



MINISTERIO DE SALUD

SIS Seguro
Integral
de Salud

N° 230 - 2018/SIS

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 05 DIC. 2018



T. PAREDES



E. VALDEZ



D. LITUMA



F. SANCHEZ



R. SILVA



M. MARAVI

VISTOS: El Oficio N° 2958-2018-DGIESP/MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, el Informe N° 014-2018-SIS/GREP-SGIS/LGO con Proveído N° 392-2018-SIS/GREP de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, el Informe Conjunto N° 009-2018-SIS/GNF-SGF/NLP-ARC con Proveído N° 775-2018-SIS/GNF de la Gerencia de Negocios y Financiamiento; el Informe N° 015-2018-SIS/OGPPDO-UCTI-CESF con Proveído N° 259-2018-SIS/OGPPDO de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, y el Informe N° 604-2018-SIS/OGAJ/DE con Proveído N° 904-2018-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el Seguro Integral de Salud - SIS es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud, constituyéndose en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, con las funciones de recibir, captar y/o gestionar fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad;

Que, el literal a) del artículo 11 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, establece como una de las funciones de la IAFAS, brindar servicios de cobertura en salud a sus afiliados en el marco del proceso de Aseguramiento Universal en Salud;

Que, el artículo 3 del Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autoriza al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias - LIPIS por el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud - PEAS, dispone que el SIS en su calidad de IAFAS establece un sistema de tarifas y mecanismos de pago en el marco de los convenios de común acuerdo suscritos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS o de las normas legales vigentes;

Que, la Única Disposición Complementaria Final del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, aprobado por Decreto Supremo N° 030-2014-SA, otorga al SIS facultades para aprobar las disposiciones administrativas relacionadas a los procesos de afiliación, financiamiento, control de riesgos, control prestacional, control financiero, facturación, tarifas, mecanismos, modalidades de pago y desarrollo de planes complementarios, en el marco de la normatividad vigente;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 015-2018/SIS de fecha 29 de enero de 2018, modificada por Resolución Jefatural N° 216-2018/SIS de fecha 05 de noviembre de 2018, se aprueba el Tarifario de procedimientos de Servicios Intermedios del SIS;



Que, mediante Oficios N° 1138-2018-DGIESP/MINSA y 2958-2018-DGIESP/MINSA, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud solicitó al Seguro Integral de Salud – SIS la actualización del tarifario relacionado al Tamizaje Neonatal, en virtud a los acuerdos en reuniones de trabajo sostenidas con la Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones y la Gerencia de Negocios y Financiamiento del SIS, y los centros de procesamiento nacional del Tamizaje Neonatal (Instituto Nacional Materno Perinatal y Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”), a fin de implementar gradualmente la detección de anomalías o enfermedades en los recién nacidos del país;

Que, con Informe N° 014-2018-SIS/GREP-SGIS/LGO, de fecha 23 de octubre de 2018, la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, en su calidad de órgano de línea del SIS, a cargo de estudiar y proponer los parámetros cualitativos y cuantitativos de los productos y servicios en salud, analizó la composición cualicuantitativa de la propuesta de estructura de costos para el procedimiento de Tamizaje Neonatal propuesto por DGIESP, recomendando que la GNF continúe con el análisis de la estructura de costos y la tarificación de los CPT;



Que, con Informe Conjunto N° 009-2018-SIS/GNF-SGF/NLP-ARC, de fecha 12 de noviembre de 2018, la Gerencia de Negocios y Financiamiento, en su calidad de órgano de línea del SIS, a cargo de planear, organizar, dirigir y controlar la gestión financiera de los diferentes seguros que brinde el SIS, precisó que los nuevos procedimientos propuestos no implicarían gastos adicionales al marco presupuestal del SIS; por tanto, recomienda se proceda con la incorporación y actualización propuesta, al tarifario de procedimientos de servicios intermedios aprobados mediante la Resolución Jefatural N° 015-2018/SIS, modificada por la Resolución Jefatural N° 216-2018/SIS;



Que, a través del Informe N° 015-2018-SIS/OGPPDO-UCTI-CESF, de fecha 27 de noviembre de 2018, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional emite opinión técnica favorable para la incorporación y actualización de las tarifas en el “Tarifario de Procedimientos de Servicios Intermedios” del SIS, aprobado por Resolución Jefatural N° 015-2018/SIS, modificada por la Resolución Jefatural N° 216-2018/SIS;



Que, mediante Informe N° 604-2018-SIS/OGAJ/DE con Proveído N° 904-2018-SIS/OGAJ, la Oficina General de Asesoría Jurídica señala que en base a las opiniones técnicas favorables esgrimidas por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, la Gerencia de Negocios y Financiamiento y la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, corresponde emitir el acto resolutorio correspondiente;

Que, de conformidad con los numerales 11.2 y 11.8 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, corresponde al Jefe del SIS, aprobar las normas, directivas y procedimientos que posibiliten el cumplimiento de los objetivos institucionales y en ese sentido expedir las resoluciones jefaturales para tal efecto;

Con el visto de la Gerente de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, del Gerente de la Gerencia de Negocios y Financiamiento, de la Directora General de la Oficina

General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Secretaría General;

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA, modificado por Decreto Supremo N° 002-2016-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la incorporación de la tarifa bajo la denominación "Colección de sangre capilar (p. ej. dedo, talón u oreja)" signada bajo el Código CPT N° 36416 en el documento denominado "Tarifario de Procedimientos de Servicios Intermedios", aprobado como Anexo 2 de la Resolución Jefatural N° 015-2018/SIS" y modificado con Resolución Jefatural N° 216-2018/SIS, conforme a los términos descritos en el documento consolidado que como Anexo 1 forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

Artículo 2.- Aprobar la modificación del monto de la tarifa denominada "Tamizaje Neonatal (Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia suprarrenal, Fenilcetonuria, Fibrosis quística)" signada bajo el Código CPT N° 80099 en el documento denominado "Tarifario de Procedimientos de Servicios Intermedios", aprobado como Anexo 2 de la Resolución Jefatural N° 015-2018/SIS" y modificado con Resolución Jefatural N° 216-2018/SIS, conforme a los términos descritos en el documento consolidado que como Anexo 1 forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

Artículo 3.- Encargar a la Gerencia de Negocios y Financiamiento, en coordinación con la Oficina General de Tecnología de la Información, la implementación y ejecución de las disposiciones contenidas en la presente Resolución Jefatural.

Artículo 4.- Disponer la publicación de la presente Resolución Jefatural en el Diario Oficial El Peruano y en el Portal Institucional del Seguro Integral de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


DORIS MARCELA LITUMA AGUIRRE
Jefa del Seguro Integral de Salud

ANEXO N°1

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS INTERMEDIOS

(ANEXO N° 2 DE LA RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 015-2018/SIS)

