



MINISTERIO DE SALUD

SIS Seguro Integral de Salud

N° 216 - 2018/SIS

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 05 NOV. 2018



VISTOS: Los Informes Conjuntos Nos. 008 y 009-2018-SIS/GREP/SGIS/JPVB-GMCH con Proveídos Nos. 283-2018-SIS/GREP y 395-2018-SIS-GREP respectivamente de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones; el Informe Conjunto N° 008-2018-SIS/GNF-SGF/NLC-ARC con Proveído N° 729-2018-SIS/GNF y el Memorando N° 1070-2018-SIS/GNF de la Gerencia de Negocios y Financiamiento; el Informe N° 092-2018-SIS/OGPPDO-UOC-BACN con Proveído N° 241-2018-SIS/OGPPDO de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, y el Informe N° 504-2018-SIS/OGAJ/DE con Proveído N° 804-2018-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica;



CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo 3 del 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, en adelante el ROF del SIS, *“el Seguro Integral de Salud es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud que cuenta con personería jurídica de derecho público interno, autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa, y constituye un Pliego Presupuestal con independencia para ejercer sus funciones con arreglo a ley”;*



Que, el numeral 32.2 del artículo 32 del ROF del SIS establece que la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones tiene como función: *“estudiar y proponer los productos y servicios en salud, que se oferten a los asegurados y que se compren al proveedor de servicios de salud para beneficio de una población específica, incluyendo los parámetros cualitativos y cuantitativos utilizados para su valoración y las pautas de evaluación y monitoreo para los diferentes productos y servicios que se compren”;*



Que, los numerales 34.1 y 34.4 del artículo 34 del ROF del SIS establecen que la Gerencia de Negocios y Financiamiento tiene como funciones, entre otras: i) *“Desarrollar, implementar y conducir los procesos financieros de los procesos de negocios (compra - venta) de aseguramiento, para la administración óptima de los seguros que brinde el SIS”;* y; ii) *“Proponer y actualizar los estándares de gasto por prestación, entrega de los servicios de salud y tarificación (precios y primas) de los planes de seguros”;*



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 señala como una de las funciones de las IAFAS, la de *“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 (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), establece que "el Seguro Integral de Salud en su calidad de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud- IAFAS, establecerá un sistema de tarifas y mecanismos de pago en el marco de los convenios de común acuerdo suscrito con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPRESS o de las normas legales vigentes;



Que, mediante la Resolución Jefatural N° 001-2018/SIS de fecha 10 de enero de 2018, se aprobó el Tarifario del Seguro Integral de Salud para los regímenes de financiamiento subsidiado y semicontributivo, así como sus Definiciones Operacionales;



Que, mediante Resolución Jefatural N° 015-2018/SIS de fecha 29 de enero de 2018, se aprobó: i) en el marco de los nuevos convenios de compra de servicios, la valorización de los servicios de salud brindados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS del I, II y III Nivel de Atención sobre la base del pago por consumo (PC); y, ii) para todos los convenios y/o adendas, el Tarifario de procedimientos de servicios intermedios del SIS, siendo que mediante Resolución Jefatural N° 026-2018/SIS se precisó su vigencia a partir del 1 de marzo de 2018;



Que, mediante Informe Conjunto N° 008-2018-SIS/GREP/SGIS/JPVB-GMCH complementado con Informe Conjunto N° 009-2018-SIS/GREP/SGIS/JPVB-GMCH, la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones propone incorporar procedimientos médicos en los tarifarios vigentes y actualizar las definiciones operacionales de los códigos de servicio que son financiados a través de los convenios con las IPRESS;

Que, mediante Informe Conjunto N° 008-2018-SIS/GNF-SGF/NLC-ARC la Gerencia de Negocios y Financiamiento emite opinión técnica favorable sobre lo solicitado por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, adjuntando el proyecto de resolución jefatural para incorporar procedimientos médicos en los tarifarios vigentes y actualizar las definiciones operacionales de los códigos de servicios en las resoluciones jefaturales N° 01 y 015-2018/SIS, planteando además mediante Informe Conjunto N° 007-2018-SIS/GNF-SGF-ARC-NLP complementado con el Informe N° 015-2018-SIS/GNF-SGF/ARC, que la modificación de la Resolución Jefatural N° 015-2018/SIS se aplique a partir del 1 de marzo de 2018;



Que, asimismo, mediante Memorando N° 1070-2018-SIS/GNF que adjunta la Nota Informativa N° 034-2018-SIS/GNF-SGF/ARC, la Gerencia de Negocios y Financiamiento precisa que las modificaciones e incorporaciones propuestas a la Resolución Jefatural N° 01-2018/SIS tengan eficacia anticipada a partir del 12 de enero de 2018;



Que, conforme a lo dispuesto en el numeral 17.1 del artículo 17 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, la autoridad puede disponer en el mismo acto administrativo que tenga eficacia anticipada a su emisión, solo si fuera más favorable a los administrados, y siempre que no lesione derechos fundamentales o intereses de buena fe legalmente protegidos a terceros;

Que, el segundo párrafo del numeral 7.1 del artículo 7 del mismo Texto Único Ordenado, señala que el régimen de eficacia anticipada de los actos administrativos previsto

en el artículo 17 es susceptible de ser aplicados a los actos de administración interna, siempre que no se violen normas de orden público ni afecte a terceros;

Que, mediante Informe N° 092-2018-SIS/OGPPDO-UOC-BACN con Proveído N° 241-2018-SIS/OGPPDO, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional emite opinión favorable para las modificaciones e incorporaciones planteadas a los tarifarios y definiciones operacionales de las Resoluciones Jefaturales N° 01 y 015-2018/SIS;

Que, mediante Informe N° 504-2018-SIS/OGAJ/DE con Proveído N° 804-2018-SIS/OGAJ, la Oficina General de Asesoría Jurídica señala que con las opiniones técnicas favorables de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, de la Gerencia de Negocios y Financiamiento y de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, se cumple con la formalidad normativa vigente para emitir la resolución jefatural que apruebe las modificaciones e incorporaciones planteadas a los tarifarios y definiciones operacionales de las Resoluciones Jefaturales N° 01 y 015-2018/SIS;

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 Secretaria 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, con eficacia al 12 de enero de 2018, la incorporación de los Códigos de Servicio Nos. 118, 119, 116 y 908; la modificación de los Códigos de Servicio Nos. 001, 002, 112 y 200; y, la sustitución del Código de Servicio N° 028 por el Código de Servicio 029, en el documento denominado "Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Regímenes de Financiamiento Subsidiado y Semicontributivo", aprobado como Anexo N° 01 de la Resolución Jefatural N° 001-2018/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, con eficacia al 12 de enero de 2018, la modificación de las definiciones signadas como Códigos 001, 002, 029, 200 y 112; y, la incorporación de las definiciones signadas con los Códigos 118, 119, 908 y 116 en el documento denominado "Definiciones Operacionales para el Tarifario del SIS", aprobado como Anexo N° 02 de la Resolución Jefatural N° 001-2018/SIS, conforme a los términos descritos en el documento consolidado que como Anexo 2 forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

Artículo 3.- Aprobar, con eficacia al 1 de marzo de 2018, la incorporación de los Códigos de Servicio Nos. 118, 119, 116 y 908; la modificación de los Códigos de Servicio Nos. 001, 002, 112, 200 y 907; y, la sustitución del Código de Servicio N° 028 por el Código de Servicio 029 en el documento denominado "Tarifario de los Servicios de Salud en el Marco de los Nuevos Convenios de Compra de Servicios", aprobado como Anexo N° 01 de la Resolución



D. LITUMA



E. MUÑOZ



T. PAREDES



M. MARAVI



R. SIN



E. VALDEZ



Jefatural N° 015-2018/SIS, conforme a los términos descritos en el documento consolidado que como Anexo 3 forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

Artículo 4.- Aprobar, con eficacia al 1 de marzo de 2018, la incorporación de los Códigos CPT N° 59401, 99211, 88141.01, 99252 y 99349 en el documento denominado "Tarifario de Procedimientos de Servicios Intermedios", aprobado como Anexo 2 de la Resolución Jefatural N° 015-2018/SIS", conforme a los términos descritos en el documento consolidado que como Anexo 4 forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

Artículo 5.- 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° 01
TARIFARIO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

