		VALORES A PAGAR	
CÓDIGO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA	B	C
12.19.01	FRONDA ARTICULADA PARA MAXILARES.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.02	YESO PARA NARIZ.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.03	MINERVA DE YESO.	$ 10.000,00	$ 15.000,00
12.19.04	COLLAR DE SHANI ENYESADO.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.05	VENDAJE DE SHANI.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.06	CORSET.	$ 10.000,00	$ 15.000,00
12.19.07	CORSELETE.	$ 5.000,00	$ 10.000,00
12.19.09	LECHO DE LORENZ HASTA CADERA.	$ 10.000,00	$ 15.000,00
12.19.10	LECHO DE LORENZ HASTA PIE.	$ 10.000,00	$ 15.000,00
12.19.11	VENDAJE DE CINGULO PARA COSTILLA.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.12	VENDAJE EN OCHO ENYESADO.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.13	VENDAJE DE ROBERT JONES (ACROMIO CLAVICU-LAR).	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.14	VELPEAU DE YESO.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.15	VENDAJE DE VELPEAU.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.16	YESO TORACO-BRAQUIAL.	$ 10.000,00	$ 15.000,00
12.19.17	YESO BRAQUIPALMAR.	$ 5.000,00	$ 10.000,00
12.19.18	YESO COLGANTE.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.19	YESO ANTEBRAQUIPALMAR.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.20	MANO DE YESO.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.21	VALVA LARGA DE MIEMBRO SUPERIOR.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.22	VALVA CORTA DE MIEMBRO SUPERIOR.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.23	YESO PELVIPEDICO.	$ 10.000,00	$ 15.000,00
12.19.24	DUCROQUET.	$ 10.000,00	$ 15.000,00
12.19.25	CALZA DE YESO (YESO CRUROPEDICO).	$ 5.000,00	$ 10.000,00
12.19.26	BOTA LARGA DE YESO.	$ 10.000,00	$ 15.000,00
12.19.27	BOTA CORTA DE YESO.	$ 5.000,00	$ 10.000,00
12.19.28	BOTIN DE YESO.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.29	VALVA LARGA DE MIEMBRO INFERIOR.	$ 5.000,00	$ 10.000,00
12.19.30	VALVA CORTA DE MIEMBRO INFERIOR.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
12.19.31	PASTA DE UNNA.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
13.01.04	ESCISION LOCAL DE LESION DE PIEL O GLANDULA DE PIEL CICATRIZAL, INFLAMATORIA O TUMORAL BENIGNA (QUISTE SEBASEO, ANTRAX, NEVUS, ETC.).	$ 5.000,00	$ 10.000,00

		VALORES A PAGAR	
CÓDIGO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA	B	C
13.01.05	INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO SUPERFICIAL, HIDROSADENITIS, QUISTE SEBASEO INFECTADO, FORUNCULO, PANADIZO, HEMATOMA, ANTRAX, ETC. EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
13.01.06	DESTRUCCION DE LESION DE PIEL (VERRUGA, QUERATOSIS SENIL, FIBROMA, NEVUS, ETC.) POR ELECTROCOAGULACION O APLICACION DE SUSTANCIAS QUIMICAS (HASTA 5 ELEMENTOS). TRATAMIENTO COMPLETO.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
13.01.07	DESTRUCCION DE LESION DE PIEL (VERRUGA, QUERATOSIS SENIL, FIBROMA, NEVUS, ETC.) POR ELECTROCOAGULACION O APLICACION DE SUSTANCIAS QUIMICAS (MAS DE 5 ELEMTOS). TRATAMIENTO COMPLETO.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
13.01.08	BIOPSIA DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y/O MUSCULAR.	$ 3.000,00	$ 5.000,00