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
1	70100	EXAMEN RADIOLÓGICO PARCIAL DE MANDÍBULA (3 PLACAS)	18.01
2	70120	EXAMEN RADIOLÓGICO PARCIAL DE MASTOIDES (4 PLACAS)	18.32
3	70134	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE MEATOS AUDITIVOS INTERNOS	22.63
4	70140	EXAMEN RADIOLÓGICO PARCIAL DE HUESOS FACIALES (2 PLACAS)	18.01
5	70160	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE HUESOS NASALES (2 PLACAS)	18.09
6	70170	DACRIOCISTOGRAFÍA DE CONDUCTO NASOLAGRIMAL	30.55
7	70190	EXAMEN RADIOLÓGICO DE FORÁMENES ÓPTICOS (2 PLACAS)	21.83
8	70200	EXAMEN COMPLETO DE ÓRBITAS (2 PLACAS)	22.63
9	70220	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE SENOS PARANASALES (3 PLACAS)	22.63
10	70240	EXAMEN RADIOLÓGICO DE SILLA TURCA (2 PLACAS)	18.50
11	70250	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO; MENOS DE CUATRO PLACAS	27.92
12	70260	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO; CUATRO PLACAS	38.14
13	70320	RADIOGRAFÍA DENTAL PANORÁMICA	16.60
14	70328	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, BOCA ABIERTA Y CERRADA; UNILATERAL (2 PLACAS)	20.23
15	70332	ARTROGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (***)	45.89
16	70360	EXAMEN RADIOLÓGICO, CUELLO, TEJIDOS BLANDOS	16.60
17	70373	LARINGOGRAMÍA CONTRASTADA (***)	45.89
18	70390	SIALOGRAMÍA (3 PLACAS) (***)	45.89
19	70391	ARTERIOGRAMÍA CEREBRAL BILATERAL (***)	25.54
20	71010	EXAMEN RADIOLÓGICO, TÓRAX; VISTA ÚNICA, FRONTAL.	16.60
21	71020	EXAMEN RADIOLÓGICO, TÓRAX, FRONTAL Y LATERAL	24.11
22	71035	RADIOGRAFÍA DE DECÚBITO LATERAL CON RAYO HORIZONTAL	16.60
23	71040	BRONQUIOGRAMÍA UNILATERAL	27.03
24	71100	EXAMEN RADIOLÓGICO DE PARRILLA COSTAL (2 PLACAS)	18.32
25	71120	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ESTERNÓN, MÍNIMO DE DOS INCIDENCIAS	24.11
26	72010	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA VERTEBRAL COMPLETA, ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	29.91
27	72020	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA VERTEBRAL, VISTA ÚNICA	16.60
28	72040	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA CERVICAL, 2 O 3 INCIDENCIAS	29.49
29	72050	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA CERVICAL; MÍNIMO DE CUATRO INCIDENCIAS (4 PLACAS)	41.24
30	72052	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA CERVICAL COMPLETO; INCLUYENDO ESTUDIOS OBLÍCUOS, DE FLEXIÓN Y/O DE EXTENSIÓN (4 PLACAS)	44.33
31	72070	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA VERTEBRAL TORÁCICA, DOS INCIDENCIAS (2 PLACAS)	24.11
32	72074	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA TORÁCICA, MÍNIMO DE CUATRO INCIDENCIAS (4 PLACAS)	28.52
33	72080	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA DORSOLUMBAR (2 PLACAS)	24.00
34	72100	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA LUMBOSACRA (2 A 3 VISTAS)	29.49
35	72110	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA LUMBOSACRA, MÍNIMO DE CUATRO INCIDENCIAS (4 PLACAS)	41.24
36	72120	RADIOLÓGICO DE PELVIS, MÍNIMO 4 INCIDENCIAS (4 PLACAS)	28.52
37	72170	EXAMEN RADIOLÓGICO DE PELVIS; UNA O DOS INCIDENCIAS	22.34
38	72190	EXAMEN RADIOLÓGICO DE PELVIS COMPLETO, MÍNIMO DE TRES INCIDENCIAS (3 PLACAS)	27.15
39	72200	EXAMEN RADIOLÓGICO, ARTICULACIONES SACROILÍACAS; MENOS DE TRES INCIDENCIAS (3 PLACAS)	22.34
40	72221	MIELOGRAFÍA COLUMNA TORACICA SIN CONTRASTE	22.63
41	72270	MIELOGRAFÍA DE CANAL ESPINAL COMPLETO, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAS (***)	45.89
42	72285	DISCOGRAMÍA CERVICAL, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAS (***)	20.60
43	73000	EXAMEN RADIOLÓGICO DE CLAVÍCULA (1 PLACA)	16.60
44	73010	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ESCÁPULA, COMPLETO	16.60
45	73020	EXAMEN RADIOLÓGICO DE HOMBRO (1 PLACA)	16.60
46	73030	EXAMEN RADIOLÓGICO DE HOMBRO, 2 INCIDENCIAS (2 PLACAS)	23.42
47	73040	ARTROGRAFÍA DE HOMBRO (***) (5 PLACAS)	45.89
48	73060	EXAMEN RADIOLÓGICO DE HÚMERO, (2 PLACAS)	22.34
49	73070	EXAMEN RADIOLÓGICO DE CODO (2 PLACAS)	20.10
50	73080	EXAMEN RADIOLÓGICO DE CODO; TRES INCIDENCIAS	22.52
51	73085	ARTROGRAFÍA DE CODO (***) (5 PLACAS)	45.89
52	73090	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ANTEBRAZO, DOS INCIDENCIAS (2 PLACAS)	21.18
53	73100	EXAMEN RADIOLÓGICO DE MUÑECA; DOS INCIDENCIAS (2 PLACAS)	21.18
54	73110	EXAMEN RADIOLÓGICO DE MUÑECA, 3 VISTAS	22.52
55	73115	ARTROGRAFÍA DE MUÑECA (***) (5 PLACAS)	45.89
56	73120	EXAMEN RADIOLÓGICO DE MANO, MÍNIMO DOS INCIDENCIAS (2 PLACAS)	21.18
57	73130	EXAMEN RADIOLÓGICO DE MANO, MÍNIMO TRES INCIDENCIAS (3 PLACAS)	22.52
58	73140	EXAMEN RADIOLÓGICO DE DEDOS DE MANOS, MÍNIMO DOS INCIDENCIAS (2 PLACAS)	16.54
59	73510	EXAMEN RADIOLÓGICO, CADERA, DE DOS VISTAS (2 PLACAS)	24.11
60	73520	EXAMEN RADIOLÓGICO BILATERAL DE CADERA, MÍNIMO DOS INCIDENCIAS DE CADA CADERA (2 PLACAS)	32.74
61	73525	ARTROGRAFÍA DE CADERA (***) (5 PLACAS)	45.89
62	73542	ARTROGRAFÍA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA (***) (5 PLACAS)	45.89
63	73550	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR, DOS INCIDENCIAS (2 PLACAS)	22.34
64	73560	EXAMEN RADIOLÓGICO DE RODILLA, DOS INCIDENCIAS (2 PLACAS)	22.34
65	73562	EXAMEN RADIOLÓGICO DE RODILLA, TRES INCIDENCIAS (3 PLACAS)	23.72
66	73580	ARTROGRAFÍA DE RODILLA (***) (5 PLACAS)	45.89
67	73590	RADIOGRAFÍA DE TIBIA Y PERONÉ, DOS INCIDENCIAS (2 PLACAS)	22.34
68	73600	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TOBILLO, 2 INCIDENCIAS (2 PLACAS)	21.18
69	73615	ARTROGRAFÍA DE TOBILLO (***) (5 PLACAS)	45.89
70	73620	EXAMEN RADIOLÓGICO DE PIE COMPLETO, MÍNIMO DOS INCIDENCIAS (2 PLACAS)	21.18
71	73630	EXAMEN RADIOLÓGICO DE PIE COMPLETO, MÍNIMO TRES INCIDENCIAS (3 PLACAS)	22.52
72	74000	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ABDOMEN AP	18.12
73	74020	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ABDOMEN COMPLETA, INCLUYE INCIDENCIA DE PIE Y/O DECÚBITO	24.11
74	74190	PERITONEOGRAMA (***)	46.34
75	74220	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ESÓFAGO (***) (2 PLACAS)	45.89
76	74246	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR A DOBLE CONTRASTE SIN KUB (***) (8 PLACAS)	45.89
77	74249	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR A DOBLE CONTRASTE CON KUB, Y CONTROL DE INTESTINO DELGADO (***) (6 PLACAS)	45.89
78	74250	EXAMEN RADIOLÓGICO DE INTESTINO DELGADO, CON MÚLTIPLES PLACAS SERIADAS (***)	49.74
79	74280	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLON CON CONTRASTE DE AIRE Y BARIO ESPECÍFICO DE ALTA DENSIDAD, CON O SIN GLUCAGÓN (***) (6 PLACAS)	71.97
80	74290	COLECISTOGRAMÍA ORAL (***) (3 PLACAS)	34.10
81	74300	COLANGIOGRAFÍA Y/O PANCREATOGRAMÍA INTRAQUIRÚRGICA (***) (3 PLACAS)	37.66
82	74301	COLANGIOGRAFÍA Y/O PANCREATOGRAMÍA INTRAQUIRÚRGICA ADICIONAL (***) (2 PLACAS)	37.66
83	74305	COLANGIOGRAFÍA Y PANCREATOGRAMÍA A TRAVÉS DE CATÉTER EXISTENTE (***) (3 PLACAS)	37.66
84	74320	COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA TRANSHEPÁTICA (***) (3 PLACAS)	37.66
85	74400	UROGRAFÍA EXCRETORIA (***) (4 PLACAS)	37.66



ANEXO N°1

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS INTERMEDIOS

(ANEXO N° 2 DE LA RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 015-2018/SIS)

