESTABILIDAD AL ISOPROPANOL DE LA HEMOGLOBINA	Cubierta Salud Pública
A3.2.5.10	DETERMINACIÓN DE RADIACIONES IONIZANTES	Cubierta Salud Pública
A3.2.6.	ENTOMOLOGÍA	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>ENVÍO DE MATERIAL ENTOMOLÓGICO AL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.6.01	Aedes aegypti IDENTIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.6.02	Aedes albopictus IDENTIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.6.03	Anopheles IDENTIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.6.04	Flebotomíneos IDENTIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.6.05	Triatóminos IDENTIFICACIÓN	Cubierta Salud Pública
A3.2.6.06	CONFIRMACIÓN TAXONÓMICA DEL VECTOR	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.6.10	Haemagogus INVENTARIO	Cubierta Salud Pública
A3.2.6.11	Aedes aegypti INVENTARIO	Cubierta Salud Pública
A3.2.6.12	Flebotomineos INVENTARIO	Cubierta Salud Pública
A3.2.6.13	Anopheles INVENTARIO	Cubierta Salud Pública
A3.2.6.14	Reduvideus INVENTARIO	Cubierta Salud Pública
A3.2.6.20	PRUEBAS BIOLÓGICAS PARA FORMAS INMADURAS (LARVAS)	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.6.21	PRUEBAS BIOLÓGICAS PARA FORMAS ADULTAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.	ALIMENTOS, BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y NO ALCOHÓLICAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.01	ANÁLISIS DE ALIMENTOS DIETÉTICOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.02	ANÁLISIS DE ALIMENTOS ENRIQUECIDOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.03	ANÁLISIS DE AZÚCARES Y DERIVADOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.04	ANÁLISIS DE CERELAES Y DERIVADOS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.7.05	ANÁLISIS DE DERIVADOS CÁRNICOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.06	ANÁLISIS DE DERIVADOS DE LAS FRUTAS Y LEGUMBRES	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.07	ANÁLISIS DE DERIVADOS DE LA PESCA (CONSERVAS, SEMICONSERVAS Y PREPARADOS)	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.08	ANÁLISIS DE DERIVADOS LÁCTEOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.09	ANÁLISIS DE ESPECIAS, CONDIMENTOS, MOSTAZA Y SAL DE MESA	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.10	ANÁLISIS DE GRASAS Y ACEITES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.7.11	ANÁLISIS DE LECHE ENTERA EN POLVO CON VITAMINAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.12	ANÁLISIS DE MARGARINAS CON VITAMINA A	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.13	ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO DE ALIMENTOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.14	ANÁLISIS DE VITAMINAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.30	ANÁLISIS DE CERVEZA	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.31	ANÁLISIS DE LICORES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.7.32	ANÁLISIS DE VINOS Y APERITIVOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.50	ANÁLISIS DE BEBIDAS DIETÉTICAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.51	ANÁLISIS DE BEBIDAS ESTIMULANTES	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.52	ANÁLISIS DE GASEOSAS, REFRESCOS Y AGUAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.7.53	ANÁLISIS DE LECHE LÍQUIDA	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.	CONTROL DE CALIDAD DE COSMÉTICOS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<p>ENVÍO O REMISIÓN DE MUESTRA AL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA (INVIMA); CREMAS Y LOCIONES (PARA EL CUERPO, MANOS, CARA, DEPILATORIAS, PROTECTORES SOLARES), SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS; COSMÉTICOS PARA EL CABELLO (CHAMPUS Y ENJUAGUES, TINTURAS, ONDULADORES Y ALISADORES), FIJADORES PARA EL CABELLO; COSMÉTICOS PARA LAS UÑAS (ESMALTE, ENDURECEDOR, REMOVEDOR DE ESMALTE Y CUTÍCULA); PRODUCTOS MOLDEADOS (SOMBRA Y LABIALES); COSMÉTICOS EN POLVOS COMPACTOS Y SUELTOS; PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL (JABONES EN PASTA Y LÍQUIDO, DESODORANTE Y ANTI TRANSPIRANTE)</p>	
A3.2.8.01	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE CREMAS Y LOCIONES	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.02	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE CREMAS Y LOCIONES	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.03	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE CREMAS Y LOCIONES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.8.04	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE DE CREMAS Y LOCIONES	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.10	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICOS DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.11	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.12	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.20	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE COSMÉTICOS PARA EL CABELLO	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.21	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE COSMÉTICOS PARA EL CABELLO	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.8.22	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE COSMÉTICOS PARA EL CABELLO	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.23	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE DE COSMÉTICOS PARA EL CABELLO	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.30	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICOS DE FIJADORES PARA EL CABELLO	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.31	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FIJADORES PARA EL CABELLO	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.32	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE DE FIJADORES PARA EL CABELLO	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.40	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO PARA COSMÉTICOS PARA LAS UÑAS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.8.41	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN PARA COSMÉTICOS PARA LAS UÑAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.42	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE PARA COSMÉTICOS PARA LAS UÑAS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.50	ENSAYOS BIOLÓGICOS PARA PRODUCTOS MOLDEADOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.51	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO PARA PRODUCTOS MOLDEADOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.52	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN PARA PRODUCTOS MOLDEADOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.53	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE PARA PRODUCTOS MOLDEADOS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.8.60	ENSAYOS BIOLÓGICOS PARA COSMÉTICOS EN POLVO COMPACTOS Y SUELTOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.61	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO PARA COSMÉTICOS EN POLVO COMPACTOS Y SUELTOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.62	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN PARA COSMÉTICOS EN POLVO COMPACTOS Y SUELTOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.63	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE PARA COSMÉTICOS EN POLVO COMPACTOS Y SUELTOS	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.70	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.71	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.8.72	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL	Cubierta Salud Pública
A3.2.8.73	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE DE PRODUCTOS DE HIGIENE PERSONAL	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.	CONTROL DE CALIDAD DE MEDICAMENTOS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<p>ENVÍO O REMISIÓN DE MUESTRA AL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA (INVIMA); FORMAS FARMACÉUTICAS: SÓLIDAS NO ESTÉRILES (TABLETAS, GRAGEAS, CÁPSULAS DURAS Y BLANDAS, TABLETAS RECUBIERTAS, POLVOS GRANULADOS), LÍQUIDAS NO ESTÉRILES (JARABES, EMULSIONES, SUSPENSIONES, SOLUCIONES NASALES Y ÓTICAS, TINTURAS, ELIXIRES), SEMISÓLIDAS NO ESTÉRILES (ÓVULOS, SUPOSITORIOS, CREMAS, GELES, UNGUENTOS, PASTAS Y JALEAS), LÍQUIDAS ESTÉRILES (PRODUCTOS PARENTERALES EN SOLUCIONES, SUSPENSIONES Y EMULSIONES, SOLUCIONES PARA IRRIGACIÓN, OFTÁLMICAS Y ÓTICAS), SEMISÓLIDAS ESTÉRILES (UNGUENTOS Y GELES), SÓLIDOS ESTÉRILES (POLVOS PARA RECONSTITUIR); SISTEMAS TERAPÉUTICO: ESTÉRILES (DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS Y AEROSOLE) Y NO ESTÉRILES (AEROSOLE, DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS Y OSMÓTICOS); DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS DE ACCIÓN LOCAL Y OTROS</p>	
A3.2.9.01	<p>ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS NO ESTÉRILES</p>	<p>Cubierta Salud Pública</p>