N°	Cod. Servicio	Servicio de salud	Nivel I	Nivel II	Nivel III (1)	OBSERVACIONES
1	001	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 0 - 4 años	6.0	6.0		
2	002	Control del recién nacido con menos de 2,500 gr. de peso, prematuro y con secuelas al nacer.	8.0	8.0	PC	En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación aplica para los recién nacidos con menos de 1.5 Kg
3	005	Consejería nutricional para niñas o niños en riesgo nutricional y desnutrición	6.0	6.0		
4	007	Suplemento de micronutrientes	5.0	5.0		
5	008	Profilaxis antiparasitaria	4.0	4.0		
6	009	Atención prenatal	10.0	10.0		
7	010	Atención de puerperio normal	6.0	6.0		
8	011	Exámenes de laboratorio completo de la gestante	25.0	25.0		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
9	013	Exámenes de ecografía obstétrica	10.0	10.0		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
10	015	Diagnóstico del embarazo	5.0	5.0		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
11	016	Estimulación temprana para menores de 36 meses	6.0	6.0		
12	017	Atención Integral del Adolescente	5.0	5.0		
13	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	6.0	6.0		
14	019	Detección de trastorno de agudeza visual y ceguera	5.0	5.0		
15	020	Salud Bucal	6.0	6.0		
16	021	Prevención de caries	6.0	6.0		
17	022	Detección de problemas de salud mental.	5.0	5.0		
18	023	Detección precoz de cáncer de próstata (PSA)	6.0	6.0		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
19	024	Detección precoz de cáncer cérvico-uterino	7.0	7.0		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
20	025	Detección precoz de cáncer de mama (Mamografía)	30.0	30.0		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
21	026	Tratamiento profiláctico a gestante positiva a la prueba rápida / ELISA VIH	1.0 + NT	1.0 + NT	1.0 + NT	
22	027	Tratamiento profiláctico a niños expuestos al VIH	1.0 + NT	1.0 + NT	1.0 + NT	
23	029	Tamizaje Neonatal (4 marcadores)	6.0	6.0		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
24	050	Atención inmediata al recién nacido	15.0	15.0	PC	En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, en caso de RN el pago será por consumo
25	051	Internamiento del RN con patología no quirúrgica	150.0*	11.0 + PC	11.0 + PC	*En el I nivel atención solo es válida para establecimientos I-4



N°	Cod. Servicio	Servicio de salud	Nivel I	Nivel II	Nivel III (1)	OBSERVACIONES
26	052	Internamiento con intervención quirúrgica del RN	160.0*	30.0 + PC	30.0 + PC	*En el I nivel atención solo es válida para establecimientos I-4
27	053	Tratamiento VIH-SIDA (0-19 años)	1.0 + NT	1.0 + NT	1.0 + NT	
28	054	Atención de parto vaginal	100.0	100.0	21.5 + PC	
29	055	Cesárea	170.0*	170.0	53.0 + PC	*En el I nivel atención solo es válida para establecimientos I-4
30	056	Consulta externa	8.5	4.0 + PC	5.5 + PC	La prestación exceptúa el gasto variable en los siguientes diagnósticos: Resfrío, Hepatitis A, EDA sin deshidratación, entre otras.
31	057	Restauración dental simple (Obturación y curación dental simple)	9.0	9.0		
32	058	Restauración dental compuesta (Obturación y curación dental compuesta)	11.0	11.0		
33	059	Extracción dental (exodoncia)	9.0	9.0		
34	060	Atención extramural en zona urbana y urbana marginal (visita domiciliaria: recuperativo y/o preventivo)	6.0	6.0		
35	061	Atención en tópico	5.0	5.0	5.0	
36	062	Atención por emergencia	15.0	4.0 + PC	5.5 + PC	
37	063	Atención por emergencia con observación	25.0	4.0 + PC	5.5 + PC	
38	064	Intervención médico-quirúrgica ambulatoria	50.0	11.0 + PC	11.0 + PC	
39	065	Internamiento en establecimiento de salud sin intervención quirúrgica	80.0	11.0 + PC	11.0 + PC	
40	066	Internamiento con intervención quirúrgica menor	100.0	21.5 + PC	21.5 + PC	
41	067	Internamiento con intervención quirúrgica mayor (no cesárea)	180.0*	50.0 + PC	50.0 + PC	*En el I nivel atención solo es válida para establecimientos I-4
42	068	Internamiento con Estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)		53.0 + PC	53.0 + PC	
43	069	Transfusión sanguínea o hemoderivados	120.0*	120.0		*En el I nivel atención solo es válida para establecimientos I-4
44	070	Atención odontológica especializada	30.0*	30.0	5.5 + PC	*En el I nivel de atención solo es válido para los establecimientos I-3, I-4
45	071	Apoyo al diagnóstico	1.0 + PC	1.0 + PC	1.0 + PC	
46	074	Tratamiento ITS en adolescentes, adultos y adultos mayores	1.0 + NT	1.0 + NT	1.0 + NT	
47	075	Atención extramural en zona rural (visita domiciliaria: recuperativo y/o preventivo)	10.0	10.0		
48	111	Asignación por alimentación	10.0	10.0	10.0	
49	112	Sepelio para Óbito fetal (Muerte Intraútero)	RJ	RJ	RJ	Tarifas aprobadas por la RJ N°090-2016/SIS
50	113	Sepelio para niños	700.0	700.0	700.0	Tarifas aprobadas por la RJ N°090-2016/SIS
51	114	Sepelio para adolescentes y adultos	1,000.0	1,000.0	1,000.0	Tarifas aprobadas por la RJ N°090-2016/SIS
52	116	Sepelio para recién nacido	RJ	RJ	RJ	Tarifas aprobadas por la RJ N°090-2016/SIS



T. PAREDES



E. VALDEZ

N°	Cod. Servicio	Servicio de salud	Nivel I	Nivel II	Nivel III (1)	OBSERVACIONES
53	117	Traslado de emergencia	PAGO POR SERVICIO*			* Para el pago, el Prestador deberá presentar documentos que den fe del traslado del paciente; en caso el paciente sea transportado en vehículo que no emita boleta por servicios, el prestador podrá presentar declaración jurada para sustentar el traslado.
54	118	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 5 a 9 años	6.0	6.0		
55	119	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 10 a 11 años	6.0	6.0		
56	200	Atención de rehabilitación	6.0	8.0		
57	900	Prótesis dental removible	PC	PC	PC	Se aplica a todos los niveles de atención como PC, pero solo se puede registrar los siguientes códigos CPT: D5110, D5211, D5120 y D5212.
58	901	Apoyo al Tratamiento		PC	PC	Según RJ N°246-2013/SIS aplica solo al Nivel II y III
59	902	Atención Pre-concepcional	PC	PC		Según RJ N°207-2016/SIS aplica solo al Nivel I y II con población adscrita.
60	903	Atención Integral del Adulto Mayor	PC	PC		Según RJ N°207-2016/SIS aplica solo al Nivel I y II con población adscrita.
61	904	Atención Integral del Joven y Adulto	PC	PC		Según RJ N°207-2016/SIS aplica solo al Nivel I y II con población adscrita.
62	905	Actividad de Salud Colectiva				La Resolución Jefatural N° 061-2016/SIS lo menciona en el instructivo
63	906	Consulta Externa por Profesional no médico ni odontólogo	PC	PC	PC	Según RJ N°207-2016/SIS aplica a todos los Niveles
64	907	Telesalud		4.5	5.5	Según RJ N°231-2017/SIS solo reconoce gasto de gestión
65	908	Atención domiciliaria	PC	PC	PC	
66	S01	Complementario	PC	PC		Aplica para el I Nivel y II Nivel de atención con población adscrita.
67	S02	Salud Escolar	PC	PC		Aplica para el I Nivel y II Nivel de atención con población adscrita.

Leyenda: PC = Pago por Consumo
RJ = Tarifa según Resolución Jefatural vigente

- (1) Columna Nivel III comprende a los establecimientos del Nivel II sin población adscrita y Nivel III propiamente.
Columna Nivel II comprende a los establecimientos del Nivel II con población adscrita.