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
86	74410	UROGRAFÍA, INFUSIÓN POR GOTEJO Y/O EN BOLO (***) (4 PLACAS)	37.66
87	74420	UROGRAFÍA RETRÓGRADA (***)	37.66
88	74425	UROGRAFÍA ANTERÓGRADA (***)	37.66
89	74430	CISTOGRAFÍA, MÍNIMO TRES INCIDENCIAS (***) (3 PLACAS)	37.66
90	74450	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA (***) (2 PLACAS)	37.66
91	74485	DILATACIÓN DE NEFROSTOMÍA, URÉTERES O URETRA (***)	37.66
92	74710	PELVIMETRÍA, CON O SIN UBICACIÓN PLACENTARIA (***) (3 PLACAS)	37.66
93	74740	HISTEROSALPINGOGRAFÍA (***) (4 PLACAS)	58.94
94	75600	AORTOGRAFÍA TORÁCICA SIN ESTUDIO SERIADO (***)	58.94
95	75625	AORTOGRAFÍA ABDOMINAL POR ESTUDIO SERIADO (***)	67.62
96	75650	ANGIOGRAFÍA CÉRVICO-CEREBRAL (***) (6 PLACAS)	91.30
97	75658	ANGIOGRAFÍA BRAQUIAL RETRÓGRADA (***)	91.30
98	75705	ANGIOGRAFÍA ESPINAL SELECTIVA (***)	91.30
99	75710	ANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDAD, UNILATERAL (***) (4 PLACAS)	91.30
100	75726	ANGIOGRAFÍA VISCERAL SELECTIVA O SUPRASELECTIVA (***) (6 PLACAS)	91.30
101	75801	LINFANGIOGRAFÍA UNILATERAL DE EXTREMIDAD (***)	80.27
102	75810	ESPLENOPORTOGRAFÍA (***) (4 PLACAS)	91.30
103	75820	VENOGRAFÍA UNILATERAL DE EXTREMIDAD (***)	75.04
104	75825	VENOGRAFÍA SERIADA DE LA CAVA INFERIOR (***) (3 PLACAS)	91.30
105	75827	VENOGRAFÍA SERIADA DE LA CAVA SUPERIOR (***) (3 PLACAS)	91.30
106	75831	VENOGRAFÍA RENAL UNILATERAL SELECTIVA (***)	91.30
107	75885	PORTOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA PERCUTÁNEA CON EVALUACIÓN HEMODINÁMICA (***)	91.30
108	75894	EMBOLIZACIÓN ARTERIA UTERINA (***)	91.30
109	75945	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR (***)	87.44
110	76020	ESTUDIOS DE EDAD ÓSEA (1 PLACA)	18.21
111	76040	ESTUDIOS DE LONGITUD DE HUESOS (ORTOROENTGENOGRAMA, ESTUDIO DE BARRIDO "SCANOGRAM") (2 PLACAS)	38.94
112	76061	SURVEY ÓSEO	33.15
113	76080	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ABSCESO, FÍSTULA O ESTUDIO DE TRACTO	33.15
114	76506	ECOGRAFÍA CEREBRAL	17.04
115	76510	ULTRASONIDO OFTÁLMICO, ECOGRAFÍA, DIAGNÓSTICO.	22.96
116	76512	ULTRASONIDO OFTÁLMICO DIAGNÓSTICO CON RASTREO B DE CONTACTO	22.96
117	76514	ULTRASONIDO OFTÁLMICO, DIAGNÓSTICO; PAQUIMETRÍA CORNEAL, (DETERMINACIÓN DEL ESPESOR CORNEAL) UNILATERAL O BILATERAL	41.32
118	76516	BIOMETRÍA OCULAR POR ULTRASONIDO	22.96
119	76536	ULTRASONIDO DE TEJIDOS BLANDOS DE CABEZA Y CUELLO	17.04
120	76604	ULTRASONIDO DE TÓRAX	15.52
121	76645	ECOGRAFÍA MAMARIA	17.04
122	76646	ECOGRAFÍA CAVIDAD PERICÁRDICA	18.56
123	76700	ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMPLETA	17.04
124	76705	ECOGRAFÍA VÍAS BILIARES	15.52
125	76770	ECOGRAFÍA RENAL	18.56
126	76775	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS	17.04
127	76800	ECOGRAFÍA DE CANAL ESPINAL Y CONTENIDO	18.56
128	76805	ULTRASONIDO DE ÚTERO GRÁVIDO, POSTERIOR AL 1ER TRIMESTRE	17.04
129	76811	ULTRASONIDO DE ÚTERO GRÁVIDO Y EVALUACIÓN FETAL DETALLADA	17.04
130	76816	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA SELECTIVA EVALUACIÓN MORFOLÓGICA DEL FETO PARA DESCARTE DE MALFORMACIONES	17.04
131	76817	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL OBSTÉTRICA	18.56
132	76818	PERFIL BIOFÍSICO FETAL	18.56
133	76819	PERFIL BIOFÍSICO FETAL SIN TEST NO ESTRESANTE	17.04
134	76825	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL	20.08
135	76827	ECOGRAFÍA FETAL DOPPLER	41.78
136	76830	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL (NO OBSTÉTRICA)	16.56
137	76831	HISTEROSONOGRAFÍA, CON O SIN FLUJO, DOPPLER CODIFICADO CON COLOR	43.35
138	76856	ULTRASONIDO PÉLVICO (NO OBSTÉTRICO)	15.52
139	76870	ECOGRAFÍA, ESCROTO Y CONTENIDO	15.52
140	76872	ULTRASONIDO PROSTÁTICO TRANSRECTAL	15.52
141	76880	ECOGRAFÍA NO VASCULAR DE EXTREMIDADES POR RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL	15.52
142	76885	ULTRASONIDO DE CADERAS DE LACTANTE	17.04
143	76942	BIOPSIA GUIADA POR ECOGRAFÍA	19.07
144	77055	MAMOGRAFÍA UNILATERAL (2 PLACAS)	28.15
145	77056	MAMOGRAFÍA BILATERAL (4 PLACAS)	42.18
146	77057	MAMOGRAFÍA DE TAMIZAJE	38.41
147	77080	DENSITOMETRÍA ÓSEA	43.34
148	77310	TELETERAPIA (TELECOBALTOTERAPIA) SESIÓN	6.00
149	77500	ACELERADOR LINEAL (1 SESIÓN)	3.25
150	77501	BRAQUIITERAPIA DE CONTACTO	60.60
151	77750	INFUSIÓN O INSTILACIÓN DE SOLUCIÓN DE RADIOELEMENTO (**)	15.24
152	77761	APLICACIÓN INTRACAVITARIA DEL RADIOELEMENTO	36.95
153	77781	BRAQUIITERAPIA POSTERIOR REMOTA DE ALTA INTENSIDAD	36.95
154	78000	CAPTACIÓN TIROIDEA EN DETERMINACIÓN ÚNICA CON IODO 131	211.96
155	78006	GAMMAGRAFÍA TIROIDEA	211.96
156	78007	PRUEBA DE ESTÍMULO CON TSH - GAMMAGRÁFICA	211.96
157	78008	PRUEBA DE SUPRESIÓN CON T3 GAMMAGRÁFICA	211.96
158	78009	PRUEBA DE ESTÍMULO CON TSH CAPTACIÓN	211.96
159	78010	PRUEBA DE DESCARGA CON PERCLORATO	211.96
160	78011	PRUEBA DE INHIBICIÓN CON T3 CAPTACIÓN	211.96
161	78019	OBTENCIÓN DE IMÁGENES DE METÁSTASIS DE CARCINOMA DE TIROIDES EN TODO EL CUERPO - RASTREO DE TEJIDO TIROIDEO A CUERPO ENTERO CON TALIO 201	211.96
162	78025	RASTREO DE TEJIDO TIROIDEO	252.29
163	78026	TERAPIA DE HIPERFUNCIÓN CON I-131	191.78
164	78027	TERAPIA DE ATIPIAS DIFERENCIADAS CON I-131	211.96
165	78028	RADIOABLACIÓN FUNCIONAL TIROIDEA CON I-131	211.96
166	78031	GAMMAGRAFÍA DE TIROIDES Y CAPTACIÓN CON TEC99M	211.96
167	78070	IMÁGENES DEL PARATIROIDES- GAMMAGRÁFICA DE PARATIROIDES CON SESTAMIBI-TEC99M	222.04
168	78072	DETECCIÓN DE ADENOMAS PARATIROIDES CON SESTAMIBI-TEC99M	222.04
169	78075	IMÁGENES DE ADRENALES, CORTEZA Y/O MÚDULA- GAMMAGRÁFICA DE GLÁNDULAS SUPRARENALES	222.04
170	78076	DETECCIÓN DE FEOCROMOCITOMA CON METIL-IODO- GUANETIDINA -123	222.04



ANEXO N°1

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS INTERMEDIOS

(ANEXO N° 2 DE LA RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 015-2018/SIS)

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
171	78078	GAMMAGRAFÍA DE TIROIDES PLANAR Y TOMOGRÁFICA CON TEC99M	211.96
172	78079	GAMMAGRAFÍA DE TIROIDES PLANAR Y TOMOGRÁFICA CON I-131	211.96
173	78185	IMÁGENES DEL BAZO SOLAMENTE	201.87
174	78195	IMÁGENES DE LINFÁTICOS Y GANGLIOS LINFÁTICOS	211.96
175	78196	IMÁGENES DE MÉDULA ÓSEA	191.78
176	78198	VOLUMEN PLASMÁTICO, POR TÉCNICA DE DETERMINACIÓN DE VOLUMEN MEDIANTE DILUCIÓN DE RADIOFÁRMACO (PROCEDIMIENTO SEPARADO); MUESTRA ÚNICA	191.78
177	78199	DETERMINACIÓN DEL VOLUMEN DE SANGRE ENTERA, INCLUYENDO LA DETERMINACIÓN SEPARADA DEL VOLUMEN PLASMÁTICO Y DEL VOLUMEN DE ERITROCITOS (TÉCNICA DE DETERMINACIÓN DE VOLUMEN POR DILUCIÓN DE RADIOFÁRMACOS)	191.78
178	78201	OBTENCIÓN DE IMÁGENES HEPÁTICAS ESTÁTICAS	201.87
179	78205	OBTENCIÓN DE IMÁGENES DEL HÍGADO POR SPECT	211.96
180	78215	OBTENCIÓN DE IMÁGENES HEPÁTICAS Y DE BAZO ESTÁTICAS	222.04
181	78220	ESTUDIO DE FUNCIÓN HEPÁTICA CON AGENTES HEPATOBILIARES	211.96
182	78223	IMÁGENES DEL SISTEMA DE CONDUCTOS HEPATOBILIARES INCLUYENDO LA VESÍCULA BILIAR	252.29
183	78230	IMÁGENES DE GLÁNDULAS SALIVALES	222.04
184	78258	MOTILIDAD ESOFÁGICA	252.29
185	78261	OBTENCIÓN DE IMÁGENES DE MUCOSA GÁSTRICA	222.04
186	78262	ESTUDIO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO	242.21
187	78264	ESTUDIO DE VACIAMIENTO GÁSTRICO	252.29
188	78278	OBTENCIÓN DE IMÁGENES DE PÉRDIDA GASTROINTESTINAL AGUDA DE SANGRE	252.29
189	78279	DETECCIÓN DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL	272.45
190	78281	IMÁGENES DE INTESTINO (P. EJ., MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA, UBICACIÓN MECKEL, VÓLVULO)	272.45
191	78300	OBTENCIÓN DE IMÁGENES DE HUESOS Y/O ARTICULACIONES LIMITADAS A UNA ZONA	222.04
192	78305	GAMMAGRAFÍA ÓSEA Y/O ARTICULAR, MÚLTIPLES ÁREAS	222.04
193	78321	GAMMAGRAFÍA CON NANOCÓLIDOS-TEC99M	222.04
194	78322	GAMMAGRAFÍA CON HIG (INMUNOGLOBULINAS-TEC99M)	222.04
195	78350	ESTUDIO DE DENSIDAD ÓSEA DE UNA O MÁS ZONAS POR ABSORCIOMETRÍA ÚNICA DE FOTONES	222.04
196	78360	GAMMAGRAFÍA DE MÉDULA ÓSEA	191.78
197	78362	GAMMAGRAFÍA ÓSEA PLANAR Y TOMOGRÁFICA	222.04
198	78363	GAMMAGRAFÍA ÓSEA TRIFÁSICA	242.21
199	78364	GAMMAGRAFÍA ÓSEA SEGMENTARIA-SEGMENTO	211.96
200	78365	GAMMAGRAFÍA ÓSTEOMUSCULAR	242.21
201	78366	GAMMAGRAFÍA ÓSTEOARTICULAR-OTROS	242.21
202	78367	GAMMAGRAFÍA ÓSTEOARTICULAR-COXOFEMORALES	242.21
203	78368	GAMMAGRAFÍA ÓSTEOARTICULAR-SACROILIACAS	242.21
204	78369	GAMMAGRAFÍA ÓSTEOARTICULAR-HOMBROS	242.21
205	78455	ESTUDIO DE TROMBOSIS VENOSA-FLEBOGRAFÍA ISOTÓPICA REGIONAL	222.04
206	78456	TROMBOVENOGRAFÍA PROFUNDA	222.04
207	78458	OBTENCIÓN DE IMÁGENES DE TROMBOSIS VENOSA MEDIANTE VENOGRAMA BILATERAL - FLEBOGRAFÍA ISOTÓPICA DE MIEMBROS INFERIORES	222.04
208	78481	ESTUDIO CON PIRIFOSFATO PLANAR	222.04
209	78482	ESTUDIO CON PIRIFOSFATO PLANAR Y TOMOGRÁFICO	242.21
210	78483	ESTUDIO CON MIBI-TEC99M REPOSO-ESFUERZO Y TOMOGRÁFICA (SPECT)	222.04
211	78484	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON MIBI-TEC99M REPOSO Y TOMOGRÁFICA (SPECT)	242.21
212	78485	ESTUDIO CON TALIO - 201 EN REPOSO PLANAR Y TOMOGRÁFICO	222.04
213	78486	ESTUDIO CON TALIO - 201 EN REPOSO Y ESFUERZO PLANAR Y TOMOGRÁFICO	242.21
214	78487	ESTUDIO CON TALIO - 201 EN REPOSO PLANAR Y POSTDIPIRIDAMOL CON SPECT	252.29
215	78489	VENTRICULOGRAFÍA EN REPOSO Y CON APLICACIÓN FARMACOLÓGICA	222.04
216	78490	VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA EN REPOSO Y ESFUERZO	242.21
217	78491	VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA EN REPOSO	222.04
218	78492	ESTUDIO DE PRIMER PASAJE EN REPOSO	222.04
219	78493	ESTUDIO DE PRIMER PASAJE REPOSO Y ESFUERZO	242.21
220	78494	ESTUDIO DE SHUNTS Y CÁLCULO DEL QP/QS	222.04
221	78495	GAMMAGRAFÍA MIOCÁRDICA CON PIRIFOSFATO	242.21
222	78496	GAMMAGRAFÍA DE ESPACIO VASCULAR CARDIACO Y/O GRANDES VASOS	242.21
223	78497	TERAPIA CON RADIONUCLEIDOS	222.04
224	78521	GAMMAGRAFÍA CEREBRAL	222.04
225	78522	GAMMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES	222.04
226	78524	GAMMAGRAFÍA DE VÍAS BILIARES	262.37
227	78525	GAMMAGRAFÍA HIGADO Y BAZO	222.04
228	78580	GAMMAGRAFÍA PULMONAR DE PERFUSIÓN	181.70
229	78584	GAMMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN PULMONAR, PARTÍCULAS, CON VENTILACIÓN, INHALACIÓN ÚNICA	201.87
230	78587	OBTENCIÓN DE IMÁGENES MÚLTIPLES SOBRE VENTILACIÓN PULMONAR CON AEROSOL-GAMMAGRAFÍA PULMONAR DE VENTILACIÓN	222.04
231	78588	OBTENCIÓN DE IMÁGENES DE PERFUSIÓN PULMONAR CON PARTÍCULAS Y DE VENTILACIÓN CON AEROSOL- GAMMAGRAFÍA PULMONAR DE PERFUSIÓN/VENTILACIÓN Y FLEBOGRAFÍA	242.21
232	78608	RADIOANGIOGRAFÍA CON GAMMAGRAFÍA PLANAR Y TOMOGRÁFICA	242.21
233	78609	RADIOANGIOGRAFÍA CON GAMMAGRAFÍA CEREBRAL ESTÁTICA PLANAR	242.21
234	78610	TOMOGRÁFICA NUCLEAR DE CEREBRO CON DTPA/GHCA	222.04
235	78630	CISTERNOGRAFÍA ISOTÓPICA	222.04
236	78631	CISTERNOGRAFÍA TOMOGRÁFICA	222.04
237	78648	FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL REGIONAL CON HMPAO Y SPECT	222.04
238	78649	FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL CON ECD Y SPECT	242.21
239	78654	RADIOANGIOGRAFÍA CEREBRAL	222.04
240	78660	TOMOGRÁFICA CEREBRAL CON TALIO - 201	222.04
241	78700	GAMMAGRAFÍA RENAL CON GHCA-TEC99M	222.04
242	78701	GAMMAGRAFÍA RENAL CON DMSA-TEC99M	222.04
243	78711	GAMMAGRAFÍA RENAL CON GHCA-TEC99M Y TOMOGRÁFICA	242.21
244	78712	RADIORRENOGRAMA ISOTÓPICO CON MAG3-TEC99M	222.04
245	78713	RADIORRENOGRAMA ISOTÓPICO CON DTPA-TEC99M	222.04
246	78714	TEST DE FUROSEMIDA (LASIX) *DOS RADIORRENOGRAMAS	222.04
247	78716	TEST DE CAPTOPRIL *DOS RADIORRENOGRAMAS	232.12
248	78730	ESTUDIO RESIDUAL DE VEJIGA URINARIA	191.78
249	78740	ESTUDIO DE REFLUJO VÉSICO URETERAL -MÉTODOS DIRECTO	222.04
250	78741	ESTUDIO DE REFLUJO VÉSICO URETERAL -MÉTODOS INDIRECTO	242.21
251	78761	OBTENCIÓN DE IMÁGENES Y FLUJO VASCULAR DE TESTÍCULOS- PERFUSIÓN TESTICULAR	191.78
252	78762	DETERMINACIÓN DE FILTRACIÓN DE GLOMERULAR (GFR) Y RADIORRENOGRAMA	191.78