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.9.02	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.03	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.04	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.10	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.11	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.12	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.9.13	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.20	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.21	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.22	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.23	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.30	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.9.31	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.32	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.33	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.40	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.41	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.42	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.9.43	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.50	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.51	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.52	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.53	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE FORMAS FARMACÉUTICAS SÓLIDAS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.60	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.9.61	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.62	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.63	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.70	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.71	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICO DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.72	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A3.2.9.73	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE SISTEMAS TERAPÉUTICOS NO ESTÉRILES	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.80	ENSAYOS BIOLÓGICOS DE DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS DE ACCIÓN LOCAL Y OTROS	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.81	ENSAYOS FÍSICOS Y QUÍMICOS DE DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS DE ACCIÓN LOCAL Y OTROS	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.82	VERIFICACIÓN DE LA ROTULACIÓN DE DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS DE ACCIÓN LOCAL Y OTROS	Cubierta Salud Pública
A3.2.9.83	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ENVASE Y EMPAQUE DE DISPOSITIVOS TRANSDÉRMICOS Y OTROS	Cubierta Salud Pública
A4.	SALUD AMBIENTAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>AQUELLAS ACCIONES QUE BUSCAN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD INTERVIENDO LOS FACTORES DE RIESGO ORIGINADOS EN EL MEDIO AMBIENTE</i>	
A4.0.	ACCIONES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DEL NIVEL MUNICIPAL	
Incluye:	<i>LAS ACCIONES DE CONTROL DEBEN EJERCERSE EN CABEZA DEL ALCALDE (LEY 323/1995), CON APOYO DE LAS AUTORIDADES AMBIENTALES Y SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS</i>	
A4.0.0.	VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO	Cubierta Salud Pública
A4.0.0.01	MUESTREOS EN EL CONTROL DE CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO	Cubierta Salud Pública
A4.0.0.02	REGISTROS ACTUALIZADOS DE COBERTURAS DE AGUA POTABLE EN SU JURISDICCIÓN	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A4.0.0.03	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS EN SALUD ASOCIADOS A LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO	Cubierta Salud Pública
A4.0.0.04	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON INDICADORES DE CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS	Cubierta Salud Pública
A4.0.1.	VIGILANCIA SANITARIA DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS	Cubierta Salud Pública
A4.0.1.01	CENSO ACTUALIZADO DE ESTABLECIMIENTOS PRODUCTORES DE RESIDUOS PELIGROSOS	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, LABORATORIOS DE BIOTECNOLOGÍA, CLÍNICAS VETERINARIAS, BIOTERIOS, MORGUES, FÁBRICAS ENTRE OTROS</i>	
A4.0.1.02	INSPECCIÓN A LOS SISTEMAS MUNICIPALES DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A4.0.1.03	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS CON EL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS	Cubierta Salud Pública
A4.0.1.04	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON MONITOREO CONTINUO DEL MANEJO SANITARIO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS	Cubierta Salud Pública
A4.0.2.	VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS Y BEBIDAS	Cubierta Salud Pública
A4.0.2.01	CENSO ACTUALIZADO DE ESTABLECIMIENTOS QUE FABRICAN, PROCESAN, COMERCIALIZAN, ALMACENAN, EXPENDEN O CONSUMEN ALIMENTOS Y BEBIDAS	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>AQUELLAS PLANTAS DE SACRIFICIO, PLAZAS DE MERCADO Y TERMINALES PORTUARIOS</i>	
A4.0.2.02	REGISTRO DE CONTROL DE CONDICIONES SANITARIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A4.0.2.03	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS CON CALIDAD SANITARIA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Cubierta Salud Pública
A4.0.2.04	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON MONITOREO DEL CONTROL DE CALIDAD DE ALIMENTOS Y BEBIDAS	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS A TRAVÉS DE ALIMENTOS (ETAS)</i>	
A4.0.3.	SANIDAD PORTUARIA	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>ESTABLECIMIENTOS DE ALTO RIESGO EN SALUD PÚBLICA: TERMINALES PORTUARIOS – TERRESTRES, MARÍTIMOS Y FLUVIALES - ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS, INSTITUCIONES DE SALUD, CÁRCELES, CUARTELES, PLAZAS DE MERCADO, COLISEOS Y ESPACIO PÚBLICO ENTRE OTROS ASÍ COMO VEHÍCULOS, NAVES Y AERONAVES DE TRÁFICO INTERPORTUARIO</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A4.0.3.01	REGISTRO DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES SANITARIAS E INFRAESTRUCTURA FÍSICA (SERVICIOS DE AGUA POTABLE, ASEO, ALCANTARILLADO) EN TERMINALES, PUERTOS Y AEROPUERTOS	Cubierta Salud Pública
A4.0.3.02	CONTROL SANITARIO A LA MOVILIZACIÓN DE PERSONAS, ANIMALES Y PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL EN TERMINALES, PUERTOS Y AEROPUERTOS	Cubierta Salud Pública
A4.0.3.03	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE: FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS Y DEL CONSUMO (ALIMENTOS Y BEBIDAS) EN TERMINALES, PUERTOS Y AEROPUERTOS	Cubierta Salud Pública
A4.0.3.04	ELABORACION DE MAPAS DE RIESGO DEL AMBIENTE: FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS Y DEL CONSUMO (ALIMENTOS Y BEBIDAS) EN TERMINALES, PUERTOS Y AEROPUERTOS	Cubierta Salud Pública
A4.0.4.	VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AIRE Y NIVELES DE RUIDO	Cubierta Salud Pública
Incluye:	EN LOS ASENTAMIENTOS HUMANOS DE LA PERIFERIA DE LOS CORREDORES INDUSTRIALES, EN LOS GRANDES CENTROS URBANOS Y EN LAS ÁREAS DE MINERÍA A CIELO ABIERTO	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A4.0.4.01	REGISTRO DE MONITOREO DE CALIDAD DEL AIRE, NIVELES AMBIENTALES DE RUIDO Y RADIACIONES IONIZANTES	Cubierta Salud Pública
A4.0.4.02	VERIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN DE CORRECTIVOS EN CONTROL DE CALIDAD DEL AIRE NIVELES AMBIENTALES DE RUIDO Y RADIACIONES IONIZANTES EN ÁREAS PRIORIZADAS Y FOCALIZADAS	Cubierta Salud Pública
A4.0.4.03	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS BAJO VIGILANCIA INTENSIFICADA ASOCIADOS CON LA CALIDAD DEL AIRE, NIVELES DE RUIDO Y RADIACIONES IONIZANTES	Cubierta Salud Pública
A4.0.4.04	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE ALTO RIESGO PARA LA OCURRENCIA DE EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS CON LA CALIDAD DEL AIRE, NIVELES DE RUIDO Y RADIACIONES IONIZANTES	Cubierta Salud Pública
A4.0.5.	VIGILANCIA Y CONTROL DE ZONOSIS	Cubierta Salud Pública
A4.0.5.01	CENSO ACTUALIZADO DE CANINOS, FELINOS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A4.0.5.02	DESARROLLO DEL PROGRAMA REGULAR DE VACUNACIÓN EN ANIMALES	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>CANINOS, FELINOS, EQUIDOS (EQUINOS, ASNALES Y MULARES), BOVINOS ENTRE OTROS</i>	
A4.0.5.03	CONTROL DE RESERVORIOS SILVESTRES (MURCIÉLAGOS HEMATÓFAGOS) DE RABIA PARESIANTE	Cubierta Salud Pública
A4.0.5.04	FOMENTO DE PROGRAMAS DE DESRATIZACIÓN	Cubierta Salud Pública
A4.0.5.05	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS CON ZOONOSIS	Cubierta Salud Pública
A4.0.5.06	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON MONITOREO Y CONTROL DE ZOONOSIS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A4.1.	VIGILANCIA Y CONTROL DE INSECTOS VECTORES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	
A4.1.0.	ACCIONES DE CONTROL SELECTIVAS E INTEGRALES	Cubierta Salud Pública