E. VALDEZ



T. PAREDES

ANEXO N° 02
DEFINICIONES OPERACIONALES PARA EL TARIFARIO SIS

Nº	DENOMINACIÓN	DEFINICIÓN
I. DEFINICIONES GENERALES		
1	Atenciones no incluidas en el PEAS	Son aquellas atenciones sanitarias que no se encuentran comprendidas en el PEAS. El SIS evalúa y financia las atenciones de salud de aquellos daños no contemplados en el PEAS y que no representen exclusión, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.
2	Pago	Se denomina pago a la retribución económica reconocida por el SIS a los prestadores que brindan servicios de salud a sus asegurados.
3	Prestación administrativa	Son servicios no asistenciales brindados por los Establecimientos de Salud MINSA y terceros a los asegurados del SIS, como sepelio, traslado por emergencia y asignación por alimento.
4	Tarifa	Es la retribución económica según lista de precios preestablecidos, por determinados servicios o prestaciones.
5	Tarifario	Es el listado de tarifas.
6	Cargo Fijo	Es el monto que se paga por prestación para gastos administrativos.
7	Pago por Consumo (PC)	Es una modalidad de pago que consiste en retribuir económicamente los costos variables incurridos en la prestación. En algunas Prestaciones incluye un cargo fijo.
8	Costo Variable	Son los costos que varían de acuerdo al volumen de producción. Se considera lo que está comprendido específicamente en la definición de Componente de Reposición y de Gestión de la presente norma.
9	Componente de Reposición (CR)	Corresponde a la valorización del consumo de las prestaciones que incluye productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos médicos y sanitarios, gastos de hotelería y servicios administrativos incurridos en la prestación. El SIS reconoce el pago del consumo de las prestaciones según la tarifa vigente. Asimismo el prestador deberá reponer el 100% del consumo reportado.
10	Componente de Gestión (CG)	Corresponde a los gastos en que incurren los establecimientos de salud al realizar las labores administrativas encomendadas por el SIS.
11	Labores Administrativas	Comprende aquellas actividades que realiza el establecimiento de salud vinculadas al registro de atenciones sanitarias y administrativas, costos informáticos asociados a las actividades del SIS, entre otros.
12	Episodio resuelto	Comprende los servicios establecidos para resolver el problema motivo de consulta por episodios agudos. Las patologías crónicas podrán tener varios episodios resueltos.
13	Prestaciones observadas	Son las prestaciones reportadas por el prestador de salud o de servicios que no se ajustan a la normatividad vigente en su ejecución y/o reporte, y son identificadas por el SIS a través de los procesos de validación prestacional.
14	Prestaciones reconsideradas	Son las prestaciones observadas no conformes que resultan del proceso de evaluación prestacional, y que luego de ser solicitada su reconsideración, son aceptadas por el SIS para reconocimiento del pago. Las reconsideraciones serán solicitadas por la Unidad Ejecutora (por prestaciones brindadas en los establecimientos de su ámbito), dentro del plazo de 30 días útiles posteriores a la notificación de la observación, para casos excepcionales el SIS podrá ampliar los plazos.
15	Prestaciones extemporáneas	Son las prestaciones que exceden los noventa (90) días calendario entre la fecha de atención ambulatoria o fecha de alta hospitalaria y la fecha del reporte (físico o magnético). El presente concepto no es aplicable a las prestaciones administrativas.
16	Valor Bruto de Producción (VBP)	Es el monto de la valorización de las prestaciones que el prestador reporta al SIS en un periodo definido.
17	Valor Neto de Producción (VNP)	Es la diferencia del Valor Bruto de Producción y el valor de las prestaciones observadas, como resultado del proceso de evaluación.
18	Traslado de emergencia	Es el transporte del paciente asegurado SIS necesario para realizar la referencia de emergencia y la contra referencia correspondiente, luego de recibida la atención. Puede realizarse vía aérea, terrestre, fluvial o mixta, y se efectúa de un establecimiento de salud a otro.



Nº	DENOMINACIÓN	DEFINICION
19	Etapas de vida	De acuerdo a la Atención Integral de salud por etapas de vida, comprende: NIÑOS.- Comprende el grupo de asegurados del SIS en el rango de edad desde los 0 días de edad hasta los 11 años, 11 meses y 29 días. ADOLESCENTES.- Comprende el grupo de asegurados del SIS en el rango de edad desde los 12 años de nacido hasta los 17 años, 11 meses y 29 días. JOVENES.- Comprende el grupo de asegurados del SIS en el rango de edad desde los 18 años de nacido hasta los 29 años, 11 meses y 29 días. ADULTOS.- Es el grupo de asegurados del SIS mayores de 30 años hasta los 59 años, 11 meses y 29 días. ADULTOS MAYORES.- Es el grupo de asegurados del SIS de 60 años a más.
II. INTERVENCIONES PREVENTIVAS		
20	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 0 - 4 años	Código: 001 Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas orientadas a evaluar el crecimiento y desarrollo del niño en menores entre 0 – 4 años de edad, con el fin de vigilar de manera adecuada, oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, deficiencias y discapacidades incrementado las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral oportuno, periódico y secuencial y requiere el diagnóstico de la evaluación nutricional. El número de controles se realizan, de acuerdo a norma vigente. En el caso de que las IPRESS de categoría I-1 podrá realizar el personal de salud capacitado (donde no exista profesional respectivo) La prestación se realiza como actividad intramural o extramural.
21	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 5 - 9 años	Código: 118 Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas orientadas a evaluar el crecimiento y desarrollo del niño en menores entre 5 – 9 años de edad, con el fin de vigilar de manera adecuada, oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, deficiencias y discapacidades incrementado las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral oportuno, periódico y secuencial y requiere el diagnóstico de la evaluación nutricional. El número de controles se realizan, de acuerdo a norma vigente. En el caso de que las IPRESS de categoría I-1 podrá realizar el personal de salud capacitado (donde no exista profesional respectivo) La prestación se realiza como actividad intramural o extramural.
22	Control de crecimiento y desarrollo 10 - 11 años	Código 119 Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas orientadas a evaluar el crecimiento y desarrollo del niño en menores entre 10 – 11 años de edad, con el fin de vigilar de manera adecuada, oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, deficiencias y discapacidades incrementado las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral oportuno, periódico y secuencial y requiere el diagnóstico de la evaluación nutricional. El número de controles se realizan, de acuerdo a norma vigente. En el caso de que las IPRESS de categoría I-1 podrá realizar el personal de salud capacitado (donde no exista profesional respectivo) La prestación se realiza como actividad intramural o extramural.
23	Control del recién nacido con menos de 2,500 gr, prematuro y con secuelas al nacer.	Código: 002 Se refiere a la atención ambulatoria preventiva del recién nacido con menos de 2,500 gramos, prematuro y con secuelas al nacer. Es realizada por médico o enfermera capacitada de acuerdo al nivel resolutivo del establecimiento. El número de controles se realizan de acuerdo a norma vigente.



Nº	DENOMINACIÓN	DEFINICION
24	Tamizaje Neonatal	<p>Código: 029</p> <p>Aplicación de procedimientos preventivo y pruebas a todos los recién nacidos con el objeto de identificar oportunamente a posibles portadores de una enfermedad, con el propósito de prevenir discapacidad física y mental o la muerte prematura, detectar anomalías o enfermedades en el neonato, para brindarle un tratamiento oportuno, integral y especializado que contribuya a disminuir la morbilidad, discapacidad y mortalidad infantil asociadas a éstas. Consiste en la toma de muestra de sangre de talón y el envío de ésta a los centros de procesamiento de muestras, incluyendo la consejería a los padres y/o responsable del cuidado del recién nacido. Es obligatorio para todo recién nacido. El tamizaje se realiza en todos los establecimientos de salud responsables de la atención del neonato, y comprende: 1) Evaluación clínica del recién nacido. 2) Toma de muestra en todo recién nacido para el tamizaje. 3) Remisión de muestras para procesamiento.</p> <p>En caso de las IPRESS de mayor complejidad que además de la toma de muestra se realiza el procedimiento que incluye el procesamiento y la entrega de los resultados</p>
25	Estimulación Temprana para menores de 36 meses	<p>Código: 016</p> <p>Es realizada por profesional de salud capacitado y según la periodicidad señalada en la normativa vigente. Se realiza la actividad intramural o extramural.</p> <p>Conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención de la niña y niño, desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales.</p>
26	Consejería Nutricional para Niñas o Niños en Riesgo Nutricional y Desnutrición.	<p>Código: 005</p> <p>Es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional. Mediante la consejería se trata de fortalecer el espacio natural en el cual se desarrolla la niña o el niño, la familia como espacio privado y la comunidad como lugar común. El número de consejerías se realizan, de acuerdo a norma vigente.</p> <p>Debe ser realizada por un personal de salud capacitado. Se realiza la actividad intramural o extramural. La consejería nutricional en niño sano se incluye dentro del CRED.</p>
27	Suplemento de micronutrientes	<p>Código: 007</p> <p>Prestación preventiva que consiste en la indicación y entrega de micronutrientes (hierro y otras vitaminas) de los niños menores de 5 años, acorde a normatividad vigente.</p>
28	Profilaxis antiparasitaria	<p>Código: 008</p> <p>Se refiere a la administración preventiva de antiparasitarios como profilaxis para prevenir el desarrollo de parasitosis intestinal debido a geohelminths, en la población de 2 a 14 años de edad y es realizada por personal profesional y no profesional según norma vigente.</p>
29	Atención Integral del Adolescente	<p>Código: 017</p> <p>La atención integral de salud comprende la provisión continua, integrada y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud de las y los adolescentes, en el contexto de su vida en familia, institución educativa y en la comunidad. Es realizada por profesionales de la salud (médico, enfermera, obstetra, psicólogo o nutricionista) de acuerdo a la normatividad vigente.</p>
30	Diagnóstico del embarazo	<p>Código: 015</p> <p>Se refiere al procedimiento de apoyo al diagnóstico que se realiza para el dosaje de la fracción beta de la GCH para diagnóstico de embarazo en toda mujer en edad fértil con sospecha de embarazo.</p>
31	Atención prenatal	<p>Código: 009</p> <p>Comprende la atención preventiva de la gestante. Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.</p> <p>Con fines de control incluye hasta un máximo de 13 atenciones prenatales; la consejería, administración de hierro y ácido fólico y otros micronutrientes así como procedimientos necesarios incluidos se administran según norma vigente.</p>