13.01.09	ESCISION DE UÑA LECHO O REPLIEGUE UNGUEAL.	$ 5.000,00	$ 10.000,00
14.01.01	TESTIFICACION TOTAL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
14.01.02	TESTIFICACION PARCIAL	$ 1.500,00	$ 2.000,00
14.01.03	TESTIFICACION POR DROGAS	$ 1.000,00	$ 1.000,00
14.01.04	TRATAMIENTO DESENSIBILIZANTE	$ 1.500,00	$ 2.000,00
15.01.01	BIOPSIA POR INCISION O PUNCION	$ 3.000,00	$ 5.000,00
15.01.03	ESTUDIO MACRO/MICRO PIEZA ONCO	$ 5.000,00	$ 10.000,00
15.01.05	ESTUDIO BIOPSICO SERIADO	$ 5.000,00	$ 10.000,00
15.01.06	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOG.PAP	$ 3.000,00	$ 5.000,00
15.01.10	CITOLOG.EXFOLIAT.ONCOLOG.BRONQ	$ 3.000,00	$ 5.000,00
15.01.11	CITOLOG.EXFOLIAT.ONCOLOG.LIQUI	$ 3.000,00	$ 5.000,00
17.01.01	ELECTROCARDIOGRAMA CONSULTORIO	$ 3.000,00	$ 5.000,00
17.01.03	ELECTROGRAMA HAZ DE HIS	$ 5.000,00	$ 10.000,00
17.01.04	ELECTROCARDIOGRAMA HOLTER 1 C.	$ 5.000,00	$ 10.000,00
17.01.05	SOBREESTIMULACION CARDIACA	$ 5.000,00	$ 10.000,00
17.01.06	ELECTROCARDIOGRAMA D.INTRAESOF	$ 3.000,00	$ 5.000,00
17.01.07	VECTOCARDIOGRAMA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
17.01.08	FONOMECANOCARDIOGRAMA	$ 5.000,00	$ 10.000,00
17.01.11	ERGOMETRIA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
17.01.12	CURVAS DILUCION COLORANTES	$ 3.000,00	$ 5.000,00
17.01.15	FLUXOMETRIA POR EFECTO DOPPLER	$ 3.000,00	$ 5.000,00

		VALORES A PAGAR	
CÓDIGO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA	B	C
17.01.16	TERMODILUCION	$ 3.000,00	$ 5.000,00
17.01.17	REHABILITACION DEL CARDIOPATA	$ 5.000,00	$ 10.000,00
17.01.18	ELECTROCARDIOGRAMA HOLTER 2 C.	$ 5.000,00	$ 10.000,00
18.01.01	ECOCARDIOGRAMA COMPL:ECG SINCR	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.02	ECOCARDIOGRAMA COMPLE:MODO A-M	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.03	ECOCARDIOGRAMA COMPLE:MODO B	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.04	ECOGRAFIA TOCOGINECOLOG.UNICA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.06	ECOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.07	ECOGRAFIA CEREBRAL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.09	ECOGRAFIA OFTALMOLOGICA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.10	ECOGRAFIA TIROIDEA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.11	ECOGRAFIA TESTICULOS	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.12	ECOGRAFIA COMPLETA ABDOMEN	$ 5.000,00	$ 10.000,00
18.01.13	ECOGRAFIA HEPATICA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.14	ECOGRAFIA VEJIGA O PROSTATA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.16	ECOGRAFIA RENAL BILATERAL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.17	ECOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.18	ECOGRAFIA PANCREAT	$ 3.000,00	$ 5.000,00
18.01.21	ECOGRAFIA PARA AMNIOCENTESIS	$ 3.000,00	$ 5.000,00
20.01.01	TEST DE BERNSTEIN	$ 1.500,00	$ 2.000,00
20.01.08	CLEARANCE DE BROMOSULFTALEINA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
20.01.09	TEST DE RETENCION BSF-P.CAROLI	$ 1.500,00	$ 2.000,00
20.01.10	TEST DE RETENCION BSF	$ 1.500,00	$ 2.000,00
20.01.11	MOTILIDAD ESOFAGICA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
20.01.12	DETERM.REFLUJO GASTROESOFAGICO	$ 3.000,00	$ 5.000,00
20.01.13	LAVADO GASTRICO O ESOFAGICO	$ 1.000,00	$ 1.000,00