A4.1.0.01	REGISTRO Y ANÁLISIS DE ÍNDICES ENTOMOLÓGICOS	Cubierta Salud Pública
A4.1.0.02	RECONOCIMIENTO GEOGRÁFICO, CARACTERIZACIÓN Y CONTROL DE CRIADEROS	Cubierta Salud Pública
A4.1.0.03	REGISTRO DEL CONTROL DE LARVAS O ADULTOS	Cubierta Salud Pública
A4.1.0.04	INVESTIGACIÓN DE FOCOS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A4.1.0.20	ASISTENCIA TÉCNICA AL MUNICIPIO (IDENTIFICACIÓN DE ESPECIES, ESTUDIOS DE COMPORTAMIENTO E INVESTIGACIÓN DE FOCO, ORIENTACIÓN HACIA LA INTERVENCIÓN)	Cubierta Salud Pública
A4.1.1.	FOCALIZACIÓN Y ESTRATIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	Cubierta Salud Pública
A4.1.1.01	FOCALIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE TRANSMISIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	Cubierta Salud Pública
A4.1.1.02	IDENTIFICACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS PARA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	Cubierta Salud Pública
A4.1.1.03	SELECCIÓN DE LAS MEDIDAS MÁS COSTO-EFECTIVAS SEGÚN CARACTERIZACIÓN DE CADA ESTRATO	Cubierta Salud Pública
A4.1.1.04	RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE SALUD ASOCIADOS CON ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A4.1.1.05	ELABORACIÓN DE MAPAS DE RIESGO CON IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE TRANSMISIÓN ACTIVAS, CRIADEROS DE VECTORES POTENCIALES Y POSITIVOS	Cubierta Salud Pública
A4.1.2.	CONTROL INTEGRADO DE VECTORES	Cubierta Salud Pública
A4.1.2.01	CONTROL SELECTIVO DE VECTORES EN MALARIA	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>INCIDENCIA PARASITARIA ANUAL, NÚMERO DE COMPLICACIONES Y MUERTES POR MALARIA, PRESENCIA DE VECTORES PRIMARIOS DE MALARIA, PRESENCIA DE MALARIA URBANA O PERIURBANA</i>	
A4.1.2.02	USO RACIONAL DE INSECTICIDAS	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>EL CONTROL QUÍMICO LIMITADO A AQUELLAS SITUACIONES DONDE DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL CONTROL SELECTIVO DE VECTORES SE ENCUENTRE PLENAMENTE INDICADO Y SEA LA ÚNICA MEDIDA DE INTERVENCIÓN POSIBLE</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A5.	GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	
Incluye:	<i>LA RESPONSABILIDAD QUE TIENEN LAS ENTIDADES TERRITORIALES SOBRE LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES Y RECURSOS DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA EN SU JURISDICCIÓN, SEGÚN DECRETO 1770 DE 1994, RESOLUCIÓN 5165 DE 1994, O NORMATIVIDAD VIGENTE</i>	
A5.1.	FORMULACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN COLECTIVA	
Incluye:	<i>GARANTIZAR LA SALUD DEL COLECTIVO COMO FUNCIÓN SOCIAL DEL ESTADO; DEBE SER PARTE INTEGRAL DE LOS PLANES LOCAL Y DEPARTAMENTAL DE SALUD Y DE LOS PLANES DE DESARROLLO DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES CORRESPONDIENTES</i>	
A5.1.0.	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO (INSTITUCIONAL, COMUNITARIO Y FINANCIERO)	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>AQUEL DESARROLLADO POR EL MUNICIPIO, DISTRITO, DEPARTAMENTO O NACIÓN</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A5.1.0.01	ESTABLECIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE PLANEACIÓN, POR EL ENTE TERRITORIAL	Cubierta Salud Pública
A5.1.0.02	ORGANIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS DEL PROCESO DE PLANEACIÓN, EN EL ENTE TERRITORIAL	Cubierta Salud Pública
A5.1.1.	ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.1.1.01	REGISTRO DEL NÚMERO DE ACTAS DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL	Cubierta Salud Pública
A5.1.1.02	ACUERDOS SOCIALES SOBRE LOS PROBLEMAS PRIORITARIOS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	Cubierta Salud Pública
Incluye:	<i>EL DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA DE PRIORIZACIÓN</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A5.1.2.	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN CONCERTADAS	Cubierta Salud Pública
A5.1.2.01	DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS MUNICIPAL O DISTRITAL	Cubierta Salud Pública
A5.1.2.02	ELABORACIÓN DE PROYECTOS CONCERTADOS EN: PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL Y GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA.	Cubierta Salud Pública
A5.1.2.03	CONCERTACIÓN DE LOS PLANES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CON LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EPS, ARS, ADAPTADAS ENTRE OTRAS) EXISTENTES EN LA LOCALIDAD	Cubierta Salud Pública
A5.1.2.04	DESARROLLO DE PROCESOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL (CIUDADANA Y COMUNITARIA) EN LA GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.1.2.20	DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A5.1.2.21	ASISTENCIA TÉCNICA A LOS MUNICIPIOS O DISTRITOS, EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	Cubierta Salud Pública
A5.1.2.40	ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DEPARTAMENTOS, EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	Cubierta Salud Pública
A5.1.2.41	ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DEPARTAMENTOS, EN PROCESOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	Cubierta Salud Pública
A5.2.	ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS FÍSICOS, TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS	
A5.2.0.	FORTALECIMIENTO TERRITORIAL EN RECURSOS FÍSICOS, TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS	Cubierta Salud Pública
A5.2.0.01	FORMULACIÓN DEL PROYECTO DE ADECUACIÓN EN RECURSOS FÍSICOS, TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A5.3.	DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	
A5.3.0.	DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.3.0.01	CONFORMACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA LA GESTIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS MUNICIPAL O DISTRITAL	Cubierta Salud Pública
A5.3.0.02	DESARROLLO DE UNIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (SIVIGILA) MUNICIPALES O DISTRITALES	Cubierta Salud Pública
A5.3.0.03	DESARROLLO DEL CONCEJO MUNICIPAL DE ZOONOSIS	Cubierta Salud Pública
A5.3.0.05	FORTALECIMIENTO DEL EQUIPO DE CONTROL DE VECTORES DEL MUNICIPIO O DISTRITO	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A5.3.0.06	FORMACIÓN DE AGENTES MULTIPLICADORES INTERSECTORIALES PARA EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS DEL AMBIENTE FÍSICOS, QUÍMICOS, BIOLÓGICOS Y DEL CONSUMO	Cubierta Salud Pública
A5.3.0.20	ASISTENCIA TÉCNICA A MUNICIPIOS O DISTRITOS, EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.3.0.21	CONFORMACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA LA GESTIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL	Cubierta Salud Pública
A5.3.0.22	DESARROLLO DE UNIDADES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (SIVIGILA) DEPARTAMENTALES	Cubierta Salud Pública
A5.3.0.23	ESTRUCTURACIÓN Y DESARROLLO DE UNIDADES DE ENTOMOLOGÍA DEPARTAMENTALES	Cubierta Salud Pública
A5.3.0.24	ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DEPARTAMENTAL COORDINADOR DE CONTROL DE VECTORES	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A5.3.0.40	ASISTENCIA TÉCNICA A DEPARTAMENTOS, EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.3.1.	FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA TERRITORIAL EN GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.3.1.01	PROCESOS DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO HACIA LA CAPACITACIÓN PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA MUNICIPAL O DISTRITAL	Cubierta Salud Pública
A5.3.1.02	PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE RECURSO HUMANO SEGÚN LINEAMIENTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	Cubierta Salud Pública
A5.3.1.20	DESARROLLO DE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN PERMANENTE AL EQUIPO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.3.1.40	ASISTENCIA TÉCNICA EN EL PROCESO DE FORMACIÓN O ACTUALIZACIÓN EN DESARROLLO DE HABILIDADES GERENCIALES PARA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A5.4.	VIGILANCIA Y CONTROL DE LA APLICACIÓN DE LOS RECURSOS	
A5.4.0.	INSPECCIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.4.0.01	INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LOS PROYECTOS CONCERTADOS EN: PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL Y GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.4.0.02	APOYO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA EN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO EN: REALIZACIÓN, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, CONTROL DE CALIDAD DE EXÁMENES DE LABORATORIO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA E INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	Cubierta Salud Pública
A5.4.0.03	APOYO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA EN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO CON ASISTENCIA TÉCNICA A LA RED DE LABORATORIOS CLÍNICOS Y DE CITOISTOPATOLOGÍA DE SU JURISDICCIÓN	Cubierta Salud Pública