E. VALDEZ



T. PAREDES

Nº	DENOMINACIÓN	DEFINICION
32	Exámenes de laboratorio completo de la gestante	Código: 011 Consiste en los exámenes de laboratorio que se deben solicitar a la gestante en la primera consulta, los cuales podrán ser realizados en el mismo EESS o en otro, de acuerdo a la capacidad resolutive. Considera el set completo de exámenes de laboratorio: Hemoglobina, Glicemia, Grupo sanguíneo y Factor RH, Orina completa y urocultivo (o tira reactiva para bacteriuria en el primer nivel de atención), Serología (RPR o VDRL), Prueba de VIH (sea prueba de ELISA o prueba rápida), y otras de acuerdo a normatividad vigente. Deben adjuntarse los resultados de la gestante si fuera referida a otro establecimiento.
33	Tratamiento profiláctico a gestante positiva a la prueba rápida / ELISA VIH	Código: 026 Se refiere al uso de antirretrovirales (ARV) en la gestante con infección por VIH, probable o confirmada. Se realiza en todos los establecimientos de salud del país, según su categoría, nivel de complejidad y de acuerdo a norma técnica vigente para la prevención de la transmisión vertical del VIH. El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) de la gestante con infección por VIH, probable o confirmada deberá ser realizada por el Médico Infectólogo o médico capacitado según nivel de complejidad.
34	Exámenes de ecografía obstétrica	Código: 013 Procedimiento de apoyo al diagnóstico que permite evaluar el desarrollo del feto e inspeccionar los órganos pélvicos de la mujer durante el embarazo. Comprende los materiales e insumos utilizados del procedimiento de ayuda diagnóstica, que se emplea de forma rutinaria en todas las gestantes.
35	Salud Bucal	Código 020 Se refiere a la atención estomatológica preventiva brindada por cirujano dentista, que realiza los procedimientos de examen odontológico y fisioterapia bucal.
36	Prevención de caries	Código: 021 Se refiere a la atención estomatológica preventiva brindada por cirujano dentista, que realiza los procedimientos de Profilaxis Dental, Aplicación de Barniz Fluorado, Destartraje, Inactivación con Ionómeros, Aplicación de Flúor Gel, Aplicación de Sellantes, Técnica de Restauración Atraumática.
37	Detección de problemas de salud mental.	Código: 022 Conjunto de actividades y procedimientos, orientados a la identificación precoz de problemas de salud mental, problemas psicosociales, trastornos mentales y violencia, así mismo la promoción del bienestar. Comprende la aplicación de fichas de tamizaje en Salud Mental y la Consejería en Salud Mental, ejecutados de acuerdo a normatividad vigente. Los temas priorizados son depresión, ansiedad, abuso de alcohol, psicosis/esquizofrenia y población víctima de violencia política.
38	Detección precoz de cáncer de próstata (PSA)	Código: 023 Conjunto de actividades y procedimientos orientados a la detección precoz del cáncer de próstata mediante la realización del examen Antígeno Prostático Específico (PSA), de acuerdo a normatividad vigente. Comprende el procedimiento y la entrega del resultado acorde a norma vigente.
39	Detección precoz de cáncer cérvico-uterino	Código: 024 Conjunto de actividades y procedimientos (examen de Papanicolaou-PAP o examen citológico, Inspección visual con ácido acético-IVAA y otros que se determinen por norma), brindados según las normas técnicas vigentes. Se encuentran orientados a la detección precoz del cáncer cérvico-uterino en la etapa de vida Adolescente, Joven y Adulto.
40	Detección precoz de cáncer de mama (Mamografía)	Código: 025 Conjunto de actividades y procedimientos (autoexamen clínico, mamografía y otros que se determinen por norma), orientados a la detección precoz del cáncer de mama, en las etapa de vida Adolescente, Joven, Adulto y Adulto mayor, según normatividad vigente.
41	Salud reproductiva (planificación familiar)	Código: 018 Actividades dirigidas a satisfacer las necesidades de información y atención en las opciones anticonceptivas, según normatividad vigente.
42	Detección de trastorno de agudeza visual y ceguera	Código: 019 Consiste en la detección precoz de trastornos de agudeza visual y ceguera en niñas, niños y adolescentes. No incluye la provisión de lentes. Esta prestación consiste en la evaluación de la visión - medición de la agudeza visual, que puede ser realizado por un profesional de salud capacitado. Aplica a la etapa de vida niño y adolescente.
43	Atención de puerperio normal	Código: 010 Se refiere a la atención ambulatoria que incluye orientación/consejería y se realiza a la mujer dentro de los 42 días post parto o después de la interrupción espontánea del embarazo. La cantidad de los controles será de acuerdo a norma vigente.



T. PAREDES



E. VALDEZ

Nº	DENOMINACIÓN	DEFINICION
44	Tratamiento profiláctico a niños expuestos al VIH	Código: 027 Prestación que se brinda para disminuir la transmisión madre - niño del VIH, comprende el uso de antirretrovirales en la recién nacida o nacido expuesto y la provisión de sucedáneos de leche materna, de acuerdo a los criterios establecidos por la norma técnica vigente.
45	Salud Escolar	Código: S02 Se refiere al conjunto de intervenciones que los establecimientos de salud del I nivel de atención y II nivel con población adscrita, registran, en el marco de lo establecido por el Ministerio de Salud a través del Plan de Salud Escolar 2013-2016.
III. PRESTACIONES RECUPERATIVAS Y DE REHABILITACIÓN		
46	Atención inmediata al recién nacido	Código: 050 Prestación que comprende un conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos determinados por norma técnica, que se inician inmediatamente al nacimiento, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte en la recién nacida o nacido.
47	Internamiento del RN con patología no quirúrgica	Código: 051 Es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda en hospitalización a toda recién nacida o nacido con patología, que no requiere intervención quirúrgica. Se realiza en establecimientos de salud con capacidad resolutive de acuerdo a la complejidad de la patología.
48	Internamiento con intervención quirúrgica del RN	Código: 052 Es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda en hospitalización y en centro quirúrgico, a toda recién nacida o nacido con patología quirúrgica. Se realiza en establecimientos de salud con capacidad resolutive de acuerdo a la complejidad de la patología.
49	Atención de parto vaginal	Código: 054 Se refiere a la atención del parto vaginal, con (distócico) o sin complicaciones (eutócico), con los procedimientos establecidos en la norma vigente.
50	Cesárea	Código: 055 Se refiere a la atención de parto por vía alta, e incluye los productos farmacéuticos, insumos y procedimientos necesarios consumidos en la intervención quirúrgica mayor según indicación médica. Comprende también la indicación de cesárea electiva como manejo profiláctico de la transmisión vertical del VIH, de acuerdo a la norma técnica respectiva.
51	Consulta externa	Código: 056 Brindada por médico y odontólogo, para atender patologías cuya solución es ambulatoria y que es ofrecida por el establecimiento de salud. Incluye medicamentos, insumos y otros servicios utilizados en la prestación. La atención también puede ser realizada por equipos AISPED, según la normativa vigente. En los EESS sin médico la atención se realizará por otro personal de salud, de acuerdo a la normativa vigente del MINSA.
52	Restauración dental simple (Obturación y curación dental simple)	Código: 057 Prestación realizado por el Cirujano Dentista que consiste en la reconstrucción de un diente para restaurar su anatomía, fisiología y estética que han sido afectadas por caries, traumatismos, erosión, abrasión u otros problemas o defectos congénitos y lograr prevenir lesiones futuras. Se considera una sola superficie dentaria afectada.
53	Restauración dental compuesta (Obturación y curación dental compuesta)	Código 058 Prestación realizado por el Cirujano Dentista que consiste en la reconstrucción de un diente para restaurar su anatomía, fisiología y estética que han sido afectadas por caries, traumatismos, erosión, abrasión u otros problemas o defectos congénitos y lograr prevenir lesiones futuras. Se considera dos o más superficies dentarias afectadas.
54	Extracción dental (exodoncia)	Código 059 Prestación realizado por el Cirujano Dentista que consiste en la remoción quirúrgica de la pieza dentaria afectada en su vitalidad, función y capacidad de restaurar, con la finalidad de eliminar el foco infeccioso.
55	Atención odontológica especializada	Código 070 Es un conjunto de actividades estomatológicas especializadas para prevenir, mantener y recuperar la salud de la cavidad bucal, realizadas por Cirujano Dentista capacitado o Especialista, en los tres niveles de atención. Comprende los procedimientos determinados por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal.
56	Prótesis dental removible	Código: 900 Es la prestación que cubre los procedimientos de Prótesis Dental del adulto mayor según normativa vigente.



