



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

CONVENIO DE CONCERTACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”, A QUIEN EN ADELANTE SE LE DENOMINARA “EL INSTITUTO”, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL DOCTOR DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL Y, POR LA OTRA, LA SOCIEDAD ANÓNIMA PROMOTORA DE INVERSIÓN DE CAPITAL VARIABLE, A QUIEN EN LO SUCESIVO Y PARA EFECTOS DEL PRESENTE, SE LE DENOMINARÁ COMO “ASISMED”, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LA C. MARIA AIMEE PRIEGO RAMOS MANZANILLA, DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

I. “EL INSTITUTO”, DECLARA A TRAVÉS DE SU DIRECTOR GENERAL QUE:

I.1. Es un Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, regido por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el veintiséis de mayo del año dos mil; y que dentro de sus facultades se encuentran la de coadyuvar al funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud, así como la de proporcionar consulta externa y atención hospitalaria a la población que requiera atención en su área de especialización y afines, en las instalaciones que para el efecto disponga, con criterios de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios, sin que las cuotas de recuperación desvirtúen la función social de “**EL INSTITUTO**”.

I.2. El Dr. David Kershenobich Stalnikowitz, en su calidad de Director General, según consta en la Protocolización de Nombramiento, en el Acta número ciento treinta y siete mil doscientos treinta y dos, otorgada ante la fe del Lic. Ignacio Soto Borja y Anda, Titular de la Notaria Pública No. 129 del Distrito Federal, tiene facultades para representar en este acto a “**EL INSTITUTO**” de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 19, fracción I de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

I.3. **“EL INSTITUTO”** cuenta con instalaciones, equipo médico quirúrgico de primer orden y personal altamente capacitado para proporcionar los servicios médicos objeto de este convenio.

I.4. **“EL INSTITUTO”** tiene su domicilio ubicado en la Avenida Vasco de Quiroga número 15, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI, Delegación Tlalpan, Código Postal 14080, en México, Distrito Federal y su Registro Federal de Contribuyentes es: INC710101RH7.

II. **“ASISMED” DECLARA QUE:**

II.1. Que por póliza número catorce mil cuatrocientos sesenta y uno, de fecha doce de mayo de dos mil dieciséis, otorgada ante la fe del Corredor Público número 38 de la Plaza del Distrito Federal ahora Ciudad de México, el Licenciado Carlos Arturo Matsui Santana, se hace constar el contrato de Sociedad Anónima promotora de Inversión de Capital Variable, por el que se constituye ASISMED, Sociedad Anónima Promotora de Inversión de Capital Variable.

II.2. La **María Aimee Priego Ramos Manzanilla**, en su carácter de miembro del Consejo de la Administración de **“ASISMED”**, cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente documento, en términos de la póliza número catorce mil cuatrocientos sesenta y uno, de fecha doce de mayo de dos mil dieciséis; manifestando que dichas facultades no le han sido modificadas ni revocadas.

II.3 Tiene su domicilio fiscal el ubicado en Avenida Baja California número 261 piso 2 Int B5 colonia Roma Sur, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06760, en la Ciudad de México, mismo que señala para los fines y efectos legales de este convenio.

II.4. Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes número ASI1605121E1, otorgado por el Servicio de Administración Tributaria de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Expuesto lo anterior, las partes sujetan su compromiso a la forma y términos siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO: **“EL INSTITUTO”** proporcionará dentro de sus instalaciones, en la medida de sus posibilidades a **“ASISMED”**, los



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

servicios de atención médica específicamente en las especialidades que a continuación se indican:

- ° Endocrinología
- ° Gastroenterología
- ° Nefro/Urología
- ° Reumatología
- ° Cirugía Bariátrica, de tubo Digestivo y Oncología de Abdomen.

Por lo anterior **“ASISMED”** deberá remitir a sus afiliados mediante la carta de referencia misma que se adjunta al presente como Anexo Uno, sin esta carta los gastos correrán a cargo de su afiliado al momento de proporcionar el servicio.