A5.4.1.	CONTROL EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A5.4.1.01	MONTAJE O CONTRATACIÓN DE PROCESOS SISTEMÁTICOS DE MONITOREO, SEGUIMIENTO, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS RECURSOS E INTERVENCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS MUNICIPAL O DISTRITAL	Cubierta Salud Pública
A5.4.1.02	INTERVENTORÍA A CONVENIOS O CONTRATOS EJECUTADOS PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS MUNICIPAL O DISTRITAL	Cubierta Salud Pública
A5.4.1.03	EJECUCIÓN DEL CONTROL SOCIAL A TRAVÉS DE ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	Cubierta Salud Pública
A5.4.1.04	COORDINACIÓN CON LA RED DE ORGANISMOS CONTROLADORES	Cubierta Salud Pública
A5.4.1.40	ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DEPARTAMENTOS, EN CONTROL Y SEGUIMIENTO EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.5.	EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A5.5.0.	EVALUACIÓN DEL PROCESO EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.5.0.01	CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR DE GESTION PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS POR EL ENTE TERRITORIAL	Cubierta Salud Pública
A5.5.0.40	ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DEPARTAMENTOS EN LA EVALUACIÓN DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.5.1.	EVALUACIÓN DEL RESULTADO EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.5.1.01	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD	Cubierta Salud Pública
A5.5.1.02	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
A5.5.1.03	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.5.1.04	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA	Cubierta Salud Pública
A5.5.1.05	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN SALUD AMBIENTAL (CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO, ALIMENTOS Y BEBIDAS)	Cubierta Salud Pública
A5.5.1.06	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN SALUD AMBIENTAL (CALIDAD SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y PUERTOS)	Cubierta Salud Pública
A5.5.1.07	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN SALUD AMBIENTAL (ZONOSIS)	Cubierta Salud Pública
A5.5.1.08	CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES EN SALUD AMBIENTAL (CONTROL DE VECTORES) (ETV)	Cubierta Salud Pública

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Sección 03 PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES HACIA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES		
Capítulo 26 PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES SOBRE LAS CONDICIONES DE TRABAJO		
T1.	HIGIENE INDUSTRIAL [OCUPACIONAL]	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<p>ÁREA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO, DEDICADA AL RECONOCIMIENTO, EVALUACIÓN Y CONTROL DE AQUELLOS FACTORES AMBIENTALES O TENSIONES EMANADAS O PROVOCADAS POR EL LUGAR DE TRABAJO Y QUE PUEDEN OCASIONAR ENFERMEDADES, DESTRUIR LA SALUD Y EL BIENESTAR, O CREAR ALGÚN MALESTAR SIGNIFICATIVO ENTRE LOS TRABAJADORES (ASOCIACIÓN AMERICANA DE HIGIENISTAS INDUSTRIALES)</p>	
T1.0.	IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS	
T1.0.0.	FACTORES DE RIESGO FÍSICOS	Cubierta Riesgos Laborales
T1.0.0.01	SONOMETRÍA	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>DETERMINACIÓN DEL TIPO Y NIVEL DE RUIDO, ANÁLISIS DE FRECUENCIA DE OCTAVAS Y MEDICIÓN DE LOS PICOS DE PRESIÓN SONORA EN EL MEDIO AMBIENTE LABORAL</i>	
T1.0.0.02	DOSIMETRÍA DE RUIDO	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>PERIODO COMPLETO O PARCIAL</i>	
T1.0.0.03	ESTUDIO DE ILUMINACIÓN	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>LUMINANCIA, ILUMINANCIA, CONTRASTE LUMINOTÉCNICO, REFLECTANCIA Y AMBIENTE</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.0.0.04	ESTUDIO DE TEMPERATURAS EXTREMAS Y CONFORT TÉRMICO CROMÁTICO	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>EVALUACIÓN DE TEMPERATURA A TRAVÉS DE BULBO SECO, BULBO HÚMEDO, MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA DEL AIRE, MEDICIÓN DE LA HUMEDAD RELATIVA, DETERMINACIÓN DE LA VELOCIDAD DEL AIRE EN EL MEDIO AMBIENTE LABORAL, PRESIÓN DE VAPOR, RITMO METABÓLICO, AISLAMIENTO TÉRMICO DE LOS VESTIDOS Y MONITOREO DE CALOR CORPORAL (ÍNDICES PMV Y PPD: ISO 7730; ÍNDICE WBGT; WCI)</i>	
T1.0.0.05	ESTUDIO DE RADIACIÓN IONIZANTE	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>DOSIMETRÍA PERSONAL Y DOSIMETRÍA AMBIENTAL O DE ÁREA (RAYOS X, PARTÍCULAS ALFA, BETA Y RADIACIÓN GAMA)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.0.0.06	ESTUDIO DE RADIACIÓN NO IONIZANTE	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	MEDICIÓN DE CAMPO MAGNÉTICO, DE DENSIDAD DE FLUJO MAGNÉTICO, RADIANCIA E IRRADIANCIA (RADIACIÓN VISIBLE, ULTRAVIOLETA E INFRARROJA, RADIOFRECUENCIA Y MICROONDAS, CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS)	
T1.0.0.07	ESTUDIO DE VIBRACIÓN LOCALIZADA (MANO-BRAZO)	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	DETERMINACIÓN DE LA ACCELERACIÓN EN LAS TRES DIRECCIONES, PONDERACIÓN Y ANÁLISIS DE FRECUENCIAS (NORMAS ISO 5349, ISO 2631-1)	
T1.0.0.08	ESTUDIO DE VIBRACIÓN GLOBAL (CUERPO ENTERO)	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>DETERMINACIÓN DE LA ACCELERACIÓN EN LAS TRES DIRECCIONES, PONDERACIÓN Y ANÁLISIS DE FRECUENCIAS (NORMAS ISO 2631, ISO 2631-1, ISO 2631-2)</i>	
T1.0.1.	FACTORES DE RIESGO QUÍMICOS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>ESTUDIOS HIGIÉNICOS INDIVIDUALIZADOS DE UN GAS O VAPOR; LOS PERFILES SE REFIEREN AL ANÁLISIS DE VARIOS GASES, HUMOS O VAPORES E INCLUYEN MUESTREO PERSONAL Y ESTACIONARIO, ANÁLISIS QUÍMICO, CROMATOGRAFÍA, ESPECTROSCOPÍA</i>	
T1.0.1.01	ESTUDIO HIGIÉNICO DE MATERIAL PARTICULADO	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>MUESTREO PERSONAL Y ESTACIONARIO, GRAVIMETRÍA, ANÁLISIS QUÍMICO, FRACCIÓN RESPIRABLE, MICROSCOPÍA</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.0.1.02	ESTUDIO HIGIÉNICO DE FIBRAS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	MUESTREO PERSONAL Y ESTACIONARIO, GRAVIMETRÍA, ANÁLISIS QUÍMICO, FRACCIÓN RESPIRABLE, MICROSCOPIA	
T1.0.1.03	ESTUDIO HIGIÉNICO DE GASES Y VAPORES	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	MUESTREO PERSONAL Y ESTACIONARIO, ANÁLISIS QUÍMICO, CROMATOGRAFÍA Y ESPECTROSCOPIA ANÁLISIS INDIVIDUAL DE UN GAS O VAPOR	
T1.0.1.10	PERFIL DE HIDROCARBUROS AROMÁTICOS	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>ALFA-METIL-ESTIRENO, BENCENO, CLOROBENCENO, CUMENO, ESTIRENO, ETILBENCENO, NAFTALENO, ORTO-PARA-DICLOROBENCENO, PARA-TERBUTILTOLUENO, TOLUENO, VINILTOLUENO, XILENO (MÉTODO NIOSH 1501)</i>	
T1.0.1.11	PERFIL DE ÁCIDOS INORGÁNICOS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>ÁCIDO BROMHÍDRICO, ÁCIDO CLORHÍDRICO, ÁCIDO FLUORHÍDRICO, ÁCIDO FOSFÓRICO, ÁCIDO NÍTRICO, ÁCIDO SULFÚRICO (MÉTODO NIOSH 7903)</i>	
T1.0.1.12	PERFIL DE SOLVENTES ORGÁNICOS	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<p>ACETONA, BENCENO, BUTANOL, BUTIL ACETATO, BUTIL CELLOSOLVE, TETRACLORURO DE CARBONO, ACETATO DE CELLOSOLVE, CLOROBENCENO, CLOROFORMO, CICLOHEXANONA, 1-1 DICLOROETANO, 1-2-DICLOROETANO, ETANOL, ETIL ACETATO, ETIL BENCENO, ETIL CELLOSOLVE, ESTIRENO, FREON 113, HEPTANO, HEXANO, ISOBUTANOL, ISOOCTANOL, ISOPROPANOL, ISOPROPIL ACETATO, METIL CELLOSOLVE, METIL ETIL CETONA, METIL ISOBUTIL CETONA, CLORURO DE METILENO, OCTANO, PENTANO, N-PROPIL ACETATO, N-PROPANOL, TETRACLOROETILENO, TETRAHIDROFURANO, TOLUENO, 1-1-1- TRICLOROETANO, 1-1-2 TRICLOROETANO, XILENO</p>	
T1.0.1.13	PERFIL DE HIDROCARBUROS AROMÁTICOS POLINUCLEARES	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<p>ACENAFTENO, ACENAFTILENO, ANTRACENO, BENZA ANTRACENO, BENZO(b)FLÚORANTENO, BENZO(k)FLÚORANTENO, BENZO(ghi)PERILENO, BENZO(a)PIRENO, BENZO(e)PIRENO, CRISENO, DIBENZ(a,h)ANTRACENO, FLÚORANTENO, FLÚORANO, INDENOL(1,2,3-cd)PIRENO, NAFTALENO, FENANTRENO, PIRENO (MÉTODOS NIOSH 5506, OSHA 58)</p>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.0.1.14	PERFIL DE METALES TÓXICOS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>ARSÉNICO, BERILIO, CADMIO, CROMO, PLOMO, VANADIO (MÉTODO NIOSH 7300)</i>	
T1.0.1.15	PERFIL DE HUMOS METÁLICOS EN SOLDADURA	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>ALUMINIO, ANTIMONIO, BERILIO, CADMIO, CROMO, COBALTO, COBRE, ESTAÑO, HIERRO, MANGANESO, MOLIBDENO, NÍQUEL, TITANIO, VANADIO, PLOMO, ZINC (MÉTODOS OSHA ID-206, OSHA ID-125)</i>	
T1.0.2.	FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.0.2.01	TÉCNICAS DE MUESTREO AMBIENTAL DE MICROORGANISMOS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>SEDIMENTACIÓN, RECOGIDA EN MEDIO LÍQUIDO, FILTRACIÓN, IMPACTACIÓN</i>	
T1.0.2.02	TÉCNICAS DE MUESTREO DE MICROORGANISMOS EN SUPERFICIES	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>PLACA DE CONTACTO, FROTIS</i>	