20.01.14	EX.MATERIAL GASTR/ESOF:C.EXFOL	$ 1.000,00	$ 1.500,00
20.01.36	HASTA 2 FOTOGRAFIAS ENDOSCOPIC	$ 1.000,00	$ 1.000,00
21.01.01	ESTUDIO GENETICO (se autoriza consulta)	$ 3.000,00	$ 5.000,00
22.01.01	COLPOSCOPIA-TRAQUELOSCOPIA	$ 1.000,00	$ 1.500,00
22.01.03	TEST DE SIMS-HUNNER	$ 1.000,00	$ 1.000,00
22.01.04	ESTUDIO DEL MOCO CERVICAL	$ 1.000,00	$ 1.000,00
22.01.05	PERSUFLACION C/REGISTRO QUIMOG	$ 1.500,00	$ 2.000,00
22.01.06	PERSUFLACION HIDROTUBACION	$ 1.000,00	$ 1.000,00

		VALORES A PAGAR	
CÓDIGO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA	B	C
22.01.07	INST.SUST.OPACA/HISTEROSALPING	$ 1.000,00	$ 1.000,00
22.02.01	AMNIOSCOPIA	$ 10.000,00	$ 15.000,00
22.02.02	MONITOREO FETAL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
23.01.03	ADENOGRAMA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
23.01.04	INV.AGLUTININAS:SAL/ALB	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.06	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.07	ANTICUERPO	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.08	ANTICUERPOS INMUN(LANDSTEINER)	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.09	ANTICUERPOS INMUN(WITEBSKY)	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.10	ANTIGLOBULINA HUMANA	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.12	AUTOHEMOLISIS	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.01.15	CELULAS FALCIFORMES	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.26	DACIE	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.29	ELECTROFORESIS S/PAPEL	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.30	ELECTROFORESIS POLIACRIL.CUANT	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.31	ELECTROFORESIS POLIACRIL.CUALI	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.01.35	ESPLENOGRAMA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
23.01.36	ESTADO SECRETOR	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.38	EXTON ROSE	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.52	FIBRINOLISINA(LISIS EUGLOBULI)	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.01.56	GLOBULINA GAMMA(SUERO)	$ 500,00	$ 500,00
23.01.57	GLOBULINA GAMMA(LATEX)	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.61	GLUCOGENO PREVIA DIGESTION	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.64	HAM	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.69	HEMOAGLUTINACION PASIVA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.01.70	HEMOAGLUTININAS(WIUGHAN)	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.79	HEMOLISINAS EN CALIENTE	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.82	HEPARINA IN VIVO(DE TAKATS)	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.84	IBC(IRON BINDING CAPACITY)	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.85	IDENTIF.ANTICUERPOS CON PANEL	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.01.86	INDICE OPSONOCITOFAGICO	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.88	LATEX GLOBULINA GAMMA	$ 500,00	$ 1.000,00
23.01.97	MEDULOGRAMA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
23.02.02	PEROXIDASAS	$ 500,00	$ 500,00

		VALORES A PAGAR	
CÓDIGO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA	B	C
23.02.03	PLAQUETAS	$ 500,00	$ 500,00