T. PAREDES



E. VALDEZ

Nº	DENOMINACIÓN	DEFINICION
57	Atención extramural en zona urbana y urbana marginal (visita domiciliaria: recuperativo y/o preventivo)	Código: 060 Comprende actividades preventivo – promocionales y recuperativas, efectuadas en el domicilio del asegurado, de acuerdo a normas del MINSA. El domicilio se encuentra en zona urbana o urbano marginal. Se considera como prestación preventiva a las actividades realizadas en el domicilio de un asegurado sano (CIE 10 Z74.2 o Z74.3), y prestación recuperativa cuando la atención se realiza al asegurado en condición de riesgo o morbilidad (Otros CIE 10)
58	Atención extramural en zona rural (visita domiciliaria: recuperativo y/o preventivo)	Código: 075 Comprende actividades preventivo – promocionales y recuperativas, efectuadas en el domicilio del asegurado, de acuerdo a normas del MINSA. El domicilio se encuentra en zona rural. Se considera como prestación preventiva a las actividades realizadas en el domicilio de un asegurado sano (CIE 10 Z74.2 o Z74.3) y prestación recuperativa cuando la atención se realiza al asegurado en condición de riesgo o morbilidad (Otros CIE 10).
59	Atención en tópico	Código 061 Es la prestación recuperativa realizada de manera ambulatoria en los tres niveles de atención que comprende procedimientos que no están ligados directamente a la atención inicial del paciente en Consulta Externa o Emergencia, como curaciones, retiro de puntos, retiro de yeso, nebulización, aplicación de inyectables, entre otros.
60	Atención por emergencia	Código 062 Se refiere a la atención brindada al paciente que ingresa en situación de emergencia y urgencia, según la normatividad vigente. Esta prestación culmina cuando el paciente es: dado de alta, es internado/hospitalizado, referido o fallece. En menores de 12 años se incluye diagnósticos de patología de inicio agudo donde no está en riesgo la vida y requiere atención inmediata, cursa generalmente con fiebre o dolor agudo.
61	Atención por emergencia con observación	Código 063 Se refiere a la atención recuperativa de asegurados en condición de emergencia médica y/o quirúrgica acorde a norma, que comprende la permanencia en la Sala de Observación, según normatividad vigente.
62	Apoyo al diagnóstico	Código: 071 Se refiere al conjunto de procedimientos que se brindan en los Servicios Médicos de Apoyo (UPSS Patología Clínica, Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes y otros que se implementen según normativa) para coadyuvar en el diagnóstico médico - quirúrgico (en ese caso se considera prestación recuperativa) o que forman parte de los procesos de atención integral de salud determinados por norma (en ese caso se considera prestación preventiva). Incluye también las actividades de apoyo al diagnóstico de los establecimientos que carecen de Servicios Médicos de Apoyo (pruebas rápidas, ecografía, radiología y otros que puedan implementarse según normativa vigente).
63	Tratamiento VIH-SIDA (0-19 años)	Código: 053 Comprende el tratamiento con antirretrovirales para niños y adolescentes infectados con VIH, según Norma Técnica vigente.
64	Tratamiento ITS en adolescentes adultos y adultos mayores	Código: 074 Conjunto de actividades y procedimientos determinados por la normativa vigente, orientados al diagnóstico y tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, adultos y adultos mayores. Incluye el tratamiento de Sífilis en gestantes/puérperas/mujer con aborto, según norma técnica vigente.
65	Intervención médico-quirúrgica ambulatoria	Código 064 Prestación que comprende un conjunto de procedimientos y actividades recuperativas acordes con un diagnóstico o tratamiento médico establecido, que requiere internamiento de 24 horas o menos. Incluye medicamentos, exámenes auxiliares, materiales e insumos consumidos durante la intervención quirúrgica y durante la estancia del paciente en el establecimiento de salud.
66	Internamiento en establecimiento de salud sin intervención quirúrgica	Código 065 Es la atención médica no quirúrgica, de un asegurado con complicaciones o patología cuya solución requiere del internamiento del paciente por un periodo superior a 24 horas. Incluye los materiales, exámenes auxiliares, insumos y los medicamentos utilizados, durante la estancia en el establecimiento de salud.



T. PAREDES



Nº	DENOMINACIÓN	DEFINICION
67	Internamiento con intervención quirúrgica menor	Código 066 Es la atención médico quirúrgica, de un asegurado con complicaciones o patología cuya solución requiere de una cirugía menor, con internamiento por un periodo superior a 24 horas. Incluye el internamiento pre y post quirúrgico, los materiales, exámenes auxiliares, insumos y los medicamentos utilizados durante la estancia en el establecimiento de salud.
68	Internamiento con intervención quirúrgica mayor (no cesárea)	Código 067 Es la atención médica quirúrgica, de un asegurado con complicaciones o patología cuya solución requiere de una cirugía mayor (excepto cesárea) con internamiento por un periodo superior a 24 horas. Incluye el internamiento pre y post quirúrgico, los materiales, exámenes auxiliares, insumos y los medicamentos utilizados durante la estancia en el establecimiento de salud.
69	Internamiento con Estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	Código 068 Incluye materiales, insumos, procedimientos y medicamentos consumidos durante la estancia en la UCI.
70	Transfusión sanguínea o hemoderivados	Código 069 Incluye procedimientos e insumos necesarios para la obtención, tamizaje, conservación y transfusión por cada unidad de Sangre, de acuerdo a la normatividad vigente. Para el caso de los establecimientos de salud que cuenten con el mecanismo de pago por consumo, deberán consignar los insumos y procedimientos necesarios para la obtención, tamizaje, conservación y transfusión de Sangre o Hemoderivados en la prestación que corresponda, no siendo necesaria la utilización de este código prestacional.
71	Atención de Rehabilitación.	Código: 200 Prestación que cubre los procedimientos de rehabilitación en el I nivel de atención y II con población adscrita, según lo dispuesto por normas específicas en los niveles que corresponda Ejm: rehabilitación, sesiones de psicoterapia, entre otros.
72	Apoyo al Tratamiento	Código: 901 Es el conjunto de procedimientos asistenciales que complementan la atención médica. Es parte de las prestaciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación. Las prestaciones de apoyo al tratamiento serán realizadas en aquellos establecimientos que cuentan con la capacidad operativa para ello.
73	Atención Pre-concepcional	Código: 902 Comprende el conjunto de actividades e intervenciones preventivas de atención integral dirigido a la mujer en edad fértil o a una pareja, a fin de promover los cuidados más adecuados durante el periodo preconcepcional y lograr un embarazo, parto y puerperio y un recién nacido en buen estado de bienestar biológico, psicológico y social. Se realiza en un establecimiento de salud desde el I nivel de atención por profesional Gineco obstetra, médico general capacitado y la participación de un equipo multidisciplinario. La cantidad de atenciones se realiza de acuerdo a norma vigente.
74	Atención Integral del Adulto Mayor	Código: 903 Es una atención preventiva de atención integral al adulto mayor, que comprende un conjunto de prestaciones de salud contemplando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud. Se realiza en un establecimiento de salud desde el I nivel de atención por profesional de salud capacitado y la participación de un equipo multidisciplinario. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial y requiere el diagnóstico de la evaluación nutricional. El número de controles se realiza de acuerdo a norma vigente. En caso de que las IPRESS de categoría I-1 no cuenten con profesional de salud, lo podrá realizar el personal de salud capacitado.
75	Atención Integral del Joven y Adulto	Código: 904 Es una atención preventiva de atención integral al joven y adulto, que comprende un conjunto de prestaciones de salud contemplando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud. Se realiza en un establecimiento de salud desde el I nivel de atención por profesional de salud capacitado y la participación de un equipo multidisciplinario. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial y requiere el diagnóstico de la evaluación nutricional. El número de controles se realiza de acuerdo a norma vigente. En caso de que las IPRESS de categoría I.1 no cuente con profesional de salud, lo podrá realizar el personal de salud capacitado.