T1.0.2.03	TÉCNICAS ANALÍTICAS	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>PLACA DE CONTACTO CON MEDIO DE CULTIVO</i>	
T1.0.3.	FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS	Cubierta Riesgos Laborales
T1.0.3.01	EVALUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTO DE TRABAJO, PROCESOS, HERRAMIENTAS, EQUIPO Y DOTACIÓN	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<p><i>ESTUDIAR DESDE EL PUNTO DE VISTA SISTÉMICO CADA UNA DE LAS RELACIONES ENTRE LOS TRES ELEMENTOS DEL SISTEMA: SER HUMANO, OBJETOS, MÁQUINAS, HERRAMIENTAS Y ESPACIO FÍSICO, PARA OBTENER COMO RESULTADO LAS RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS A PARTIR DE UN DIAGNÓSTICO GENERAL DEL PUESTO DE TRABAJO COMPRENDE DIAGNÓSTICO DE FACTORES E ÍNDICES ERGONÓMICOS, EVALUACIÓN DE HERRAMIENTAS, EQUIPO Y DOTACIÓN, Y AQUELLAS EVALUACIONES PARA TRABAJO SEDENTE, CARGA LUMBAR, CARGA DE HOMBRO, ACTIVIDADES REPETITIVAS, ESTUDIOS DE BIOMECÁNICA, ENTRE OTROS</i></p>	
T1.0.3.50	EVALUACIÓN ERGONÓMICA	Cubierta Riesgos Laborales
T1.0.6.	FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>TODOS AQUELLOS RIESGOS QUE DERIVAN DE LAS INTERACCIONES ENTRE EL MEDIO AMBIENTE LABORAL, LA ORGANIZACIÓN Y LA TAREA EN SI, POR UNA PARTE Y POR LA OTRA, LAS CAPACIDADES DEL TRABAJADOR, SUS NECESIDADES, SU CULTURA Y SITUACIÓN PERSONAL FUERA DEL TRABAJO, TODO LO CUAL PUEDE INFLUIR EN LA SALUD, SATISFACCIÓN Y RENDIMIENTO EN EL TRABAJO</i>	
T1.0.6.01	IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>PRUEBAS DE EVALUACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO (CLIMA ORGANIZACIONAL), FACTORES EXTRALABORALES Y CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJADOR</i>	
Excluye:	<i>CONSULTA, ENTREVISTA Y EVALUACIÓN (89.0.), EVALUACIÓN Y PRUEBAS PSICOLÓGICAS (94.0.)</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.1.	CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS	
T1.1.0.	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO FÍSICOS	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.0.01	SELECCIÓN, DOTACIÓN, MANTENIMIENTO, REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO FÍSICOS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>PROTECTORES AUDITIVOS, DE LA VISIÓN, CONTRA LAS RADIACIONES IONIZANTES Y LA VIBRACIÓN</i>	
T1.1.0.02	INTERVENCIONES EN LA FUENTE DESTINADAS A DISMINUIR EL RUIDO	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>INTERVENCIONES EN LA FUENTE DESTINADAS A DISMINUIR EL RUIDO</i>	
T1.1.0.03	INTERVENCIONES EN EL MEDIO DESTINADAS A ATENUAR EL RUIDO	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>REVESTIMIENTOS ABSORBENTES DE SONIDO, APANTALLADO, SILENCIADORES DE ABSORCIÓN, SILENCIADORES DE REACCIÓN, BAFLES, DIAFRAGMAS, RESONADORES, BLINDAJES Y CABINAS</i>	
T1.1.0.04	INTERVENCIONES EN LA FUENTE DESTINADAS A ATENUAR LA VIBRACIÓN	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>REDUCCIÓN DE FRICCIÓN Y AMORTIGUACIÓN</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.1.0.05	INTERVENCIONES EN LA FUENTE DESTINADAS A DISMINUIR LA EXPOSICIÓN DEL TRABAJADOR A RADIACIONES IONIZANTES	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.0.06	INTERVENCIONES EN EL MEDIO DESTINADAS A DISMINUIR LA EXPOSICIÓN DEL TRABAJADOR A RADIACIONES IONIZANTES	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	BLINDAJES	
T1.1.0.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN CONTROL DE FACTORES RIESGO FÍSICOS	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.1.	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO QUÍMICOS	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.1.1.01	SELECCIÓN, DOTACIÓN, MANTENIMIENTO, REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LOS FACTORES DE RIESGO QUÍMICOS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	PROTECTORES RESPIRATORIOS, DE LA VISIÓN Y DE LA PIEL Y ANEXOS	
T1.1.1.02	SISTEMAS DE VENTILACIÓN GENERAL	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.1.03	SISTEMAS DE VENTILACIÓN LOCAL EXHAUSTIVA	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.1.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN CONTROL DE FACTORES RIESGO QUÍMICOS	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.1.2.	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.2.01	SELECCIÓN, DOTACIÓN, MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA LOS FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>PROTECTORES DE MUCOSAS, PIEL Y ANEXOS</i>	
T1.1.2.02	TÉCNICAS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.2.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE NORMAS UNIVERSALES DE SEGURIDAD EN RIESGOS BIOLÓGICOS	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.1.3.	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.3.01	DISEÑO ERGONÓMICO DE PUESTOS DE TRABAJO, HERRAMIENTAS O DOTACIÓN	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	ADAPTACIÓN DE LOS ESPACIOS FÍSICOS O ELEMENTOS, MÁQUINAS Y HERRAMIENTAS CON RESPECTO AL TRABAJADOR, PARA HACER MÁS EFICIENTE SU DESEMPEÑO LABORAL Y REDUCIR RIESGOS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES Y ACCIDENTES DE TRABAJO SE LOGRA POR MÉTODOS-TÉCNICOS DESDE EL PUNTO DE VISTA ANTROPOMÉTRICO, BIOMECÁNICO, SENSORIOPERCEPTUAL, COGNITIVO Y ORGANIZACIONAL	
T1.1.3.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE ERGONOMÍA	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	ACTIVIDADES EDUCATIVAS O FORMATIVAS CON LOS TRABAJADORES EN FORMA CONTINUADA CON EL FIN DE MODIFICAR ACTITUDES O RESPUESTAS FRENTE A SITUACIONES ESPECÍFICAS ACTUALIZACIÓN EN EL CONOCIMIENTO DE LA ERGONOMÍA COMO PARTE ACTIVA DE LA EMPRESA; DISEÑO Y ELABORACIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO DE APOYO EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE PARA EL ADECUADO MANEJO DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS Y PUESTOS DE TRABAJO COMPRENDE TEMAS COMO NORMAS DE SEGURIDAD EN EL MANEJO DE CARGAS, MANIPULACIÓN DE HERRAMIENTAS, MANEJO ERGONÓMICO DE VIDEOTERMINALES, HIGIENE POSTURAL, MOVIMIENTOS REPETITIVOS ENTRE OTROS	
T1.1.3.50	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	OTRAS TÉCNICAS DE CONTROL COMO ESTUDIOS PREVENTIVOS (AUDITORÍA EN ERGONOMÍA CONSULTIVA)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.1.4.	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE SANEAMIENTO (AMBIENTAL)	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.4.01	RECOLECCIÓN, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS Y DESECHOS INDUSTRIALES	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.4.02	CONSTRUCCIÓN Y MANTENIMIENTO DE SERVICIOS DE ASEO PERSONAL PARA LOS TRABAJADORES	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.4.03	PLAN DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS NORMAS DE ALMACENAMIENTO, PREPARACIÓN, TRANSPORTE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, EN EL SERVICIO DE COMEDOR PARA LOS TRABAJADORES	Cubierta Riesgos Laborales
T1.1.4.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES DE SANEAMIENTO	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T1.1.6.	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES</i>	
T1.1.6.01	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES	Cubierta Riesgos Laborales
T2.	SEGURIDAD INDUSTRIAL (OCUPACIONAL)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<p>ÁREA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO, ENCARGADA DE ESTUDIAR, EVALUAR Y CONTROLAR LAS POSIBILIDADES DE GENERAR ACCIDENTES DENTRO DE LOS PROCESOS PRODUCTIVOS EMPRESARIALES COMPRENDE DOS SUBÁREAS ESPECÍFICAS ASÍ: SEGURIDAD INDUSTRIAL DE CAMPO - SU ACTIVIDAD ESTA ENCAMINADA A LA EVALUACIÓN DIRECTA DE LOS FACTORES DE RIESGO CAPACES DE GENERAR UN INCIDENTE O UN ACCIDENTE UNA VARIACIÓN ES LA SEGURIDAD DE CAMPO O AMBIENTAL, EN LA CUAL EL MISMO PROCEDIMIENTO SE APLICA PARA EVALUAR AMBIENTES GENERALES NO LABORALES, ESPECIALMENTE EN LO RELACIONADO CON CATÁSTROFES POTENCIALES - Y SEGURIDAD INDUSTRIAL DE CONTROL - DEFÍNASE ASÍ A LA DISCIPLINA ENCARGADA DE LA CONCEPCIÓN, EL DISEÑO Y LA PUESTA EN MARCHA DE MANERA EFECTIVA, DE ACCIONES ESPECÍFICAS - SISTEMAS DE CONTROL - PARA LA ERRADICACIÓN, EL CONTROL O DISMINUCIÓN DE LA MAGNITUD DE LOS RIESGOS DE ACCIDENTARSE O DE GENERARSE PÉRDIDAS EN EL AMBIENTE DE TRABAJO</p>	
T2.0.	IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T2.0.5.	FACTORES DE RIESGO DE SEGURIDAD	Cubierta Riesgos Laborales
T2.0.5.01	REGISTRO ACTUALIZADO DE AGENTES DE RIESGO POR UBICACIÓN Y PRIORIDADES	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>SEGÚN DECRETO 1072 DE 2015 O DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE</i>	
T2.0.5.02	REGISTRO ACTUALIZADO DE TRABAJADORES EXPUESTOS A AGENTES DE RIESGO	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>SEGÚN DECRETO 1072 DE 2015 O DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T2.0.5.03	INSPECCIÓN, REGISTRO, ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN DE RIESGOS DE INCENDIO Y EXPLOSIÓN	Cubierta Riesgos Laborales