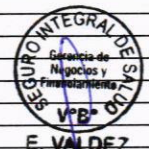
ANEXO N°1

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS INTERMEDIOS

(ANEXO N° 2 DE LA RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 015-2018/SIS)

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
253	78802	EVALUACIÓN DE SHUNTS	191.78
254	78808	GAMMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN REGIONAL	222.04
255	78822	BIOPSIA X TAC	12.94
256	78891	BIOPSIA DIRIGIDA X FLUOROSCOPIA (***)	42.11
257	78892	DRENAJE X TAC	5.06
258	78893	PICTOGRAFIA ANTEROGRADA	10.36
259	78894	TOMOGRAFIA LINEAL (4)	12.94
260	78895	QUIMIOTERAPIA ARTERIAL SELECTIVA	15.61
261	80048	BATERIA METABOLICA BASICA	9.34
262	80051	ELECTROLITOS SERICOS	7.45
263	80055	PERFIL PRENATAL: HEMOGRAMA DE TERCERA GENERACIÓN, GRUPO SANGUÍNEO, GLUCOSA, VDRL, HIV, EXAMEN DE ORINA, RUBÉOLA	24.10
264	80057	PERFIL PREOPERATORIO: HEMOGRAMA DE TERCERA GENERACIÓN, GRUPO SANGUÍNEO, FACTOR RH, TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRÍA, TIEMPO DE PROTROMBINA, GLUCOSA, HIV, VDRL, EXAMEN COMPLETO DE ORINA	22.79
265	80058	BATERIA DE HEPATITIS: ANTIGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B (HBSAG), ANTICUERPO CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B (HBSAB), ANTICUERPO CONTRA EL ANTIGENO DE LA NUCLEOCÁPSIDE DE LA HEPATITIS B (HBCAB), IGG E IGM, ANTICUERPO CONTRA LA HEPAT	12.84
266	80061	PERFIL LIPIDICO	13.46
267	80062	PERFIL CARDIACO: CPK, CPK-MB, DHL, TGO	12.31
268	80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO	15.69
269	80072	PERFIL REUMATOIDEO	9.85
270	80076	PERFIL HEPÁTICO	13.90
271	80077	ESTUDIO HISTOQUÍMICO DE LÍQUIDO PLEURAL	14.57
272	80089	PERFIL DE INGRESO INMUNOLOGIA	15.60
273	80090	EXAMEN DE TORCH	36.32
274	80095	PERFIL DE DONANTE DE SANGRE (GRUPO SANGUÍNEO, HEMATOCRITO, VIH I-II, HBSAG, VHC, SÍFILIS, CHAGAS, HTLV I-II Y ANTICORE HB)	16.64
275	80096	PERFIL DE NEONATO (HEMATOCRITO, GLUCOSA, GRUPO SANGUÍNEO Y RH, TSH)	21.80
276	80099	TAMIZAJE NEONATAL: (HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, HIPERPLASIA SUPRARRENAL, FENILCETONURIA, FIBROSIS QUÍSTICA)	49.55
277	80100	SCREENING PARA DROGAS	6.60
278	80150	DOSAJE DE AMIKACINA	7.04
279	80154	DOSAJE DE BENZODIACEPINAS	8.97
280	80156	DOSAJE DE CARBAMACEPINA TOTAL	12.88
281	80158	DOSAJE DE CICLOSPORINA	12.81
282	80162	DOSAJE DE DIGOXINA	11.06
283	80164	DOSAJE DE ÁCIDO VALPROICO	9.38
284	80170	DOSAJE DE GENTAMICINA	9.55
285	80178	DOSAJE DE LITIO	5.99
286	80184	DOSAJE DE FENOBARBITAL	13.39
287	80185	DOSAJE DE FENITOÍNA TOTAL	13.39
288	80188	DOSAJE DE PRIMIDONA	13.08
289	80190	DOSAJE DE PROCAINAMIDA	9.24
290	80194	DOSAJE DE QUINIDINA	6.50
291	80196	DOSAJE DE SALICILATO	6.22
292	80198	DOSAJE DE TEofilina	12.23
293	80200	DOSAJE DE TOBRAMICINA	7.11
294	80202	DOSAJE DE VANCOMICINA	9.28
295	80203	DOSAJE DE METOTREXATE	42.86
296	81000	EXAMEN DE ORINA CON TIRA REACTIVA	1.92
297	81001	EXAMEN DE ORINA AUTOMATIZADO CON MICROSCOPIA	1.92
298	81003	EXAMEN DE ORINA NO AUTOMATIZADO CON MICROSCOPIA	1.92
299	81005	ANÁLISIS DE ORINA CUALITATIVO O SEMICUANTITATIVO, EXCEPTO INMUNOENSAYOS	1.92
300	81007	TIRA REACTIVA PARA BACTERIURIA	6.46
301	81015	EXAMEN MICROSCÓPICO DE SEDIMENTO URINARIO	1.92
302	81025	TEST DE EMBARAZO EN ORINA	6.46
303	81050	ESTUDIO DE ORINA 24 HORAS	8.51
304	82003	ACETAMINOFENO	7.64
305	82020	ADENOSINAMINASA (ADA)	6.09
306	82024	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓFICA (ACTH)	10.05
307	82040	MEDICIÓN DE ALBÚMINA SÉRICA	3.67
308	82042	ALBÚMINA URINARIA, CUANTITATIVA	3.67
309	82043	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA EN ORINA	13.01
310	82044	PROTEINURIA CUALITATIVA EN ORINA (TIRA REACTIVA)	13.01
311	82055	ALCOHOL EN SANGRE	5.27
312	82085	ALDOLASA	6.89
313	82088	ALDOSTERONA	17.63
314	82103	ALFA-1-ANTITRIPSINA; TOTAL	7.47
315	82105	ALFA FETOPROTEÍNA (AFP) SÉRICA	12.70
316	82135	ACIDO DELTA-AMINOLEVULÍNICO (ALA)	10.73
317	82140	AMONÍACO	6.05
318	82143	ESPECTROFOTOMETRÍA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO	6.80
319	82145	ANFETAMINA O METANFETAMINA	9.42
320	82150	DOSAJE DE AMILASA	7.88
321	82157	ANDROSTENEDIONA	16.84
322	82163	ANGIOTENSINA II	24.21
323	82172	APOLIPOPROTEINA	17.35
324	82232	BETA-2-MICROGLOBULINA	14.04
325	82247	BILIRRUBINA TOTAL	3.64
326	82248	BILIRRUBINA DIRECTA	6.64
327	82270	SANGRE OCULTA EN HECES, 1-3 DETERMINACIONES	3.15
328	82310	CALCIO SÉRICO	3.95
329	82330	CALCIO IONIZADO	4.97
330	82340	CALCIO URINARIO CUANTITATIVO	11.11
331	82355	CÁLCULO; ANÁLISIS CUALITATIVO	11.79
332	82378	ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	14.65
333	82379	CARNITINA (TOTAL Y LIBRE), CUANTITATIVO, CADA MUESTRA	6.19
334	82382	CATECOLAMINAS; TOTALES, ORINA	6.80
335	82390	CERULOPLASMINA	7.95