Nº	DENOMINACIÓN	DEFINICIÓN
76	Actividad de Salud Colectiva	Código: 905 Actividades preventivo promocionales que realiza el personal de salud de las IPRES a la población en los escenarios de vivienda, familia, comunidad, instituciones educativas y municipios, acorde a las definiciones operacionales de los programas presupuestales del MINSA. Estas actividades consumen insumos necesarios para generar productos.
77	Consulta Externa por Profesional no médico ni odontólogo	Código: 906 Se refiere a la consulta ambulatoria preventiva o recuperativa realizada por los profesionales de salud no médicos ni odontólogos (psicólogo, nutricionista u otro según norma) realizado a los asegurados sanos o con morbilidad. La atención en el primer nivel corresponde a atención preventiva, mientras que la atención en el II y III nivel es recuperativa.
78	Telesalud	Código: 907 Servicio de salud a distancia prestado por personal de salud competente, a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación – TIC, para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles principalmente a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive.
79	Atención Domiciliaria	Código: 908 Prestaciones de salud brindadas por el profesional de salud en el domicilio del asegurado para el seguimiento de pacientes crónicos en domicilio a solicitud del médico tratante. Ejem: consumo de oxígeno, cuidados paliativos a pacientes con enfermedades terminales, etc.
80	Servicio Complementario	Código: S01 Se refiere al servicio de salud que los establecimientos de salud registran, en el marco de lo establecido a través de la Resolución Jefatural N° 145-2012/SIS.
IV. PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS		
81	Traslado de emergencia	Código: 115 Es el traslado de emergencia de pacientes asegurados, entre diferentes ámbitos (local, regional, nacional) por medios de transporte aéreo, terrestre, fluvial o mixto. En la contrarreferencia la vía a determinar (terrestre o aérea) será de acuerdo a la indicación médica acorde con la condición del paciente. Incluye camilla, el TUUA y el acompañante. El mecanismo de pago será por servicio, debiendo ser sustentado mediante el comprobante de pago correspondiente, según normatividad vigente.
82	Asignación por alimentación	Código: 111 Incluye la alimentación diaria a un familiar o acompañante en los casos de traslados de emergencia interprovinciales, regionales y nacionales. Puede incluir hasta un día después del alta. Incluye la asignación por alimentación para las gestantes y acompañantes alojados en las casas de espera. El desembolso será efectuado por el establecimiento de salud que realiza la contrarreferencia, el mismo que estará sustentado en el formato de atención. El prestador deberá conservar los registros que sustenten la entrega de dicha asignación o su equivalente en el EESS, los que deberán ser presentados a solicitud del SIS y sus Oficinas Desconcentradas.
83	Sepelio para Óbito fetal (Muerte Intraútero)	Código: 112 Refiere al código de servicio y/o prestación económica de sepelio que financia el SIS, que cubre hasta el máximo de la tarifa establecida por la Directiva de Sepelio, que incluye: nicho, ataúd, mortaja, capilla ardiente y traslado del fallecido al cementerio. Se reconoce esta prestación económica a los óbitos fetales desde la semana 28 de edad gestacional. Se re conoce esta prestación como parte de la cobertura de la madre.
84	Sepelio para niñas/os	Código: 113 Es la prestación administrativa y/o económica que financia el SIS en el caso de niños beneficiarios fallecidos hasta el máximo de la tarifa establecida por la Directiva de Sepelios e incluye los servicios de: nicho, ataúd, mortaja, capilla ardiente y traslado del fallecido al cementerio. Niñas/os (De 29 días de edad hasta los 11 años)
85	Sepelio para adolescentes y adultos	Código: 114 Es la prestación administrativa y/o económica que financia el SIS en el caso de adolescentes beneficiarios y adultos fallecidos hasta el máximo de la tarifa establecida por la Directiva de Sepelios e incluye los servicios de: nicho, ataúd, mortaja, capilla ardiente y traslado del fallecido al cementerio. Adolescentes y Adultos (De 12 años a más)



Nº	DENOMINACIÓN	DEFINICION
86	Sepelio para Recién Nacido	<p>Código: 116</p> <p>Refiere al código de servicio y/o prestación económica de sepelio que financia el SIS, que cubre hasta el máximo de la tarifa establecida por la Directiva de Sepelio, que incluye: nicho, ataúd, mortaja, capilla ardiente y traslado del fallecido al cementerio.</p> <p>Se reconoce esta prestación económica a los recién nacidos hasta los 28 días de nacido. Se reconoce esta prestación con datos propios del recién nacido.</p>



E. VALDEZ



T. PAREDES

ANEXO 3
TARIFARIO DE SERVICIOS DE SALUD
(Convenio de Compra de Servicios de Salud)

N°	Cod. Servicio	Servicio de salud	Nivel I	Nivel II	Nivel III (*)	OBSERVACIONES
1	001	Control de CRED en menores entre 0 a 4 años	PC	PC		
2	002	Control del recién nacido con menos de 2,500 gr. de peso Prematuro y con secuelas al nacer	PC	PC	PC	En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación aplica para los Recién nacidos con menos de 1.5 Kg
3	005	Consejería nutricional para niñas o niños en riesgo nutricional y desnutrición	PC	PC		
4	007	Suplemento de micronutrientes	PC	PC		
5	008	Profilaxis antiparasitaria	PC	PC		
6	009	Atención prenatal	PC	PC		
7	010	Atención de puerperio normal	PC	PC		
8	011	Exámenes de laboratorio completo de la gestante *	PC	PC		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
9	013	Exámenes de ecografía obstétrica	PC	PC		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
10	015	Diagnóstico del embarazo	PC	PC		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
11	016	Estimulación temprana para menores de 36 meses	PC	PC		
12	017	Atención Integral del Adolescente	PC	PC		
13	018	Salud reproductiva (planificación familiar)	PC	PC		
14	019	Detección de trastorno de agudeza visual y ceguera	PC	PC		
15	020	Salud Bucal	PC	PC		
16	021	Prevención de caries	PC	PC		
17	022	Detección de problemas de salud mental.	PC	PC		
18	023	Detección precoz de cáncer de próstata (PSA)	PC	PC		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
19	024	Detección precoz de cáncer cérvico-uterino	PC	PC		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
20	025	Detección precoz de cáncer de mama (Mamografía)	PC	PC		En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
21	026	Tratamiento profiláctico a gestante positiva a la prueba rápida / ELISA VIH	PC	PC	PC	
22	027	Tratamiento profiláctico a niños expuestos al VIH	PC	PC	PC	
23	029	Tamizaje Neonatal (4 marcadores)	PC	PC	PC	En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, la prestación se puede generar como Apoyo al diagnóstico
24	050	Atención inmediata al recién nacido	PC	PC	PC	En EESS Nivel II sin población adscrita y Nivel III, en caso de RN el pago será por consumo
25	051	Internamiento del RN con patología no quirúrgica	PC	PC	PC	En el I nivel atención solo es válida para establecimientos I-4
26	052	Internamiento con intervención quirúrgica del RN	PC	PC	PC	En el I nivel atención solo es válida para establecimientos I-4
27	053	Tratamiento VIH-SIDA (0-19 años)	PC	PC	PC	
28	054	Atención de parto vaginal	PC	PC	PC	
29	055	Cesárea	PC	PC	PC	En el I nivel atención solo es válida para establecimientos I-4
30	056	Consulta externa	PC	PC	PC	La prestación exceptúa el gasto variable en los siguientes diagnósticos: Resfrío, Hepatitis A, EDA sin deshidratación, entre otras.
31	057	Restauración dental simple (Obturación y curación dental simple)	PC	PC		
32	058	Restauración dental compuesta (Obturación y curación dental compuesta)	PC	PC		
33	059	Extracción dental (exodoncia)	PC	PC		
34	060	Atención extramural en zona urbana y urbana marginal (visita domiciliaria: recuperativo y/o preventivo)	PC	PC		
35	061	Atención en tópico	PC	PC	PC	
36	062	Atención por emergencia	PC	PC	PC	
37	063	Atención por emergencia con observación	PC	PC	PC	
38	064	Intervención médico-quirúrgica ambulatoria	PC	PC	PC	
39	065	Internamiento en establecimiento de salud sin intervención quirúrgica	PC	PC	PC	
40	066	Internamiento con intervención quirúrgica menor	PC	PC	PC	
41	067	Internamiento con intervención quirúrgica mayor (no cesárea)	PC	PC	PC	En el I nivel atención solo es válida para establecimientos I-4
42	068	Internamiento con Estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)		PC	PC	
43	069	Transfusión sanguínea o hemoderivados	PC	PC		En el I nivel atención solo es válida para establecimientos I-4
44	070	Atención odontológica especializada	PC	PC	PC	En el I nivel de atención solo es válido para los establecimientos I-3, I-4
45	071	Apoyo al diagnóstico	PC	PC	PC	
46	074	Tratamiento ITS en adolescentes, adultos y adultos mayores	PC	PC	PC	
47	075	Atención extramural en zona rural (visita domiciliaria: recuperativo y/o preventivo)	PC	PC		