T2.0.5.04	INSPECCIÓN, REGISTRO Y ANÁLISIS PERIÓDICO DE VULNERABILIDAD	Cubierta Riesgos Laborales
T2.0.5.05	INSPECCIÓN, REGISTRO Y ANÁLISIS PERIÓDICO DE REDES HIDRÁULICAS	Cubierta Riesgos Laborales
T2.0.5.10	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE ACCIDENTES DE TRABAJO	Cubierta Riesgos Laborales
T2.0.5.11	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGOS ELÉCTRICOS	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T2.0.5.12	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGO BIOLÓGICOS	Cubierta Riesgos Laborales
T2.0.5.13	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGO POR CONDICIONES MECÁNICAS O LOCATIVAS	Cubierta Riesgos Laborales
T2.0.5.14	INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGO POR CONDICIONES DE MANEJO DE VEHÍCULOS	Cubierta Riesgos Laborales
T2.0.5.50	INSPECCIÓN REGISTRO Y ANÁLISIS PERIÓDICO DE CONDICIONES DE SEGURIDAD	Cubierta Riesgos Laborales
T2.1.	CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T2.1.5.	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE SEGURIDAD	Cubierta Riesgos Laborales
T2.1.5.01	SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN DE ÁREAS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	ÁREAS DE TRABAJO, ZONAS DE ALMACENAMIENTO, VÍAS DE CIRCULACIÓN, SALIDAS, SALIDAS DE EMERGENCIA, RESGUARDOS, ZONAS DE RESGUARDOS Y ZONAS PELIGROSAS DE LAS MÁQUINAS E INSTALACIONES	
T2.1.5.02	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	AQUEL PARA MÁQUINAS, EQUIPOS, HERRAMIENTAS, INSTALACIONES LOCATIVAS, ALUMBRADO Y REDES ELÉCTRICAS E HIDRÁULICAS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T2.1.5.03	CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE BRIGADAS Y SIMULACROS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	BRIGADAS DE PRIMEROS AUXILIOS, SIMULACROS DE EVACUACIÓN Y RESCATE, DE EXTINCIÓN DE INCENDIOS, ENTRE OTRAS	
T2.1.5.04	SELECCIÓN, DOTACIÓN, MANTENIMIENTO, REPOSICIÓN Y REGISTRO DISCRIMINADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	SEGÚN DECRETO 1072 DE 2015 O DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1409 DE 2012, MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN 3368 DE 2014 PARA EL TRABAJO EN ALTURAS O DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE	
T2.1.5.05	DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T2.1.5.06	DISEÑO Y UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN Y GUARDAS EN MÁQUINAS	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	DISPOSITIVOS DE ENCLAVAMIENTO, DE VALIDACIÓN, DISPOSITIVO SENSIBLE, DE RETENCIÓN MECÁNICA, DISPOSITIVO LIMITADOR, DISPOSITIVO DISUASORIO, MANDO SENSIBLE, MANDO A DOS MANOS, MANDO DE MARCHA A IMPULSOS, PARADA DE EMERGENCIA, ESTRUCTURA DE PROTECCIÓN GUARDAS DE TIPO FIJO, MÓVIL, REGULABLE, CON DISPOSITIVO DE ENCLAVAMIENTO, CON DISPOSITIVO DE ENCLAVAMIENTO Y BLOQUEO, ASOCIADO AL MANDO	
T2.1.5.10	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE MANEJO DEFENSIVO Y SEGURIDAD VIAL	Cubierta Riesgos Laborales
T2.1.5.11	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE MANEJO SEGURO DE HERRAMIENTAS, MÁQUINAS, EQUIPOS O ARMAS	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>CALDERAS, MONTACARGAS ENTRE OTROS</i>	
T2.1.5.12	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE NORMAS DE SEGURIDAD EN EL ALMACENAMIENTO	Cubierta Riesgos Laborales
T2.1.5.13	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE SISTEMAS DE ALARMA	Cubierta Riesgos Laborales
T2.1.5.14	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE RIESGOS ELÉCTRICOS	Cubierta Riesgos Laborales
T2.1.5.15	INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T2.1.5.50	CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE SEGURIDAD	Cubierta Riesgos Laborales
Capítulo 27 PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES HACIA LA GESTIÓN EN SALUD OCUPACIONAL		
T9.	PROCESOS DE GESTION INSTITUCIONAL Y TERRITORIAL EN SALUD OCUPACIONAL	
T9.0.	NIVEL EMPRESARIAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T9.0.1.	PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
T9.0.1.01	DISEÑO, PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN PERIÓDICA Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	SEGÚN DECRETO 1072 DE 2015 O DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE	
T9.0.1.02	ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL PANORAMA GENERAL DE FACTORES DE RIESGO	Cubierta Riesgos Laborales
T9.0.1.03	ORGANIZACIÓN Y REGISTRO DEL FUNCIONAMIENTO PERMANENTE DEL COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T9.0.2.	PLAN DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES	Cubierta Riesgos Laborales
T9.0.2.01	DISEÑO, PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN PERIÓDICA Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL PLAN DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES	Cubierta Riesgos Laborales
T9.0.3.	PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO	Cubierta Riesgos Laborales
T9.0.3.01	DISEÑO, PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN PERIÓDICA Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO	Cubierta Riesgos Laborales
T9.0.4.	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL (OCUPACIONAL)	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T9.0.4.01	ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL (OCUPACIONAL)	Cubierta Riesgos Laborales
T9.0.5.	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
T9.0.5.01	DISEÑO, PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN PERIÓDICA Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
Incluye:	<i>SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES DE TRABAJO, DE ENFERMEDAD PROFESIONAL Y DE FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES; ANÁLISIS DE PERFILES DE MORBIMORTALIDAD DE ORIGEN COMÚN Y LABORAL</i>	
T9.0.5.02	REGISTRO ACTUALIZADO Y ANÁLISIS DEL AUSENTISMO POR: ACIDENTE DE TRABAJO, ENFERMEDAD PROFESIONAL O ENFERMEDAD COMÚN	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T9.1.	NIVEL MUNICIPAL, DISTRITAL Y DEPARTAMENTAL	
Incluye:	<i>LA ASISTENCIA TÉCNICA QUE LOS ENTES TERRITORIALES BRINDAN A LAS EMPRESAS, INSTITUCIONES PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS INCLUIDOS LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES [ARL] LAS ARP A SU VEZ PRESTAN ASESORÍA A LAS EMPRESAS, VIGILAN Y CONTROLAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL Y GARANTIZAN LA AFILIACIÓN DE LOS TRABAJADORES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES [SGRL]</i>	
T9.1.1.	PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
T9.1.1.01	ASISTENCIA TÉCNICA, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T9.1.1.02	ASISTENCIA TÉCNICA EN LA EJECUCIÓN DEL PANORAMA GENERAL DE FACTORES DE RIESGO	Cubierta Riesgos Laborales
T9.1.1.03	ASISTENCIA TÉCNICA, VIGILANCIA Y CONTROL DEL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
T9.1.2.	PLAN DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES	Cubierta Riesgos Laborales
T9.1.2.01	ASISTENCIA TÉCNICA, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES	Cubierta Riesgos Laborales
T9.1.3.	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL (OCUPACIONAL)	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T9.1.3.01	ASISTENCIA TÉCNICA, VIGILANCIA Y CONTROL DEL DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL (OCUPACIONAL)	Cubierta Riesgos Laborales
T9.1.4.	SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
T9.1.4.01	ASISTENCIA TÉCNICA, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
T9.2.	NIVEL NACIONAL	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>LA RESPONSABILIDAD QUE TIENEN LAS INSTITUCIONES (MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL EN COORDINACIÓN CON EL MINISTERIO DE SALUD) O SECTORES, SOBRE LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES, SEGÚN DECRETO 1295 DE 1994 O NORMAS VIGENTES, ADEMÁS DE BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA A LOS ENTES TERRITORIALES</i>	
T9.2.1.	POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES	Cubierta Riesgos Laborales
T9.2.1.01	FORMULACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL Y EVALUACIÓN DE SU EJECUCIÓN	Cubierta Riesgos Laborales
T9.2.2.	SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T9.2.2.01	FORMULACIÓN DE NORMAS DE ACREDITACIÓN Y ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LOS SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
T9.2.3.	AUDITORÍA EN SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
T9.2.3.01	FORMULACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE AUDITORÍA EN SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
T9.2.4.	REGULACIÓN Y EVALUACIÓN	Cubierta Riesgos Laborales
T9.2.4.01	REGULACIÓN DE LOS REQUISITOS MÍNIMOS, ESTÁNDARES DE CALIDAD Y LOS PARÁMETROS DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