E. VALDEZ

ANEXO N°1

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS INTERMEDIOS

(ANEXO N° 2 DE LA RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 015-2018/SIS)

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
336	82435	CLORURO; EN SANGRE	3.86
337	82436	CLORURO; EN ORINA	6.46
338	82465	COLESTEROL TOTAL, EN SUERO O SANGRE TOTAL	4.27
339	82480	DOSAJE DE COLINESTERASA EN SUERO	6.19
340	82520	COCAINE OR METABOLITE	9.78
341	82530	CORTISOL; LIBRE	9.02
342	82533	CORTISOL TOTAL	10.39
343	82540	CREATINA	3.50
344	82550	CREATINA FOSFOQUINASA TOTAL (CPK-TOTAL)	5.72
345	82553	CREATINA FOSFOQUINASA MB (CPK-MB)	7.80
346	82565	CREATININA EN SANGRE	3.50
347	82570	CREATININA (24 HRS.)	6.80
348	82575	DEPURACIÓN DE CREATININA	5.64
349	82595	CRIOGLOBULINA	6.19
350	82607	DOSAJE DE CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12)	6.19
351	82627	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO DHEA - SO4	11.15
352	82668	ERITROPOYETINA	8.12
353	82670	ESTRADIOL	22.49
354	82671	ESTRÓGENOS; FRACCIONADOS	7.57
355	82677	ESTRIOL	11.56
356	82679	ESTRONA	6.19
357	82705	GRASAS O LÍPIDOS FECALES	2.45
358	82710	GRASAS O LÍPIDOS FECALES; CUANTITATIVOS	2.83
359	82728	FERRITINA	29.64
360	82731	FIBRONECTINA	6.19
361	82746	ÁCIDO FÓLICO SÉRICO	9.56
362	82757	FRUCTOSA EN SEMEN	6.80
363	82760	GALACTOSA	6.19
364	82784	GAMMAGLOBULINA; IGA, IGD, IGG, IGM CADA UNA	8.05
365	82785	GAMMAGLOBULINA; IGE	10.94
366	82800	GASES EN SANGRE, PH SOLAMENTE	2.81
367	82803	GASES ARTERIALES	6.78
368	82804	RESERVA ALCALINA	7.92
369	82941	GASTRINA	18.01
370	82943	GLUCAGÓN	10.49
371	82945	GLUCOSA EN OTROS FLUIDOS CORPORALES (NO SANGRE)	6.19
372	82947	GLUCOSA CUANTITATIVA EN SANGRE	3.12
373	82948	GLUCOSA (TIRA REACTIVA)	3.78
374	82950	PRUEBA DE SOBRECARGA DE GLUCOSA	5.53
375	82951	GLUCOSA, PRUEBA DE TOLERANCIA, TRES MUESTRAS	9.08
376	82955	DOSAJE G6PDH	8.47
377	82977	GLUTAMIL TRANSFERASA, GAMMA (GGT)	6.19
378	82985	PROTEÍNA GLUCOSILADA	43.73
379	83001	FSH	24.19
380	83002	LH	12.44
381	83003	HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANA (SOMATOTROPINA)	12.79
382	83010	HAPTOGLOBINA CUANTITATIVA	54.73
383	83015	METALES PESADOS (ARSENICO, BARIO, BERILIO, BISMUTO, ANTIMONIO, MERCURIO)	9.22
384	83020	HEMOGLOBINA, FRACCIONAMIENTO Y ANÁLISIS CUANTITATIVO; ELECTROFORESIS (P. EJ., A2, S, C Y/O F)	11.97
385	83021	HEMOGLOBINA, FRACCIONAMIENTO Y ANÁLISIS CUANTITATIVO; CROMATOGRAFÍA (P. EJ., A2, S, C Y/O F)	8.29
386	83030	HEMOGLOBINA; F(FETAL), ANÁLISIS QUÍMICO	6.19
387	83036	DOSAJE DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	43.73
388	83070	HEMOSIDERINA; CUALITATIVA	8.74
389	83090	HOMOCISTEÍNA	6.19
390	83491	HIDROXICORTICOSTEROIDES, 17- (17-OHCS)	6.75
391	83497	ACIDO HIDROXIINDOLACÉTICO, 5-(HIAA)	7.03
392	83498	HIDROXIPIROGESTERONA, 17-D	10.49
393	83505	HIDROXIPROLINA; TOTAL	7.43
394	83520	OTRO INMUNOENSAYO (DOSAJE DE ENOLASA ESPECÍFICA)	6.19
395	83521	INMUNOHISTOQUÍMICA POR MARCADOR	30.70
396	83525	INSULINA	10.98
397	83540	HIERRO SÉRICO	13.13
398	83550	CAPACIDAD DE LIGAR EL HIERRO	20.51
399	83586	CETOSTEROIDES, 17- (17-KS); TOTALES	11.14
400	83605	LACTATO (ÁCIDO LÁCTICO)	6.19
401	83615	LACTATO DESHIDROGENASA (LDH)	3.96
402	83625	LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH); ISOENZIMAS, SEPARACIÓN Y DETERMINACIÓN CUANTITATIVA	5.40
403	83634	LACTOSA EN ORINA; CUANTITATIVA	9.33
404	83661	FOSFATIDILGLICEROL Ó RATIO LECITINA/ESFINGOMIELINA	6.19
405	83662	TEST DE CLEMENTS LECITINA-ESFINGOMIELINA,	6.19
406	83690	LIPASA	5.99
407	83715	LIPOPROTEÍNAS EN SANGRE; SEPARACIÓN Y DETERMINACIÓN CUANTITATIVA POR ELECTROFORESIS	9.91
408	83718	HDL COLESTEROL	7.28
409	83719	VLDL COLESTEROL	6.43
410	83721	LDL COLESTEROL	12.18
411	83735	MAGNESIO	6.19
412	83874	MIOGLOBINA	14.90
413	83898	REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)	24.09
414	83925	OPIÁCEOS (P. EJ., MORFINA, MEPERIDINA)	8.91
415	83930	OSMOLALIDAD; SANGRE	2.21
416	83935	OSMOLALIDAD; ORINA	2.46
417	83970	PARATHORMONA (PTH)	13.60
418	83986	PH EN LÍQUIDO CORPORAL, EXCEPTO SANGRE (PH VAGINAL, TEST DE NITRAZINA)	6.19
419	84030	FENILALANINA (PKU), EN SANGRE	6.19
420	84060	FOSFATASA ÁCIDA; TOTAL	6.19



ANEXO N°1

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS INTERMEDIOS

(ANEXO N° 2 DE LA RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 015-2018/SIS)

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
421	84066	FOSFATASA ÁCIDA PROSTÁTICA	7.68
422	84075	FOSFATASA ALCALINA	4.11
423	84080	FOSFATASA ALCALINA; ISOENZIMAS	6.19
424	84081	FOSFOLÍPIDOS	6.19
425	84100	FÓSFORO EN SANGRE	8.69
426	84105	FÓSFORO INORGÁNICO (FOSFATO); EN ORINA	2.91
427	84106	PORFEBILINÓGENO EN ORINA; CUALITATIVO	4.90
428	84119	PORFIRINAS EN ORINA; CUALITATIVAS	6.19
429	84126	PORFIRINAS FECALES; CUANTITATIVAS	6.80
430	84132	POTASIO SÉRICO	6.03
431	84133	POTASIO; EN ORINA	4.62
432	84135	PREGNANDIOL	21.19
433	84144	PROGESTERONA	21.19
434	84145	PROCALCITONINA	6.19
435	84146	PROLACTINA	21.19
436	84152	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	13.55
437	84154	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) LIBRE	13.55
438	84155	PROTEÍNAS TOTALES	3.58
439	84156	PROTEINURIA DE 24 HORAS	8.23
440	84157	PROTEÍNAS EN OTROS FLUIDOS CORPORALES	6.19
441	84165	PROTEÍNAS; FRACCIONAMIENTO Y DETERMINACIÓN CUANTITATIVA POR ELECTROFORESIS	9.50
442	84207	DOSAJE DE PIRIDOXINA (VITAMINA B6)	6.19
443	84220	PIRUVATO QUINASA (PK)	7.75
444	84244	RENINA	12.72
445	84295	SODIO SÉRICO	4.89
446	84300	SODIO; ORINA	5.23
447	84305	SOMATOMEDINA	19.38
448	84376	SUSTANCIAS REDUCTORAS	6.80
449	84402	TESTOSTERONA	20.28
450	84403	TESTOSTERONA; TOTAL	20.28
451	84408	TETRAHYDROCANNABINOL THC (MARIJUANA)	9.78
452	84432	TIROGLOBULINA	22.22
453	84436	TIROXINA; TOTAL	12.48
454	84439	TIROXINA; LIBRE	11.18
455	84442	GLOBULINA, TRANSPORTADORA DE TIROXINA (TBG)	6.19
456	84443	DOSAJE DE HORMONA TIROESTIMULANTE (TSH)	20.32
457	84450	TGO TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA	4.49
458	84460	TGP TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRÚVICA	4.49
459	84466	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA	12.52
460	84478	TRIGLICÉRIDOS	6.19
461	84480	TRIYODOTIRONINA (T3)	15.28
462	84481	TRIYODOTIRONINA T3; LIBRE	18.28
463	84510	TIROSINA (T4)	12.48
464	84512	TROPONINA	6.19
465	84520	UREA	4.03
466	84540	NITRÓGENO URÉICO, EN ORINA	6.36
467	84550	ACIDO ÚRICO	3.38
468	84560	ACIDO ÚRICO; OTRA FUENTE	3.29
469	84577	UROBILINÓGENO EN HECES, CUANTITATIVO	6.19
470	84578	UROBILINÓGENO EN ORINA; CUALITATIVO	6.19
471	84585	VANILILMANDÉLICO, ÁCIDO (VMA), EN ORINA	12.89
472	84620	XILOSA, PRUEBA DE ABSORCIÓN, EN SANGRE Y/O EN ORINA	12.10
473	84702	GONADOTROPINA CORIÓNICA (HCG); CUANTITATIVA	30.42
474	84703	GONADOTROPINA CORIÓNICA CUALITATIVA	30.42
475	84704	DOSAJE DE SUBUNIDAD BETA	30.13
476	84830	OVULACIÓN, PRUEBAS DE, POR MÉTODOS DE COMPARACIÓN VISUAL DE COLOR, PARA LA HORMONA LUTEINIZANTE HUMANA	6.80
477	84999	CITOQUÍMICO DE FLUIDOS (EXCEPTO SANGRE, ORINA, HECES)	6.80
478	85002	TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRÍA	2.23
479	85007	HEMOGRAMA	7.08
480	85014	HEMATOCRITO	2.16
481	85018	DOSAJE DE HEMOGLOBINA	6.24
482	85027	HEMOGRAMA COMPLETO	7.08
483	85032	RECUENTO MANUAL DE CONSTANTES CORPUSCULARES POR SEPARADO	2.53
484	85042	TEST DE ADDIS	5.71
485	85045	RECUENTO DE RETICULOCITOS	5.71
486	85048	RECUENTO AUTOMATIZADO DE LEUCOCITOS	5.71
487	85049	EOSINÓFILO, RECUENTO DE	5.71
488	85060	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	2.47
489	85097	INTERPRETACIÓN DEL EXTENDIDO DE MÉDULA ÓSEA SOLAMENTE	1.92
490	85170	RETRACCIÓN DE COÁGULO	6.27
491	85244	MEDICIÓN DEL ANTÍGENO ASOCIADO AL FACTOR VIII	5.71
492	85301	ANTITROMBINA	5.71
493	85302	PROTEÍNA C	5.71
494	85303	INHIBIDORES DE LA COAGULACIÓN O ANTICOAGULANTES; PROTEÍNA C, ACTIVIDAD	6.27
495	85305	PROTEÍNA S	5.71
496	85362	MEDICIÓN DE PRODUCTO DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO (PDF) POR AGLUTINACIÓN EN PLACA	6.29
497	85378	DÍMERO D	5.71
498	85384	FIBRINÓGENO	5.71
499	85460	TEST DE KLEIHAUER-BETKE	5.71
500	85540	MEDICIÓN DE FOSFATASA ALCALINA LEUCOCITARIA	7.16
501	85549	PRUEBA DE MURAMIDASA	8.83
502	85555	MEDICIÓN DE FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS SIN INCUBACIÓN	5.71
503	85590	RECUENTO DE PLAQUETAS	2.47
504	85610	TIEMPO DE PROTROMBINA	6.58
505	85651	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR	2.65