23.02.07	PROACTIVADOR PLASMINOGENO	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.02.12	REFFHUS	$ 500,00	$ 1.000,00
23.02.20	SIA	$ 500,00	$ 500,00
23.02.21	SICKLE CELLS	$ 500,00	$ 1.000,00
23.02.23	SULFATO DE PROTAMINA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.02.26	TROMBOPLASTINA(BIGGS/DOUGLAS)	$ 3.000,00	$ 5.000,00
23.02.27	TROMBOPLASTINA(BIGGS/DOUGLAS)S	$ 3.000,00	$ 5.000,00
23.02.28	TROMBOPLASTINA(HICKS	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.02.30	TROMBO TEST DE OWEN	$ 500,00	$ 1.000,00
23.02.31	TROMBOELASTOGRAMA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.23.05	ESTUDIO DE LAS ANEMIAS	$ 3.000,00	$ 5.000,00
23.23.06	ESTUDIO HEMATOLÓGICO	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.23.07	EST. DE COAGUL. COMPLETA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
23.23.08	EST. BÁSICO DE LA HEMOST.	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.23.09	CONTROL ANTIC. ORAL	$ 1.500,00	$ 2.000,00
23.23.10	CONTROL ANTIC.CON HEPARINA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
23.23.11	PUNCIÓN ASPIR. MEDULOGR.	$ 5.000,00	$ 10.000,00
23.23.12	BIOPSIA. OSEA	$ 5.000,00	$ 10.000,00
23.23.13	PUNCION GANGLIONAR	$ 5.000,00	$ 10.000,00
24.01.18	CHAGAS HEMOAGLUTINACION	$ 500,00	$ 500,00
24.24.04	EST INMUNOHEMATO CUALITATIVO	$ 3.000,00	$ 5.000,00
28.01.01	ESPIROMETRIA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
28.01.02	ESPIROMETRIA C/BRONCODILATADOR	$ 3.000,00	$ 5.000,00
28.01.03	BRONCOESPIROMETRIA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
28.01.04	TRAQUEOSCOPIA	$ 10.000,00	$ 15.000,00
28.01.07	CURVA DE FLUJO VOLUMEN	$ 1.500,00	$ 2.000,00
28.01.08	DETERMINACION VOLUMEN PULMONAR	$ 3.000,00	$ 5.000,00
28.01.09	ESTUDIO DE MECANICA PULMONAR	$ 3.000,00	$ 5.000,00
28.01.10	ANAL.GASES AIRE ESPIRADO/SANGR	$ 3.000,00	$ 5.000,00
29.01.01	ELECTROENCEFALOGRAFIA AC.SIMPL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
29.01.02	ELECTROENCEFALOGRAFIA AC.COMPL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
29.01.03	NISTAGMOGRAFIA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
29.01.04	ELECTROMIOGRAFIA MIEMB.SUP/INF/FACIAL/PERI-NEAL/ELEVADOR DEL ANO	$ 3.000,00	$ 5.000,00

		VALORES A PAGAR	
CÓDIGO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA	B	C
29.01.05	ELECTROMIOGRAFIA 4 MIEMBROS	$ 3.000,00	$ 5.000,00
29.01.06	ELECTROMIOGRAFIA C/VELOC.CONDU SENSITIVA O MOTORA (No se adiciona el 290104)	$ 3.000,00	$ 5.000,00
29.01.07	REFLEXOGRAMA PATELAR/AQUILIANO	$ 1.000,00	$ 1.500,00
29.01.08	CRONAXIMETRIA	$ 1.000,00	$ 1.500,00
29.01.09	ELECTRODIAGNOSTICO	$ 1.000,00	$ 1.500,00
29.01.10	REOGRAFIA CEREBRAL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
30.01.01	OFTALMODINAMOMETRIA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
30.01.02	CAMPO VISUAL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
30.01.06	TONOMETRIA EN NIÑOS C/ANEST.GE	$ 3.000,00	$ 5.000,00
30.01.08	GONIOSCOPIA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
30.01.09	CURVA TENSIONAL OCULAR	$ 3.000,00	$ 5.000,00
30.01.10	TONOGRAFIA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
30.01.11	RETINOGRAFIA UNILATERAL	$ 10.000,00	$ 15.000,00
30.01.12	RETINOGRAFIA BILATERAL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
30.01.13	RETINOFLUORESCEINOGRAFIA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