T9.2.4.02	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LOS COMITÉS PARITARIOS DE SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
T9.2.4.03	REGULACIÓN DE LOS REQUISITOS MÍNIMOS, ESTÁNDARES DE CALIDAD Y LOS PARÁMETROS DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES	Cubierta Riesgos Laborales
T9.2.4.04	FORMULACIÓN Y REGULACIÓN DE PARÁMETROS TÉCNICOS PARA EL DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD OCUPACIONAL	Cubierta Riesgos Laborales
Sección 04 SERVICIOS DE SALUD		
Capítulo 28 LOS SERVICIOS DE SALUD		
S0.	SERVICIOS AMBULATORIOS	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DE UN USUARIO, CON EL CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y DE DOTACIÓN ESTABLECIDOS POR LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y DE CONDICIONES SANITARIAS QUE DEBEN CUMPLIR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD</i>	
S0.1.	SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	
Incluye:	<i>LOS REQUISITOS ESENCIALES ESTABLECIDOS POR REGLAMENTACIÓN VIGENTE, PARA LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA, FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA, TERAPIA RESPIRATORIA, OPTOMETRÍA, MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, OFTAMOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, DERMATOLOGÍA, ENTRE OTROS</i>	
S0.1.1.	CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD BAJA	Cubierta
S0.1.1.00	CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	Cubierta
S0.1.2.	CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD MEDIANA	Cubierta
S0.1.2.00	CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S0.1.3.	CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD ALTA	Cubierta
S0.1.3.00	CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD ALTA SOD	Cubierta
S1.	SERVICIOS DE INTERNACIÓN [HOSPITALIZACIÓN]	
Incluye:	<i>LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL INTRAMURAL DE UN USUARIO POR UN TIEMPO MAYOR A VEINTICUATRO (24) HORAS, CON EL CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y DE DOTACIÓN ESTABLECIDOS POR LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y DE CONDICIONES SANITARIAS QUE DEBEN CUMPLIR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD</i>	
Excluye:	<i>CAMAS DE: TRABAJO DE PARTO, RECUPERACIÓN, DE OBSERVACIÓN, CUNAS COMPLEMENTO DE CAMA OBSTÉTRICA, LAS LOCALIZADAS EN SERVICIOS DE RAYOS X, BANCO DE SANGRE, LABORATORIO CLÍNICO Y LAS DE ACOMPAÑANTE</i>	
Simultáneo:	<i>EL GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA INTERNACIÓN DEPENDERÁ DE LA CLASIFICACIÓN DEL SERVICIO OFRECIDO POR LA ENTIDAD PRESTADORA Y VERIFICADO POR LA DIRECCIÓN TERRITOTAL DE SALUD COMPETENTE</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S1.1.	INTERNACIÓN [HOSPITALIZACIÓN] GENERAL	
Excluye:	<i>INTERNACIÓN ESPECIAL (S1.2.)</i>	
S1.1.1.	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA	Cubierta
S1.1.1.01	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN UNIPERSONAL	Cubierta
S1.1.1.02	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN BIPERSONAL	Cubierta
S1.1.1.03	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN TRES CAMAS	Cubierta
S1.1.1.04	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN DE CUATRO CAMAS	Cubierta
S1.1.2.	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA	Cubierta
S1.1.2.01	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN UNIPERSONAL	Cubierta
S1.1.2.02	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN BIPERSONAL	Cubierta
S1.1.2.03	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN TRES CAMAS	Cubierta
S1.1.2.04	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN DE CUATRO CAMAS	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S1.1.3.	INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA	Cubierta
S1.1.3.01	INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA, HABITACIÓN UNIPERSONAL	Cubierta
S1.1.3.02	INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA, HABITACIÓN BIPERSONAL	Cubierta
S1.1.3.03	INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA, HABITACIÓN TRES CAMAS	Cubierta
S1.1.3.04	INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA, HABITACIÓN DE CUATRO CAMAS	Cubierta
S1.2.	INTERNACIÓN [HOSPITALIZACIÓN] ESPECIAL	
S1.2.1.	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Cubierta
S1.2.1.01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	Cubierta
S1.2.1.02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA	Cubierta
S1.2.1.03	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO	Cubierta
S1.2.2.	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	Cubierta
S1.2.2.01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S1.2.2.02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIÁTRICA	Cubierta
S1.2.2.03	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO	Cubierta
S1.2.3.	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE QUEMADOS	Cubierta
S1.2.3.01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE QUEMADOS, PEDIÁTRICA	Cubierta
S1.2.3.02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE QUEMADOS, ADULTO	Cubierta
S1.2.4.	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS BÁSICOS NEONATALES	Cubierta
S1.2.4.00	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS BÁSICOS NEONATALES SOD	Cubierta
S1.2.5.	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO PALIATIVO	Cubierta
Incluye:	AQUELLA PARA ATENCIÓN EXCLUSIVA DEL PACIENTE CRÓNICO SOMÁTICO, MANEJO DEL DOLOR ENTRE OTRAS CAUSAS	
S1.2.5.00	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO PALIATIVO SOD	Cubierta
S1.2.6.	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE AISLAMIENTO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	AQUELLA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES TRANSPLANTADOS, ENTRE OTRAS CAUSAS	
Excluye:	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (S1.2.7.) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (S1.2.1.), INTERNACIÓN EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD BAJA, MEDIANA O ALTA, HABITACIÓN UNIPERSONAL (S1.1.1.01, S1.1.2.01, S1.1.3.01)	
S1.2.6.00	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE AISLAMIENTO SOD	Cubierta
S1.2.7.	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL	Cubierta condicionada hasta 90 o 180 días según articulado de la Resolución 6408 de 2016
Incluye:	AQUELLA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS, FARMACODEPENDENCIA, ENTRE OTRAS CAUSAS	
S1.2.7.01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA	Cubierta condicionada hasta 90 o 180 días según articulado de la Resolución 6408 de 2016
S1.2.7.10	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	Cubierta condicionada hasta 90 o 180 días según articulado de la Resolución 6408 de 2016

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S1.2.7.20	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA	Cubierta condicionada hasta 90 o 180 días según articulado de la Resolución 6408 de 2016
S1.2.8.	INTERNACIÓN PARCIAL	Cubierta con aclaración
S1.2.8.01	INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN NO HOSPITALARIA (GRANJA PROTEGIDA, TALLER PROTEGIDO, CENTRO OCUPACIONAL O RESIDENCIA PROTEGIDA)	No Cubierta
S1.2.8.02	INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DÍA)	Cubierta
S2.	SERVICIOS DE SALA (TIPOS DE SALA)	
Simultáneo:	<i>EL GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA SALA DEPENDERÁ DE LA CLASIFICACIÓN DEL SERVICIO OFRECIDO POR LA INSTITUCIÓN PRESTADORA Y VERIFICADO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD COMPETENTE, SEGÚN LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y DE CONDICIONES SANITARIAS QUE DEBEN CUMPLIR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD</i>	
S2.0.	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS)	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S2.0.0.	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) COMPLEJIDAD BAJA	Cubierta
S2.0.0.00	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	Cubierta
S2.0.1.	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) COMPLEJIDAD MEDIANA	Cubierta
S2.0.1.00	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	Cubierta
S2.0.2.	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) COMPLEJIDAD ALTA	Cubierta
S2.0.2.00	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD ALTA SOD	Cubierta
S2.1.	SALA DE PARTO	
Incluye:	<i>UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS, INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y DOTACION BÁSICA SEGÚN REGLAMENTACIÓN VIGENTE PARA REQUISITOS ESENCIALES</i>	
S2.1.1.	SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD BAJA	Cubierta
S2.1.1.00	SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S2.1.2.	SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD MEDIANA	Cubierta
S2.1.2.00	SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	Cubierta
S2.2.	SALA DE PROCEDIMIENTOS	
Incluye:	<i>UTILIZACIÓN DE RECURSO HUMANO, INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y LA DOTACIÓN BÁSICA, SEGÚN REGLAMENTACION VIGENTE PARA REQUISITOS ESENCIALES</i>	