E. VALDEZ

ANEXO N°1

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS INTERMEDIOS

(ANEXO N° 2 DE LA RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 015-2018/SIS)

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
506	85670	TIEMPO DE TROMBINA PLASMÁTICA	6.23
507	85705	ANTICOAGULANTE LÚPICO	4.87
508	85730	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	6.48
509	85999	CÉLULAS LE	15.19
510	86000	AGLUTINACIONES	5.99
511	86006	BRUCELLA ESTUDIO SEROLÓGICO COMPLETO	9.18
512	86007	BRUCELLA ESTUDIO CON ROSA DE BENGALA	5.25
513	86008	BRUCELLA: AGLUTINACIONES BLOQUEADORES	5.38
514	86010	BRUCELLA:FENÓMENO DE ZONA	5.25
515	86038	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA)	15.60
516	86060	ANTIESTREPTOLISINA O ASO	14.76
517	86140	PROTEÍNA C REACTIVA	8.38
518	86141	PROTEÍNA C-REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD	17.64
519	86147	ANTICUERPO ANTICARDIOLIPINA	16.85
520	86148	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS	15.60
521	86156	CRIOAGLUTININA; EVALUACIÓN	6.29
522	86160	COMPLEMENTO: C3, C4	16.10
523	86162	COMPLEMENTO TOTAL HEMOLÍTICO (CH 50)	15.19
524	86200	ANTICUERPO PÉPTIDO CITRULINADO CÍCLICO (CCP)	15.60
525	86225	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI DNA NATIVO O DE DOBLE CADENA	19.81
526	86226	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI DNA DE CADENA SIMPLE	15.19
527	86235	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA ANTÍGENO NUCLEAR EXTRAÍBLE	18.73
528	86256	ANCA	15.60
529	86316	INMUNOENSAYO CUANTITATIVO PARA OTROS ANTÍGENOS	26.09
530	86318	INMUNOENSAYO PARA ANTICUERPOS DE AGENTES INFECCIOSOS	15.60
531	86319	INMUNOFIJACIÓN	43.44
532	86320	INMUNOELECTROFÓRESIS DE SUERO	15.83
533	86325	INMUNOELECTROFÓRESIS Y CONCENTRACIÓN DE OTROS LÍQUIDOS (ORINA, LCR)	15.83
534	86332	ANÁLISIS DE COMPLEJOS INMUNES	15.19
535	86337	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA LA INSULINA	15.19
536	86359	LINFOCITOS T, RECUENTO TOTAL	15.85
537	86360	LINFOCITOS T, RECUENTO ABSOLUTO DE CD4 Y CD8	19.51
538	86361	LINFOCITOS T, RECUENTO ABSOLUTO DE CD4	15.85
539	86430	FACTOR REUMATOIDEO CUALITATIVO	5.65
540	86486	PRUEBA CUTÁNEA PARA ANTÍGENO ESPECÍFICO	16.29
541	86580	PRUEBA INTRADÉRMICA PARA TBC (PPD)	4.17
542	86588	ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO (PRUEBA RÁPIDA)	5.38
543	86592	PRUEBA DE SÍFILIS CUALITATIVA (VDRL, RPR)	4.34
544	86603	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA ADENOVIRUS	15.60
545	86606	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA ASPERGILUS	15.60
546	86611	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS A BARTONELLA	15.60
547	86622	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA BRUCELLA	15.19
548	86628	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA CANDIDA	15.60
549	86631	SEROLOGÍA PARA CHLAMYDIA	22.85
550	86644	ANTICUERPOS PARA CITOMEGALOVIRUS	22.20
551	86645	ANTICUERPOS PARA CITOMEGALOVIRUS IGM	22.45
552	86658	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA ECHOVIRUS	15.60
553	86664	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA ANTÍGENO NUCLEAR DEL VIRUS EPSTEIN BARR	16.67
554	86665	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA ANTÍGENO DE CÁPSIDE DEL VIRUS EPSTEIN BARR	16.67
555	86677	ELISA HELICOBACTER PYLORI	15.60
556	86687	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA HTLV-I	15.60
557	86689	IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPO ANTI VIH 1-2 PRUEBA CONFIRMATORIA (WESTERN BLOT)	44.42
558	86695	ANTICUERPOS PARA HERPES SIMPLE, TIPO 1	15.99
559	86698	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA HISTOPLASMA	15.19
560	86701	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA HIV-1 / HIV -2	12.81
561	86702	DETECCIÓN SEMICUANTITATIVA DE ANTICUERPOS PARA HIV-2	12.81
562	86703	ELISA O PRUEBA RÁPIDA PARA HIV-1 Y HIV-2	9.48
563	86704	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS TOTALES PARA NÚCLEO DE VIRUS DE HEPATITIS B (TOTAL ANTI-HBCORE)	14.79
564	86705	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-CORE IGM PARA NÚCLEO DE VIRUS DE HEPATITIS B	18.13
565	86706	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA ANTÍGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B (HBS-AG)	17.80
566	86707	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS E DE HEPATITIS B (HBEAB)	15.60
567	86708	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA HEPATITIS A	18.13
568	86709	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IGM PARA VIRUS DE HEPATITIS A	16.24
569	86710	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA VIRUS INFLUENZA	15.60
570	86738	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA MYCOPLASMA	15.60
571	86747	ANTICUERPOS PARA PARVOVIRUS	15.60
572	86762	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA RUBÉOLA	15.70
573	86765	ANTICUERPOS PARA RUBÉOLA (SARAMPIÓN)	15.60
574	86768	DETECCIÓN PARA ANTICUERPOS CONTRA SALMONELLA	13.55
575	86777	ANTICUERPOS PARA TOXOPLASMA	17.85
576	86778	ANTICUERPOS PARA TOXOPLASMA IGM	17.85
577	86780	PRUEBA ESPECÍFICA DE TREPONEMA PALLIDUM (EJ FTA)	15.60
578	86781	PRUEBA DE CONFIRMACIÓN DE ANTICUERPOS PARA TREPONEMA PALLIDUM	17.27
579	86787	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA VIRUS VARICELA ZOSTER	15.60
580	86790	PRUEBA DE ANTICUERPO PARA VIRUS NO ESPECIFICADO (EJ. ELISA FIEBRE AMARILLA, TORCH)	15.60
581	86793	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA YERSINIA	15.60
582	86800	ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS	15.60
583	86803	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA HEPATITIS C	19.41
584	86812	HLA B27	15.60
585	86880	TEST DE COOMBS DIRECTO, CADA ANTISUERO	5.71
586	86885	TEST DE COOMBS INDIRECTO, CADA GLÓBULO ROJO REACTIVO	5.71
587	86886	TEST DE COOMBS INDIRECTO, CADA TÍTULO DE ANTICUERPOS	5.71
588	86890	OBTENCIÓN, PROCESADO Y ALMACENAMIENTO DE SANGRE O COMPONENTE AUTÓLOGO	15.73
589	86900	GRUPO SANGÜÍNEO	4.01
590	86901	FACTOR RH	2.66



ANEXO N°1

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS INTERMEDIOS

(ANEXO N° 2 DE LA RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 015-2018/SIS)