48	111	Asignación por alimentación	PC	PC	PC	
49	112	Sepelio de Óbito fetal o muerte intraútero	RJ	RJ	RJ	Tarifas aprobadas por la RJ N°090-2016/SIS
50	113	Sepelio para niños	RJ	RJ	RJ	Tarifas aprobadas por la RJ N°090-2016/SIS
51	114	Sepelio para adolescentes y adultos	RJ	RJ	RJ	Tarifas aprobadas por la RJ N°090-2016/SIS
52	116	Sepelio para recién nacido	RJ	RJ	RJ	Tarifas aprobadas por la RJ N°090-2016/SIS
53	117	Traslado de emergencia	PS	PS	PS	Para la liquidación, el Prestador deberá presentar documentos que den fe del traslado del paciente; en caso el paciente sea transportado en vehículo que no emita boleta por servicios, el prestador podrá presentar declaración jurada para sustentar el traslado.
54	118	Control de CRED en menores de 5 a 9 años	PC	PC		
55	119	Control de CRED en menores de 10 a 11 años	PC	PC		
56	200	Atención de rehabilitación	PC	PC		
57	900	Prótesis dental removible	PC	PC	PC	Se aplica a todos los niveles de atención como PC
58	901	Apoyo al Tratamiento		PC	PC	Según RJ N°246-2013/SIS aplica solo al Nivel II y III
59	902	Atención Pre-concepcional	PC	PC		Según RJ N°207-2016/SIS aplica solo al Nivel I y II con población adscrita.
60	903	Atención Integral del Adulto Mayor	PC	PC		Según RJ N°207-2016/SIS aplica solo al Nivel I y II con población adscrita.
61	904	Atención Integral del Joven y Adulto	PC	PC		Según RJ N°207-2016/SIS aplica solo al Nivel I y II con población adscrita.
62	906	Consulta Externa por Profesional no médico ni odontólogo	PC	PC	PC	La Resolución Jefatural N° 061-2016/SIS lo menciona en el instructivo
63	907	Telesalud		4.50	4.50	Según RJ N°231-2017/SIS sólo reconoce el gasto de gestión
64	908	Atención domiciliaria	PC	PC	PC	
65	S01	Complementario	PC	PC		UPS de Medicina Física y Rehabilitación de establecimientos categoría I-4, II-1, II-2, III-1, III-2. Solicitado con Informe N° 029-2017-SIS-GREP/SGO/GBL, Proveído N° 297-2017-SIS/GREP
66	S02	Salud Escolar	PC	PC		Aplica para el I Nivel y II Nivel de atención con población adscrita.

Legenda:

- PC: Pago por consumo
- RJ: Tarifa según Resolución Jefatural Vigente
- CR: Componente de Reposición
- CG: Componente de Gestión
- T: Norma Técnica
- S: Pago por Servicio
- R: Tarifa según Resolución Jefatural correspondiente
- (*) Columna Nivel III comprende a los establecimientos del Nivel II sin población adscrita y Nivel III propiamente
- Columna Nivel II comprende a los establecimientos del Nivel II con población adscrita



ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS

(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 NAALES (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 TÉMPOROMANDIBULAR, BOCA ABIERTA Y CERRADA; UNILATERAL (2 PLACAS)	20.23
15	70332	ARTROGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TÉMPOROMANDIBULAR (***)	45.89
16	70360	EXAMEN RADIOLÓGICO, CUELLO, TEJIDOS BLANDOS	16.60
17	70373	LARINGOGRAFÍA CONTRASTADA (***)	45.89
18	70390	SIALOGRAFÍA (3 PLACAS) (***)	45.89
19	70391	ARTERIOGRAFÍA 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	BRONQUIOGRAFÍA 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 OBLÍCUIOS, 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	MIELOGRAFIA COLUMNA TORACICA SIN CONTRASTE	22.63
41	72270	MIELOGRAFÍA DE CANAL ESPINAL COMPLETO, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAS (***)	45.89
42	72285	DISCOGRAFÍA 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



ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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	COLECISTOGRAFÍA ORAL (***) (3 PLACAS)	34.10
81	74300	COLANGIOGRAFÍA Y/O PANCREATOGRAFÍA INTRAQUIRÚRGICA (***) (3 PLACAS)	37.66
82	74301	COLANGIOGRAFÍA Y/O PANCREATOGRAFÍA INTRAQUIRÚRGICA ADICIONAL (***) (2 PLACAS)	37.66
83	74305	COLANGIOGRAFÍA Y PANCREATOGRAFÍA 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
86	74410	UROGRAFÍA, INFUSIÓN POR GOTEYO 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



T. PAREDES

E. VALDEZ

ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS
(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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	HISTEROSONOGRAMA, 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 SESION)	3.25
150	77501	BRAQUITERAPIA 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	BRAQUITERAPIA 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

E. VALDEZ

T. PAREDES

ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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- GAMMAGRAFÍA 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 MÉDULA- GAMMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SUPRARRENALES	222.04
170	78076	DETECCIÓN DE FEOCROMOCITOMA CON METIL-iodo- GUANETIDINA -123	222.04
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 NANOCOLOIDES-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 TOMOGRAFÍA (SPECT)	222.04



T. PARÉDES



E. VALDEZ

ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
211	78484	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON MIBI-TEC99M REPOSO Y TOMOGRAFÍA (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 POSTDIPYRIDAMOL 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 PIROFOSFATO	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	GAMMAGRAFIA DE GLÁNDULAS SALIVALES	222.04
226	78524	GAMMAGRAFIA DE VÍAS BILIARES	262.37
227	78525	GAMMAGRAFIA 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	TOMOGRFÍA 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	TOMOGRFÍA 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 TOMOGRFÍA	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
253	78802	EVALUACIÓNDE 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	TOMOGRFIA LINEAL (4)	12.94
260	78895	QUIMIOTERAPIA ARTERIAL SELECTIVA	15.61
261	80048	BATERÍA METABÓLICA BÁSICA	9.34
262	80051	ELECTROLITOS SÉRICOS	7.45
263	80055	PERFIL PRENATAL: HEMOGRAMA DE TERCERA GENERACIÓN, GRUPO SANGUÍNEO, GLUCOSA, VDRL, HIV, EXAMEN DE ORINA, RUBÉOLA	24.10



T. PAREDES



E. VALDEZ

ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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	BATERÍA DE HEPATITIS: ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B (HBSAG), ANTICUERPO CONTRA EL ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B (HBSAB), ANTICUERPO CONTRA EL ANTÍGENO DE LA NUCLEOCÁPSIDE DE LA HEPATITIS B (HBCAB), IGG E IGM ,ANTICUERPO CONTRA LA HEPAT	12.84
266	80061	PERFIL LIPÍDICO	13.46
267	80062	PERFIL CARDÍACO: 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)	15.81
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	ADENOSINADEAMINASA (ADA)	6.09
306	82024	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA (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