Excluye:	<i>SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) (S2.3.)</i>	
S2.2.1.	SALA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICA	Cubierta
S2.2.1.01	SALA DE CURACIONES	Cubierta
S2.2.1.02	SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	Cubierta
S2.2.1.03	SALA DE YESOS	Cubierta
S2.2.1.04	SALA BÁSICA DE PROCEDIMIENTOS	Cubierta
S2.2.2.	SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S2.2.2.01	SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS	Cubierta
S2.2.2.20	SALA DE HEMODIÁLISIS	Cubierta
S2.2.2.21	SALA DE HEMODINAMIA	Cubierta
S2.2.2.22	SALA DE QUIMIOTERAPIA	Cubierta
S2.2.2.23	SALA DE DIÁLISIS PERITONEAL	Cubierta
S2.2.2.24	SALA DE ENDOSCOPIA	Cubierta
S2.3.	SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS)	
Incluye:	UTILIZACIÓN DE RECURSO HUMANO, INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y LA DOTACIÓN BASICA, SEGÚN REGLAMENTACION VIGENTE PARA REQUISITOS ESENCIALES	
S2.3.1.	SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD BAJA	Cubierta
S2.3.1.00	SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	Cubierta
S2.3.2.	SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S2.3.2.00	SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	Cubierta
S2.3.3.	SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD ALTA	Cubierta
S2.3.3.00	SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) DE COMPLEJIDAD ALTA SOD	Cubierta
S3.	SERVICIOS DE TRASLADO [TRANSPORTE] DE PACIENTES (AMBULANCIA)	
Incluye:	<i>UTILIZACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL (VEHÍCULO), RECURSOS HUMANOS Y TÉCNICOS CALIFICADOS, DOTACIÓN BÁSICA Y REQUISITOS MÍNIMOS, PARA EL TRANSPORTE EXCLUSIVO DE PACIENTES, SEGÚN LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC 3729 DEL 30 DE MAYO DE 2001</i>	
S3.1.	SERVICIO DE TRASLADO BÁSICO DE PACIENTES [TAB]	
Incluye:	<i>LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE RECURSO HUMANO Y DOTACIÓN ESPECÍFICA DE ACUERDO A REGLAMENTACIÓN VIGENTE UNIDAD MÓVIL DESTINADA AL TRASLADO DE PACIENTES CUYO ESTADO REAL O POTENCIAL NO PRECISEN CIUDADADO ASISTENCIAL ESPECIALIZADO DURANTE EL TRANSPORTE</i>	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S3.1.1.	TRASLADO ACUÁTICO BÁSICO DE PACIENTES	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.1.1.01	TRASLADO ACUÁTICO BÁSICO DE PACIENTES, PRIMARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.1.1.02	TRASLADO ACUÁTICO BÁSICO DE PACIENTES, SECUNDARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.1.2.	TRASLADO AÉREO BÁSICO DE PACIENTES	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.1.2.01	TRASLADO AÉREO BÁSICO DE PACIENTES, PRIMARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.1.2.02	TRASLADO AÉREO BÁSICO DE PACIENTES, SECUNDARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.1.3.	TRASLADO TERRESTRE BÁSICO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.1.3.01	TRASLADO TERRESTRE BÁSICO DE PACIENTES, PRIMARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.1.3.02	TRASLADO TERRESTRE BÁSICO DE PACIENTES, SECUNDARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.3.	SERVICIO DE TRASLADO MEDICALIZADO DE PACIENTES [TAM]	

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
Incluye:	<i>LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE RECURSO HUMANO Y DOTACIÓN ESPECÍFICA DE ACUERDO A REGLAMENTACIÓN VIGENTE UNIDAD MÓVIL DESTINADA AL TRASLADO DE PACIENTES CUYO ESTADO POTENCIAL ES DE ALTO RIESGO Y REQUIEREN EQUIPAMIENTO, MATERIAL Y PERSONAL ESPECIALIZADO DURANTE EL TRANSPORTE; LAS HAY PARA ADULTOS, NEONATALES Y MIXTAS</i>	
S3.3.1.	TRASLADO ACUÁTICO MEDICALIZADO DE PACIENTES	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.3.1.01	TRASLADO ACUÁTICO MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.3.1.02	TRASLADO ACUÁTICO MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.3.2.	TRASLADO AÉREO MEDICALIZADO DE PACIENTES	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.3.2.01	TRASLADO AÉREO MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.3.2.02	TRASLADO AÉREO MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.3.3.	TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.3.3.01	TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S3.3.3.02	TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.4.	SERVICIO PREHOSPITALARIO	
S3.4.0.	SERVICIO PREHOSPITALARIO Y APOYO TERAPÉUTICO EN UNIDADES MÓVILES	Condicionada a cobertura de artículo 126
Incluye:	<p>EL CONJUNTO DE UNIDADES MÓVILES, RECURSO HUMANO Y DOTACIÓN ESPECÍFICA DE ACUERDO A REGLAMENTACIÓN VIGENTE, PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS O EMERGENCIAS, DISPONIBLES PARA DESPLAZARSE EN FORMA OPORTUNA AL LUGAR DE OCURRENCIA DE EMERGENCIA, URGENCIA O DESASTRE PARA BRINDAR LA ATENCIÓN INICIAL POR CUALQUIER AFECCIÓN, MANTENER ESTABILIZADO EL PACIENTE Y TRASLADARLO A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ADEMÁS DE ORIENTAR RESPECTO DE LAS CONDUCTAS PROVISIONALES QUE SE DEBEN ASUMIR MIENTRAS SE PRODUCE EL CONTACTO DE LA UNIDAD MÓVIL CON LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD</p>	
S3.4.0.00	SERVICIO PREHOSPITALARIO Y APOYO TERAPÉUTICO EN UNIDADES MÓVILES SOD	Condicionada a cobertura de artículo 126
S3.4.1.	TRASLADO ACUÁTICO EN ZONA DE DISPERSIÓN	Condicionada a cobertura de artículo 127

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S3.4.1.01	TRASLADO ACUÁTICO EN ZONA DE DISPERSIÓN	Condicionada a cobertura de artículo 127
S3.4.2.	TRASLADO AÉREO EN ZONA DE DISPERSIÓN	Condicionada a cobertura de artículo 127
S3.4.2.01	TRASLADO AÉREO EN ZONA DE DISPERSIÓN	Condicionada a cobertura de artículo 127
S3.4.3.	TRASLADO TERRESTRE EN ZONA DE DISPERSIÓN	Condicionada a cobertura de artículo 127
S3.4.3.01	TRASLADO TERRESTRE EN ZONA DE DISPERSIÓN	Condicionada a cobertura de artículo 127
S4.	SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (ALIMENTACIÓN)	
Incluye:	<i>LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DE UN USUARIO, CON EL CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y DE DOTACIÓN ESTABLECIDOS POR LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y DE CONDICIONES SANITARIAS QUE DEBEN CUMPLIR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD</i>	
S4.1.	SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (ALIMENTACIÓN)	
S4.1.0.	SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (ALIMENTACIÓN) EN INTERNACIÓN	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S4.1.0.01	SERVICIO DE LACTARIO	Cubierta
S4.1.0.02	SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA EN INTERNACIÓN	Cubierta
S4.2.	SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA	
S4.2.1.	SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD BAJA	Cubierta
S4.2.1.00	SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	Cubierta
S4.2.2.	SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD MEDIANA	Cubierta
S4.2.2.00	SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	Cubierta
S4.2.3.	SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD ALTA	Cubierta
S4.2.3.00	SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE COMPLEJIDAD ALTA SOD	Cubierta
S4.3.	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN	
S4.3.1.	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD BAJA	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S4.3.1.00	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	Cubierta
S4.3.2.	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD MEDIANA	Cubierta
S4.3.2.00	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	Cubierta
S4.3.3.	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD ALTA	Cubierta
S4.3.3.00	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN DE COMPLEJIDAD ALTA SOD	Cubierta
S4.8.	OTROS SERVICIOS	
S4.8.1.	SERVICIOS HISTOTECNOLÓGICOS EN LÁMINAS	Cubierta
Incluye:	<i>SUPERVISIÓN Y CONTROL DE CALIDAD EN EL PROCESAMIENTO TÉCNICO DE TEJIDO, DESHIDRATACIÓN, ACLARACIÓN, EMBIBICIÓN, INCLUSIÓN Y COLORACIÓN</i>	
S4.8.1.00	PREPARACIÓN DE LÁMINA HISTOLÓGICA O CITOLÓGICA SOD	Cubierta
S4.8.2.	SERVICIO DE MORGUE	No Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S4.8.2.01	SERVICIO TÉCNICO POST MORTEM	No Cubierta
Incluye:	EMBALSAMAMIENTO	
S5.	SERVICIO DE POBLACIÓN INDÍGENA	
S5.0.	SERVICIOS DE POBLACIÓN INDÍGENA	
S5.0.0.	SERVICIO EN POBLACIÓN INDÍGENA	Cubierta
S5.0.0.01	CASA DE PASO	Cubierta
S5.0.0.02	GUÍAS BILINGÜES	Cubierta
S5.0.0.03	ACCIONES INDIVIDUALES DE MEDICINA TRADICIONAL	Cubierta
S5.0.0.04	ACCIONES INDIVIDUALES DE ADECUACIÓN SOCIOCULTURAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD NO INDÍGENA	Cubierta
S5.0.0.05	ACCIONES INDIVIDUALES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD INDÍGENA	Cubierta
S5.0.0.07	TRANSPORTE URBANO	Cubierta

CÓDIGO	NUEVA DESCRIPCIÓN	NUEVA COBERTURA
S5.0.0.08	TRANSPORTE INTERMUNICIPAL TERRESTRE	Cubierta
S5.0.0.09	TRANSPORTE INTERMUNICIPAL FLUVIAL	Cubierta