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
591	86906	TIPIFICACIÓN COMPLETA FENOTIPO RH	7.66
592	86917	CELULAS PROGENITORAS	13.20
593	86920	PRUEBAS CRUZADAS	15.19
594	86922	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD PARA CADA UNIDAD; TÉCNICA DE ANTIGLOBULINA	16.64
595	86924	BANCO DE SANGRE:LEUCOFERESIS	13.20
596	87015	DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS POR CONCENTRACIÓN	17.08
597	87040	HEMOCULTIVO	13.83
598	87045	COPROCULTIVO	13.02
599	87046	MIELOCULTIVO	11.36
600	87070	CULTIVO BACTERIANO (NO SANGRE, ORINA NI HECES)	13.88
601	87086	UROCULTIVO CON RECUENTO DE COLONIAS	11.36
602	87087	UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	11.87
603	87101	CULTIVO PARA HONGOS A PARTIR DE PIEL, CABELLO O UÑAS	5.63
604	87102	CULTIVO DE HONGOS	5.63
605	87115	BACILOSCOPIA: BK	3.56
606	87116	CULTIVO PARA MICOBACTERIA	11.36
607	87161	CUTIVO PARA ANAERÓBICOS	11.36
608	87172	TEST DE GRAHAM	1.89
609	87177	EXAMEN DE PARÁSITOS Y HUEVOS POR FROTIS DIRECTO (3 MUESTRAS)	2.39
610	87179	EXAMEN COPROLÓGICO FUNCIONAL	2.23
611	87180	PARASITOLÓGICO - SEDIMENTACIÓN EN COPA	2.66
612	87184	PRUEBA DE SENSIBILIDAD	8.64
613	87190	PRUEBA SE SUSCEPTIBILIDAD DE M. TUBERCULOSIS	11.01
614	87205	GRAM O GIEMSA DE FUENTE PRIMARIA	2.06
615	87206	TINCIÓN FLUORESCENTE O ACIDO RESISTENTE (P. EJ. BK)	8.99
616	87207	FROTIS CON TINCIÓN ESPECIAL PARA CUERPOS DE INCLUSIÓN O PARÁSITOS (GOTA GRUESA)	2.35
617	87209	TINCIÓN ESPECIAL COMPLEJA PARA HUEVOS Y PARÁSITOS	8.99
618	87210	EXTENDIDO DE FUENTE PRIMARIA (EXAMEN EN FRESCO)	8.64
619	87220	EXAMEN DE PIEL, CABELLO O UÑAS PARA EXAMINAR HUEVOS O LARVAS DE ECTOPARÁSITOS (KOH)	2.10
620	87230	CULTIVO DE TEJIDOS PARA ANÁLISIS DE TOXINAS (ENSAYO DE TOXINAS O ANTITOXINAS MEDIANTE CULTIVO DE TEJIDOS)	11.36
621	87250	ASLAMIENTO VIRAL POR INOCULACIÓN EN HUEVOS O ANIMALES PEQUEÑOS, INCLUYE OBSERVACIÓN Y DISECCIÓN	12.54
622	87254	ASLAMIENTO CON TÉCNICA DE SHELL VIAL	10.17
623	87272	DETECCIÓN DE ANTÍGENO DE CRYPTOSPORIDIUM POR INMUNOFLUORESCENCIA	16.97
624	87274	DETECCIÓN DE ANTÍGENO DE HERPES SIMPLE TIPO 1 POR INMUNOFLUORESCENCIA	16.97
625	87276	DETECCIÓN DE ANTÍGENO DE VIRUS INFLUENZA A POR INMUNOFLUORESCENCIA	15.64
626	87280	INMUNOFLUORESCENCIA VSR	16.04
627	87285	DETECCIÓN DE ANTÍGENO DE TREPONEMA PALLIDUM POR INMUNOFLUORESCENCIA	17.08
628	87299	DETECCIÓN DE AGENTE INFECCIOSO POR INMUNOFLUORESCENCIA DIRECTA	15.60
629	87320	DETECCIÓN DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS	24.33
630	87340	DETECCIÓN DE ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE VIRUS DE HEPATITIS B (HBSAG) POR ELISA	15.28
631	87350	DETERMINACIÓN DE HBEAG ANTÍGENO EPSILON	15.36
632	87351	HEPATITIS B: AG EPSILON	16.04
633	87445	CHAGAS ELISA	15.60
634	87449	DETECCIÓN DE AGENTE INFECCIOSO POR ELISA	15.60
635	87536	CUANTIFICACIÓN DE ADN O ARN; HIV (CARGA VIRAL)	16.71
636	87797	DETECCIÓN DE AGENTE INFECCIOSO POR MEDIO DE ÁCIDOS NUCLEICOS	16.71
637	87799	CUANTIFICACIÓN DE ADN O ARN, POR CADA ORGANISMO	26.24
638	88141	CITOPATOLOGÍA CERVICAL O VAGINAL Y TAMIZAJE MANUAL (PAPANICOLAOU)	5.92
639	88172	CITOLOGÍA DE ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA	8.77
640	88200	CITOMETRIA CELULAS PROGENITORAS	88.24
641	88201	CITOMETRIA LINFOCITOS CD4, CD8	132.58
642	88202	CITOMETRIA MIELOMA	152.25
643	88204	CITOMETRIA-LEUCEMIA	395.04
644	88205	CITOMETRIA-LINFOCITOS T,B,NK	274.17
645	88206	CITOMETRIA-LINFOMA	489.29
646	88207	CITOMETRIA-PROCESO PARCIAL/FRUSTO	24.37
647	88208	CITOQUIMICA LEUCEMIA AGUDA	395.04
648	88209	CITOQUIMICA LINFOMA-II C	489.29
649	88210	ESTUDIO CITOGENETICO	221.02
650	88292	CARIOTIPO+BANDA GTG MEDULA OSEA	204.77
651	88293	CARIOTIPO+BANDA GTG SANGRE PERIFERICA	221.02
652	88294	CARIOTIPO+BANDA GTG TUMORES SOLIDOS	129.22
653	88300	ESTUDIO MACROSCÓPICO DE PIEZA OPERATORIA	9.78
654	88302	ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE PIEZA OPERATORIA CON MICROSCOPIA ELECTRÓNICA	28.80
655	88318	ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE PIEZA OPERATORIA CON TÉCNICAS DE INMUNOHISTOQUÍMICA O INMUNOFLUORESCENCIA	23.76
656	88380	PATOLOGIA: PIEZA OPERATORIA GRANDE	88.29
657	88381	PATOLOGIA: PIEZA OPERATORIA MEDIANA	59.19
658	88382	PATOLOGIA: PIEZA OPERATORIA PEQUEÑA	29.61
659	89050	RECUENTO CELULAR EN LÍQUIDOS CORPORALES VARIOS (EXCEPTO SANGRE)	2.75
660	89051	RECUENTO CELULAR EN LÍQUIDOS CORPORALES, CON RECUENTO DIFERENCIAL (EJ. SECRECIÓN CERVICAL)	12.54
661	89055	EXAMEN DE LEUCOCITOS EN HECES	5.88
662	89060	TEST DE FERN (HOJA DE HELECHO)	12.54
663	89240	TEST DE LANETA	12.54
664	89320	SEMEN - ESPERMATOGRAMA	7.51
665	70450	TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE CEREBRO; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
666	70460	TEM CEREBRO CON CONTRASTE	253.74
667	70480	TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE ÓRBITA, SILLA TURCA O FOSA POSTERIOR, U OÍDO EXTERNO, MEDIO O INTERNO SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
668	70486	TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE ZONA MÁXIOfACIAL SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
669	70488	TEM MACIZO FACIAL CON CONTRASTE	308.02
670	70490	TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA, TEJIDO BLANDO DEL CUELLO; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
671	70492	TEM CUELLO CON CONTRASTE	263.06
672	70496	ANGIOTEM CEREBRAL	374.32
673	71250	TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE TÓRAX; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
674	71270	TEM TORAX CON CONTRASTE	268.61
675	71275	ANGIOTEM DE TORAX NO CORONARIA	374.32



ANEXO N°1

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS INTERMEDIOS

(ANEXO N° 2 DE LA RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 015-2018/SIS)