30.01.16	EXTRAC.CUERPO EXTR.EN CORNEA	$ 1.000,00	$ 1.500,00
30.01.17	DEPILACION ELECTRICA	$ 1.000,00	$ 1.500,00
30.01.18	DILATACION CONDUCTO LACRIMONAS	$ 3.000,00	$ 5.000,00
30.01.19	OFTALMOSCOPIA INDIRECTA	$ 1.000,00	$ 1.500,00
30.01.20	ESTUDIO FIJACION EN ESTRABISMO	$ 3.000,00	$ 5.000,00
30.01.22	EXOFTALMOLOGIA se autoriza como consulta	$ 3.000,00	$ 5.000,00
31.01.01	EXAMEN FUNCIONAL LABERINTICO	$ 1.000,00	$ 1.500,00
31.01.02	AUDIOMETRIA	$ 1.000,00	$ 1.500,00
31.01.03	LOGOAUDIOMETRIA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
31.01.04	PRUEBAS SUPRALIMINARES	$ 1.000,00	$ 1.500,00
31.01.07	TECNICA DE PROESTZ	$ 1.500,00	$ 2.000,00
31.01.09	IMPEDANCIOMETRIA	$ 10.000,00	$ 15.000,00
31.01.10	EXAMEN FUNCIONAL DE NARIZ	$ 3.000,00	$ 5.000,00
31.01.11	EXTR.CUERPO EXTRAÑO EN OIDO	$ 1.000,00	$ 1.500,00
31.01.15	CAUTERIZACION DE NARIZ	$ 1.000,00	$ 1.500,00
31.01.18	LARINGOSCOPIA DIRECTA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
31.01.20	EXTRACCION CALCULO SALIVAL	$ 1.000,00	$ 1.500,00
31.01.21	INYEC.SUST.OPACA/BRONCOGRAFIA	$ 10.000,00	$ 15.000,00

		VALORES A PAGAR	
CÓDIGO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA	B	C
31.01.22	OTOMICROSCOPIA	$ 1.000,00	$ 1.500,00
33.01.01	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES	$ 3.000,00	$ 5.000,00
33.01.02	PSICOTERAPIAS GRUPALES O COLEC	$ 1.000,00	$ 1.500,00
33.01.03	PSICOTERAPIA DE PAREJA O FAMIL	$ 3.000,00	$ 5.000,00
33.01.07	GOTEO CON PSICOFARMACOS	$ 10.000,00	$ 15.000,00
33.01.09	SUEÑO PROLONGADO	$ 1.500,00	$ 2.000,00
33.01.10	REFLEJOS CONDICIONADOS	$ 1.500,00	$ 2.000,00
33.01.11	PRUEBAS PSICOMETRICAS	$ 3.000,00	$ 5.000,00
33.01.12	PRUEBAS PROYECTIVAS	$ 5.000,00	$ 10.000,00
34.02.01	Rx CRANEO SENOS CAVUM	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.02	Rx CRANEO EXP. SUBSIGUIENTE	$ 1.000,00	$ 1.000,00
34.02.03	Rx HUESO TEMPORAL/AGUJ.OPTICOS	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.04	Rx ARTICULACION TEMPOROMAXILAR	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.05	ORTOPANTOMOGRAFIA CRANEO	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.06	ORTOPANTOMOGRAFIA CRANEO EXP. SUBSIGUIEN-TE	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.07	TELERRADIOGRAFIA CRANEO	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.08	TELERRADIOGRAFIA CRANEO EXP. SUBSIGUIENTE	$ 1.000,00	$ 1.000,00
34.02.09	RADIOGRAFIA DE RAQUIS	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.10	RADIOGRAFIA DE RAQUIS EXP. SUBSIGUIENTE	$ 1.000,00	$ 1.000,00
34.02.11	Rx HOMBRO	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.12	Rx HOMBRO EXP. SUBSIGUIENTE	$ 1.000,00	$ 1.000,00
34.02.13	Rx CODO	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.14	MEDICION COMPARATIVA MIEMB.INF	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.15	Rx AMPLIADA O MACRORADIOGRAFIA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.16	ARTROGRAFIA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.17	ARTROGRAFIA EXP. SUBSIGUIENTE	$ 1.000,00	$ 1.000,00
34.02.18	Rx DENTAL UNA PLACA(APICAL)	$ 1.000,00	$ 1.000,00
34.02.19	Rx DENTAL UNA PLACA(OCLUSAL)	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.20	Rx DENTAL SEMISERIADA(HASTA 7)	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.02.21	Rx DENTAL SERIADA(7-14 PLACAS)	$ 3.000,00	$ 5.000,00