El presente Convenio excluye los servicios de:

- ° Ortopedia
- ° Cirugía reconstructiva
- ° Neurocirugía
- ° Cardiología y
- ° Procedimientos Quirúrgicos

SEGUNDA. OBLIGACIONES DE “EL INSTITUTO”: Para la ejecución del presente convenio **“EL INSTITUTO”** se compromete a:

- a) Proporcionar en la medida de sus posibilidades los servicios descritos en el objeto del presente Convenio que le solicite por escrito **“ASISMED”**, para sus afiliados, con base a la categoría correspondiente al nivel de clasificación número 7 del tabulador de cuotas vigente a la fecha de la atención otorgada.
- b) **“EL INSTITUTO”** tiene atribuciones para verificar los datos que se consignen en la solicitud de prestación de servicios médicos de **“ASISMED”** y pedirá a sus afiliados, una identificación oficial vigente con fotografía.
- c) Comunicar vía telefónica a **“ASISMED”** dentro de las veinticuatro horas hábiles siguientes al ingreso y egreso de sus afiliados que les envíe.
- d) Presentar el último día hábil de cada mes a **“ASISMED”** los documentos que amparen las cantidades por concepto de los servicios prestados, durante el mes que se envíe, en el domicilio fiscal señalado en la declaración número II.3. del presente instrumento, a fin de cubrir en su totalidad los gastos de sus afiliados.



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

- e) Practicar a los afiliados hospitalizados de “ASISMED” los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios, de conformidad con los lineamientos que para el efecto tiene establecidos
- f) Conservar el expediente clínico de sus afiliados por un periodo mínimo de 5 (cinco) años contados a partir de la fecha de la última revisión médica.
- g) Los expedientes son confidenciales y propiedad de “EL INSTITUTO”, quien únicamente otorgará información verbal. El resumen clínico deberá solicitarse por escrito, y sólo por el titular de los datos o autoridad competente; por lo cual será obligación de “EL INSTITUTO” integrar el expediente clínico por cada afiliado referido por “ASISMED”, en apego estricto a las disposiciones establecidas por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- h) Informar a “ASISMED” a la brevedad posible para la práctica de los Servicios que requieran.

TERCERA. OBLIGACIONES DE “ASISMED”: Para la realización del presente Convenio “ASISMED” se obliga a:

- a) Remitir a sus afiliados que requieran atención médica-hospitalaria a “EL INSTITUTO”, de conformidad con la carta de referencia, misma que es integrada como Anexo Uno de este Convenio, que firmado por las partes forma parte integrante del mismo. Asimismo los afiliados deberán presentar la carta de referencia por parte de “ASISMED”, ya que sin ésta los gastos erogados serán a cargo del afiliado.

La solicitud de prestación de Servicios hecha por “ASISMED”, implica la autorización de ésta, respecto a la procedencia de los gastos médico-hospitalarios en que incurran sus afiliados, por lo que no podrá objetarlos con posterioridad.

- b) Hacer del conocimiento de sus filiados que remita a “EL INSTITUTO” para su atención médica-hospitalaria, que deberán respetar los reglamentos y órdenes que rijan en “EL INSTITUTO” durante su estancia.
- c) Informar a sus empleados y derechohabientes que, para el caso de que deseen egresar voluntariamente de las instalaciones de “EL INSTITUTO”



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

aún en contra de recomendación médica, antes de abandonar las instalaciones de **“EL INSTITUTO”**, suscribirán un documento en el que se expresen claramente las razones que motivan su egreso, responsabilizándose de cualquier situación que pudiera presentarse después del evento, mismo que deberá ser avalado por dos testigos idóneos, de los cuales, uno será designado por **“EL INSTITUTO”** y el otro por el afiliado.

d) Eximir de toda responsabilidad a **“EL INSTITUTO”** en el caso de que los afiliados que le envíe, egresen voluntariamente de las instalaciones de **“EL INSTITUTO”**, aún en contra de recomendación médica.

Queda establecido que la negativa de los afiliados de **“ASISMED”**, a recibir el tratamiento médico-hospitalario que sea necesario, no la libera de pagar los gastos que por concepto de atención médica les hubiere proporcionado **“EL INSTITUTO”**; por lo que ésta deberá responder por los mismos.

e) Pagará a **“EL INSTITUTO”** dentro de los quince días hábiles siguientes al día en que reciba vía correo electrónico las facturas electrónicas con los archivos de la cuenta de gastos por los servicios de atención médica-hospitalaria brindada a sus afiliados, de conformidad con lo establecido en la cláusula QUINTA del presente documento.

f) Respetar los reglamentos internos y horarios de **“EL INSTITUTO”**, para la prestación de los Servicios, materia del presente Convenio.

g) Proporcionar a **“EL INSTITUTO”** toda información y documentos necesarios para que sus afiliados reciban los Servicios adecuados, objeto del presente instrumento.

CUARTA. CUOTAS DE RECUPERACIÓN: Las partes convienen en que las cuotas de recuperación que servirán de base para la prestación de los servicios objeto de este Convenio, serán las que rijan para el nivel de clasificación número 7 del tabulador de cuotas, que se encuentre vigente en el momento en que se proporcionen los servicios objeto se este convenio.