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifarío
676	72125	TOMOGRÁFIA AXIAL COMPUTARIZADA, COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
677	72127	TEM COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	320.02
678	72128	TEM COLUMNA DORSAL SIN CONTRASTE	166.03
679	72130	TEM COLUMNA DORSAL CON CONTRASTE	308.05
680	72133	TEM COLUMNA LUMBO-SACRA CON CONTRASTE	308.05
681	72192	TOMOGRÁFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE PELVIS; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
682	73200	TOMOGRÁFIA AXIAL COMPUTARIZADA, EXTREMIDAD SUPERIOR; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
683	73206	ANGIOTEM DE EXTREMIDAD SUPERIOR CON CONTRASTE	446.62
684	73700	TOMOGRÁFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE MIEMBRO INFERIOR SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
685	73706	ANGIOTEM EXTREMIDADES INFERIORES	446.62
686	74150	TOMOGRÁFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE ABDOMEN SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
687	74170	TEM DE ABDOMEN COMPLETO CON CONTRASTE	275.03
688	75194	TEM ABDOMEN INFERIOR CON CONTRASTE	268.74
689	75635	ANGIOTEM AORTA ABDOMINAL	463.66
690	76375	TEM RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL EN GENERAL	127.76
691	7045001	TEM CEREBRO SIN CONTRASTE	156.57
692	7048001	TEM OIDO EXTERNO, MEDIO O INTERNO SIN CONTRASTE	156.52
693	7048002	TEM DE FOSA POSTERIOR SIN MATERIAL DE CONTRASTE	156.61
694	7048003	TEM ORBITA SIN CONTRASTE	156.61
695	7048004	TEM SENOS PARANASALES SIN CONTRASTE	171.48
696	7048005	TEM DE SILLA TURCA SIN MATERIAL DE CONTRASTE	156.61
697	7048201	TEM OIDO EXTERNO, MEDIO O INTERNO CON CONTRASTE	278.00
698	7048202	TEM ORBITA CON CONTRASTE	269.46
699	7048203	TEM SENOS PARANASALES CON CONTRASTE	298.60
700	7048204	TEM DE SILLA TURCA CON MATERIAL DE CONTRASTE	269.46
701	7048601	TEM MACIZO FACIAL SIN CONTRASTE	166.03
702	7049001	TEM CUELLO SIN CONTRASTE	165.93
703	7049002	ANGIOTEM CUELLO (CAROTIDA)	377.79
704	7125001	TEM TORAX SIN CONTRASTE	156.56
705	7125002	ANGIOTEM CARDIACA	423.25
706	7212501	TEM COLUMNA CERVICAL SIN CONTRASTE	166.03
707	7213101	TEM COLUMNA LUMBO-SACRA SIN CONTRASTE	166.03
708	7213102	TEM COLUMNA SACRO-COXIS SIN CONTRASTE	166.03
709	7219201	TEM PELVIS OSEA SIN CONTRASTE	166.03
710	7219202	TEM ABDOMEN INFERIOR SIN CONTRASTE	156.65
711	7320001	TEM MANO SIN CONTRASTE	166.03
712	7320002	TEM MUÑECA SIN CONTRASTE	166.03
713	7320003	TEM DE ANTEBRAZO SIN CONTRASTE	166.03
714	7320004	TEM CODO SIN CONTRASTE	166.03
715	7320005	TEM DE BRAZO SIN CONTRASTE	166.03
716	7320006	TEM HOMBRO SIN CONTRASTE	166.03
717	7320201	TEM MANO CON CONTRASTE	308.02
718	7320202	TEM MUÑECA CON CONTRASTE	308.02
719	7320203	TEM DE ANTEBRAZO CON CONTRASTE	308.05
720	7320204	TEM CODO CON CONTRASTE	308.02
721	7320205	TEM DE BRAZO CON CONTRASTE	308.05
722	7320206	TEM HOMBRO CON CONTRASTE	298.63
723	7370001	TEM PIE SIN CONTRASTE	166.03
724	7370002	TEM TOBILLO SIN CONTRASTE	166.91
725	7370003	TEM DE PIERNA SIN CONTRASTE	166.03
726	7370004	TEM RODILLA SIN CONTRASTE	166.03
727	7370005	TEM DE MUSLO SIN CONTRASTE	166.03
728	7370201	TEM PIE CON CONTRASTE	313.59
729	7370202	TEM TOBILLO CON CONTRASTE	308.05
730	7370203	TEM DE PIERNA CON CONTRASTE	308.05
731	7370204	TEM RODILLA CON CONTRASTE	308.02
732	7370205	TEM DE MUSLO CON CONTRASTE	308.05
733	7415001	TEM ABDOMEN SUPERIOR SIN CONTRASTE	156.65
734	7415003	TEM DE ABDOMEN COMPLETO SIN CONTRASTE	162.94
735	7417001	TEM ABDOMEN SUPERIOR CON CONTRASTE	268.74
736	7441501	UROTOMOGRÁFIA (UROTOM) CON CONTRASTE	422.20
737	7441502	UROTOMOGRÁFIA (UROTOM) SIN CONTRASTE	207.82
738	7560501	ANGIOTEM AORTA TORAXICA	404.24
739	7055101	RM CEREBRO SIN CONTRASTE	274.27
740	7055301	RM CEREBRO CON CONTRASTE	318.68
741	7054001	RM ORBITA SIN CONTRASTE	274.27
742	7054301	RM ORBITA CON CONTRASTE	318.68
743	7054004	RM OIDO SIN CONTRASTE	274.27
744	7054304	RM OIDO CON CONTRASTE	318.68
745	7054003	RM MACIZO FACIAL SIN CONTRASTE	274.27
746	7054303	RM MACIZO FACIAL CON CONTRASTE	318.68
747	7054002	RM CUELLO SIN CONTRASTE	274.27
748	7054302	RM CUELLO CON CONTRASTE	318.68
749	7033601	RM ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR SIN CONTRASTE	274.27
750	7033602	RM ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON CONTRASTE	318.68
751	7055102	RM HIPOFISIS SIN CONTRASTE	274.27
752	7055302	RM HIPOFISIS CON CONTRASTE	318.68
753	7155002	RM MEDIASTINO SIN CONTRASTE	274.27
754	7155202	RM MEDIASTINO CON CONTRASTE	318.68
755	7155001	RM PARED TORAXICA SIN CONTRASTE	274.27
756	7155201	RM PARED TORAXICA CON CONTRASTE	318.68
757	7418101	RM ABDOMEN SUPERIOR SIN CONTRASTE	274.27
758	7418301	RM ABDOMEN SUPERIOR CON CONTRASTE	318.68
759	7418102	RM ABDOMEN INFERIOR SIN CONTRASTE	274.27
760	7418302	RM ABDOMEN INFERIOR CON CONTRASTE	318.68



ANEXO N°1

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS DE SERVICIOS INTERMEDIOS

(ANEXO N° 2 DE LA RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 015-2018/SIS)

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
761	7430501	RM COLANGIORESONANCIA SIN CONTRASTE	274.27
762	7430502	RM COLANGIORESONANCIA CON CONTRASTE	318.68
763	7440001	RM URORESONANCIA SIN CONTRASTE	274.27
764	7440002	RM URORESONANCIA CON CONTRASTE	318.68
765	7828101	RM ENTEROGRAFIA CON CONTRASTE	318.68
766	72141	RM COLUMNA CERVICAL SIN CONTRASTE	274.27
767	72142	RM COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	318.68
768	72146	RM COLUMNA DORSAL SIN CONTRASTE	274.27
769	72147	RM COLUMNA DORSAL CON CONTRASTE	318.68
770	72148	RM COLUMNA LUMBO- SACRO SIN CONTRASTE	274.27
771	72149	RM COLUMNA LUMBO- SACRO CON CONTRASTE	318.68
772	7215601	RM COLUMNA ARTICULACION SACROILIACA SIN CONTRASTE	274.27
773	7215602	RM COLUMNA ARTICULACION SACROILIACA CON CONTRASTE	318.68
774	7322103	RM HOMBRO SIN CONTRASTE	274.27
775	7322303	RM HOMBRO CON CONTRASTE	318.68
776	7321802	RM ANTEBRAZO SIN CONTRASTE	274.27
777	7322002	RM ANTEBRAZO CON CONTRASTE	318.68
778	7321803	RM BRAZO SIN CONTRASTE	274.27
779	7322003	RM BRAZO CON CONTRASTE	318.68
780	7322102	RM CODO SIN CONTRASTE	274.27
781	7322302	RM CODO CON CONTRASTE	318.68
782	7322101	RM MUÑECA SIN CONTRASTE	274.27
783	7322301	RM MUÑECA CON CONTRASTE	318.68
784	7321801	RM MANO SIN CONTRASTE	274.27
785	7322001	RM MANO CON CONTRASTE	318.68
786	7321804	RM PLEXO BRAQUEAL SIN CONTRASTE	274.27
787	7322004	RM PLEXO BRAQUEAL CON CONTRASTE	318.68
788	7372103	RM CADERAS SIN CONTRASTE	274.27
789	7372303	RM CADERAS CON CONTRASTE	318.68
790	7371803	RM MUSLO SIN CONTRASTE	274.27
791	7372003	RM MUSLO CON CONTRASTE	318.68
792	7372102	RM RODILLA SIN CONTRASTE	274.27
793	7372302	RM RODILLA CON CONTRASTE	318.68
794	7371802	RM PIERNA SIN CONTRASTE	274.27
795	7372002	RM PIERNA CON CONTRASTE	318.68
796	7372101	RM TOBILLO SIN CONTRASTE	274.27
797	7372301	RM TOBILLO CON CONTRASTE	318.68
798	7371801	RM PIE SIN CONTRASTE	274.27
799	7372001	RM PIE CON CONTRASTE	318.68
800	76093	RM MAMA CON CONTRASTE	318.68
801	76393	RM BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR RESONANCIA	274.27
802	7555201	RM CORAZON MORFOLOGICO SIN CONTRASTE	393.26
803	75553	RM CORAZON MORFOLOGICO CON CONTRASTE	393.07
804	7555401	RM CORAZON FUNCIONAL CON CONTRASTE	393.07
805	7555202	RM CORONARIAS	414.51
806	75556	RM MAPEO DE VELOCIDAD DE FLUJO DE GRANDES ARTERIAS	274.27
807	70544	RM ANGIOGRAFIA CEREBRAL CON TIEMPO VUELO (SIN CONTRASTE)	349.70
808	70546	RM ANGIOGRAFIA CEREBRAL CON CONTRASTE	484.11
809	70549	RM ANGIOGRAFIA CAROTIDAS	484.11
810	7574301	RM ANGIOGRAFIA DE VASOS TORAXICOS PULMONARES	484.11
811	7560001	RM ANGIOGRAFIA DE AORTA TORAXICA	484.11
812	7562501	RM ANGIOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	484.11
813	7219801	RM ANGIOGRAFIA RENAL	484.11
814	73225	RM ANGIOGRAFIA MIEMBROS SUPERIORES	513.42
815	73725	RM ANGIOGRAFIA MIEMBROS INFERIORES	513.42
816	7582001	RM ANGIOGRAFIA VENOGRAFIA	513.42
817	7055103	DIFUSION CEREBRAL	270.69
818	7055104	PERFUSION CEREBRAL	290.18
819	7055105	TRACTOGRAFIA	328.52
820	76390	ESPECTROSCOPIA	270.69
821	70555	ENCEFALO FUNCIONAL	270.69
822	59401	ATENCIÓN PRENATAL	4.59
823	99711	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UNA PACIENTE CONTINUADOR, NIVEL I (PUERPERIO)	3.60
824	88141.01	INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)	2.60
825	99252	CONSEJERÍA NUTRICIONAL DE NIÑOS EN RIESGO	3.40
826	99349	CONSULTA A DOMICILIO PARA EL MANEJO Y EVALUACIÓN DE UN PACIENTE CONTINUADOR DE GRAVEDAD MODERADA	4.59
827	36416	COLECCIÓN DE SANGRE CAPILAR (P. EJ. DEDO, TALÓN U OREJA)	1.06

(*) La Tarifa Final no incluye medicamento / material de contraste

- Las Tarifas de Tomografías Espirales Multicortes, no incluyen el contraste ni la jeringa perfusora, los mismos que podrán registrarse en el sistema SIASIS/ARFISIS como Pago por Consumo

- Las Tarifas de Resonancias Magnéticas, no incluyen el contraste, el mismo que podrá registrarse en el sistema SIASIS/ARFISIS como Pago por Consumo

- Las Tarifas de las Sedaciones, no incluyen los Filtros antibacterianos respiratorios p/ equipo de anestesia ni los anestésicos, los mismos que podrán registrarse como Pago por Consumo en el sistema SIASIS/ARFISIS

- La composición y valor de las tarifas podrán ser revisadas trimestralmente, para su actualización y/o inclusión de nuevas tarifas

- Los Servicios "No Tarifados" tercerizados serán reconocidos según lo registrado en el módulo correspondiente.