T. PAREDES



E. VALDEZ

ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS
(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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
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



ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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 (ARSÉNICO, 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	HIDROXIPROGESTERONA, 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	PARATOHORMONA (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
421	84066	FOSFATASA ÁCIDA PRÓSTÁTICA	7.68
422	84075	FOSFATASA ALCALINA	4.11
423	84080	FOSFATASA ALCALINA; ISOENZIMAS	6.19



T. PAREDES

ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS
(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
424	84081	FOSFOLÍPIDOS	6.19
425	84100	FÓSFORO EN SANGRE	8.69
426	84105	FÓSFORO INORGÁNICO (FOSFATO); EN ORINA	2.91
427	84106	PORFOBILINÓGENO 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	TRİYODOTIRONINA (T3)	15.28
462	84481	TRİYODOTIRONINA 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	GONADOTROFINA 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



T. PARFDES



E. VALDEZ

ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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
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	INMUNOELECTROFORESIS DE SUERO	15.83
533	86325	INMUNOELECTROFORESIS 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



ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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	ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO (PRUEBA RÁPIDA)	5.38
543	86592	PRUEBA DE SÍFILIS CUALITATIVA (VDRL, RPR)	4.34
544	86603	DETECCIÓN DE ANCITUERPOS PARA ADENOVIRUS	15.60
545	86606	DETECCIÓN DE ANCITUERPOS PARA ASPERGILUS	15.60
546	86611	DETECCIÓN DE ANCITUERPOS A BARTONELLA	15.60
547	86622	DETERMINACIÓN DE ANCITUERPOS PARA BRUCELLA	15.19
548	86628	DETECCIÓN DE ANCITUERPOS PARA CANDIDA	15.60
549	86631	SEROLOGÍA PARA CHLAMYDIA	22.85
550	86644	ANCITUERPOS PARA CITOMEGALOVIRUS	22.20
551	86645	ANCITUERPOS PARA CITOMEGALOVIRUS IGM	22.45
552	86658	DETECCIÓN DE ANCITUERPOS PARA ECHOVIRUS	15.60
553	86664	DETECCIÓN DE ANCITUERPOS PARA ANTÍGENO NUCLEAR DEL VIRUS EPSTEIN BARR	16.67
554	86665	DETECCIÓN DE ANCITUERPOS PARA ANTÍGENO DE CÁPSIDE DEL VIRUS EPSTEIN BARR	16.67
555	86677	ELISA HELICOBACTER PYLORI	15.60
556	86687	DETECCIÓN DE ANCITUERPOS PARA HTLV-I	15.60
557	86689	IDENTIFICACIÓN DE ANCICUERPO ANTI VIH 1-2 PRUEBA CONFIRMATORIA (WESTERN BLOT)	44.42
558	86695	ANCICUERPOS PARA HERPES SIMPLE, TIPO 1	15.99
559	86698	DETECCIÓN DE ANCICUERPOS PARA HISTOPLASMA	15.19
560	86701	DETECCIÓN DE ANCICUERPOS PARA HIV-1 / HIV -2	12.81
561	86702	DETECCIÓN SEMICUANTITATIVA DE ANCICUERPOS PARA HIV-2	12.81
562	86703	ELISA O PRUEBA RÁPIDA PARA HIV-1 Y HIV-2	9.48
563	86704	DETECCIÓN DE ANCICUERPOS TOTALES PARA NÚCLEO DE VIRUS DE HEPATITIS B (TOTAL ANTI-HBCORE)	14.79
564	86705	DETECCIÓN DE ANCICUERPOS ANTI-CORE IGM PARA NÚCLEO DE VIRUS DE HEPATITIS B	18.13
565	86706	DETECCIÓN DE ANCICUERPOS PARA ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B (HBS-AG)	17.80
566	86707	DETECCIÓN DE ANCICUERPOS E DE HEPATITIS B (HBEAB)	15.60
567	86708	DETERMINACIÓN DE ANCICUERPOS PARA HEPATITIS A	18.13
568	86709	DETECCIÓN DE ANCICUERPOS IGM PARA VIRUS DE HEPATITIS A	16.24
569	86710	DETECCIÓN DE ANCICUERPOS PARA VIRUS INFLUENZA	15.60
570	86738	DETERMINACIÓN DE ANCICUERPOS PARA MYCOPLASMA	15.60
571	86747	ANCICUERPOS PARA PARVOVIRUS	15.60
572	86762	DETERMINACIÓN DE ANCICUERPOS PARA RUBÉOLA	15.70
573	86765	ANCICUERPOS PARA RUBÉOLA (SARAMPIÓN)	15.60
574	86768	DETECCIÓN PARA ANCICUERPOS CONTRA SALMONELLA	13.55
575	86777	ANCICUERPOS PARA TOXOPLASMA	17.85
576	86778	ANCICUERPOS PARA TOXOPLASMA IGM	17.85
577	86780	PRUEBA ESPECÍFICA DE TREPONEMA PALLIDUM (EJ FTA)	15.60
578	86781	PRUEBA DE CONFIRMACIÓN DE ANCICUERPOS PARA TREPONEMA PALLIDUM	17.27
579	86787	DETERMINACIÓN DE ANCICUERPOS PARA VIRUS VARICELA ZOSTER	15.60
580	86790	PRUEBA DE ANCICUERPO PARA VIRUS NO ESPECIFICADO (EJ. ELISA FIEBRE AMARILLA, TORCH)	15.60
581	86793	DETERMINACIÓN DE ANCICUERPOS PARA YERSINIA	15.60
582	86800	ANCICUERPOS ANTITIROIDEOS	15.60
583	86803	DETERMINACIÓN DE ANCICUERPOS 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 ANCICUERPOS	5.71
588	86890	OBTENCIÓN, PROCESADO Y ALMACENAMIENTO DE SANGRE O COMPONENTE ALTOLOGICO	15.73
589	86900	GRUPO SANGUÍNEO	4.01
590	86901	FACTOR RH	2.66
591	86906	TIPIFICACIÓN COMPLETA FENOTIPO RH	7.66



T. PAREDES

E. VALDEZ

ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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	AISLAMIENTO VIRAL POR INOCULACIÓN EN HUEVOS O ANIMALES PEQUEÑOS, INCLUYE OBSERVACIÓN Y DISECCIÓN	12.54
622	87254	AISLAMIENTO 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



T. PAREDES

ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS
(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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 INMUNOFUORESCENCIA	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	RECUESTO CELULAR EN LÍQUIDOS CORPORALES VARIOS (EXCEPTO SANGRE)	2.75
660	89051	RECUESTO CELULAR EN LÍQUIDOS CORPORALES, CON RECUESTO 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	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE CEREBRO; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
666	70460	TEM CEREBRO CON CONTRASTE	253.74
667	70480	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE ÓRBITA, SILLA TURCA O FOSA POSTERIOR, U OÍDO EXTERNO, MEDIO O INTERNO SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
668	70486	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE ZONA MÁXILOFACIAL SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
669	70488	TEM MACIZO FACIAL CON CONTRASTE	308.02
670	70490	TOMOGRAFÍA 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	TOMOGRAFÍA 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
676	72125	TOMOGRAFÍA 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	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE PELVIS; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
682	73200	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA, EXTREMIDAD SUPERIOR; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
683	73206	ANGIOTEM DE EXTREMIDAD SUPERIOR CON CONTRASTE.	446.62
684	73700	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE MIEMBRO INFERIOR SIN MATERIAL DE CONTRASTE	160.00
685	73706	ANGIOTEM EXTREMIDADES INFERIORES	446.62
686	74150	TOMOGRAFÍA 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



ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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	UROTOMOGRFIA (UROTEM) CON CONTRASTE	422.20
737	7441502	UROTOMOGRFIA (UROTEM) 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



T. PAREDES



E. VALDEZ

ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS
(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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
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



T. PAREDES



E. VALDEZ

ANEXO N°4
TARIFARIO INTEGRADO DE PROCEDIMIENTOS

(En Soles)

N°	Código CPT	Denominación	Tarifario
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	99211	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

(*) 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 SI,



· Las Tarifas de Resonancias Magnéticas, no incluyen el contraste, el mismo que podrá registrarse en el sistema SIASIS/ARFSIS como Pago por Cont

· Las Tarifas de las Sedaciones, no incluyen los Filtros antibacterianos respiratorios p/ equipo de anestesia ni los anestésicos, los mismos que podrán

· 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.



T. PAREDES