34.03.01	TELERADIOGRAFIA DE TORAX	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.03.02	TELERADIOGRAFIA DE TORAX EXP. SUBSIGUIENTE	$ 1.000,00	$ 1.000,00
34.03.03	BRONCOGRAFIA	$ 10.000,00	$ 15.000,00

		VALORES A PAGAR	
CÓDIGO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA	B	C
34.03.04	NEUMOMEDIASTINO	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.01	SIALOGRAFIA	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.02	ESOFAGO.ESTUDIO RADIOL.SERIADO	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.03	ESTOMAGO/DUODENO.ESTUD.SERIADO	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.04	ESTOMAGO/DUODENO	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.05	E.SERIADO ESOFAGOGASTRODUODENA	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.06	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.07	TRANSITO INTEST.DELGADO/COLON	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.08	E.SERIADO ILEOCECOAPENDICULAR	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.09	COLONxENEMAyEVACUADO(3 PLACAS)	$ 5.000,00	$ 10.000,00
34.04.10	COLONxENEMAyEVACUADO(5 PLACAS)	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.11	COLONxENEMA	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.12	COLONxENEMA	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.04.13	COLECISTOGRAFIA ORAL	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.04.21	Rx SIMPLE DE ABDOMEN	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.04.22	Rx SIMPLE DE ABDOMEN EXP. SUBSIGUIENTE	$ 1.000,00	$ 1.000,00
34.05.01	Rx SIMPLE DE ARBOL URINARIO	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.05.02	UROGRAMA EXCRETOR SIMPLE	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.05.03	UROGRAMA EXCRETOR C/EST.VEJIGA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
34.05.04	UROGRAMA MINUTADO O POR GOTEO	$ 3.000,00	$ 5.000,00
34.05.05	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.05.06	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	$ 1.000,00	$ 1.000,00
34.05.07	CISTOURETROGRAFIA MICCIONAL	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.05.08	CISTOURETROGRAFIA POR INCONTIN	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.06.01	MAMOGRAFIA(SENOGRAFIA)CR.PO.PE	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.06.02	MAMOGRAFIA PROYECCION AXILAR	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.06.03	GALACTOGRAFIA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.06.04	HISTEROSALPINGOGRAFIA	$ 10.000,00	$ 15.000,00
34.06.05	PELVINEUMOGRAFIA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.06.06	GINECOGRAFIA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
34.06.07	PELVIMETRIA RADIOLOGICA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.06.08	Rx DEL EMBARAZO	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.09.03	FISTULOGRAFIA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
34.09.04	DACRIOCISTOGRAFIA	$ 1.500,00	$ 2.000,00

		VALORES A PAGAR	
CÓDIGO	NOMBRE DE LA PRÁCTICA	B	C
36.01.02	CISTOFIBROSCOPIA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
36.01.05	CISTOTONOMANOMETRIA	$ 3.000,00	$ 5.000,00
36.01.07	URETROSCOPIA	$ 1.500,00	$ 2.000,00
	Valores vigentes Febrero 2026		