Los montos de las cuotas de recuperación vigentes al momento de la firma del presente instrumento se incluyen en el Anexo Dos del presente Convenio, que firmado por las partes forma parte integrante del mismo.



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

NÚMERO DE CONVENIO: INCMN/708/8/SS/57/17

En caso de incrementarse durante la vigencia de este convenio, "EL INSTITUTO" proporcionará su tabulador de cuotas de recuperación a "ASISMED" mediante comunicación otorgada por escrito a su domicilio, surtiendo sus efectos a partir del momento en que oficialmente sea notificado "ASISMED", mismo que deberá sustituirse, por lo tanto "ASISMED" se obliga a acatar los incrementos que procedan y conforme al tabulador de cuotas de recuperación que se haga de su conocimiento.

QUINTA. FORMA DE PAGO: Las partes convienen en que el pago por concepto de los servicios de atención médica hospitalaria, objeto de este convenio, lo hará "ASISMED" dentro de los quince días hábiles, que serán contados a partir del día siguiente a la fecha de recepción de las facturas y/o documentos relativos al servicio médico, mismos que deberán ser entregados en el domicilio fiscal señalado en las declaraciones II.3 del presente Convenio, específicamente en el Área denominada (Operaciones) asimismo dentro de este periodo "ASISMED" deberá validar que las facturas electrónicas cumplan con los requisitos fiscales.

En caso de errores y/o deficiencias detectadas en las facturas electrónicas, "ASISMED" deberá notificar en los primeros tres días del término a que se refiere el párrafo anterior a "EL INSTITUTO", mediante oficio dirigido al Departamento de Tesorería, quien subsanará y enviará nuevamente las facturas electrónicas en un término de tres días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de dicha notificación, a efecto de que "ASISMED" cumpla con el plazo de pago a que se refiere el primer párrafo de la presente cláusula.

Las facturas electrónicas deberán ser enviadas en archivo PDF XML, en días hábiles de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 14:00 horas, a la dirección electrónica facturacion@asismed.com.mx.

Los pagos se efectuarán en moneda nacional a través del sistema de depósito electrónico de la Tesorería de la Federación, en la institución bancaria denominada HSBC con clave interbancaria 021180041007274878 a favor de "EL INSTITUTO", en el Catálogo de Beneficiarios del Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF). Una vez efectuado dicho depósito, deberá Notificar a "EL INSTITUTO" a los correos siguientes: alessandra.munguias@incmnsz.mx Alessandra Munguía Saldaña con copia a rebeca.terrazast@incmnsz.mx a nombre de la Lic. Rebeca Terrazas Torres

Avenida Vasco de
Quiroga No. 15
Colonia Belisario
Domínguez Sección XVI
Delegación Tlalpan
Código Postal 14080
México, Distrito Federal
Tel. (52)54870900
www.incmsz.mx



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

SEXTA. SUSPENSIÓN DE SERVICIOS "ASISMED" acepta y conviene que "EL INSTITUTO" podrá suspender la prestación de los servicios objeto de este instrumento, en el momento en que "ASISMED" deje de cubrir el pago por concepto de prestación de servicios médicos subrogados.

SÉPTIMA. REQUERIMIENTO DE PAGO. En el caso de que "ASISMED" no cubra a "EL INSTITUTO" dentro de los quince días hábiles a los que se refiere en la cláusula **QUINTA** del presente Convenio, "EL INSTITUTO" requerirá a "ASISMED" mediante notificación por escrito que el pago sea cubierto dentro de los veinte días hábiles posteriores a la fecha de notificación y una vez vencido dicho término y dada la omisión por parte de "ASISMED", "EL INSTITUTO" tendrá la facultad de rescindir el presente Convenio.

OCTAVA. VIGENCIA: La vigencia del presente convenio será de 5 años empezando a contar a partir del 01 de Agosto de 2017 y hasta el 01 de Agosto de 2022, pudiendo en todo momento darse por terminado, a solicitud de cualquiera de las partes, mediante notificación por escrito a la otra parte, con treinta días naturales de anticipación.

NOVENA. MODIFICACIONES AL CONVENIO. "LAS PARTES" acuerdan que para cualquier modificación o variación a los términos y condiciones pactadas en este Convenio, deberá solicitarse por escrito con treinta días de antelación sin este requisito no será válido.

DÉCIMA. SUBROGACIÓN: Las partes están de acuerdo en que para el caso de que "EL INSTITUTO" se vea en la necesidad de subrogar algún tipo de servicio médico, por tratarse de padecimientos ajenos a las especialidades que fomentan, ésta será facultad exclusiva de "EL INSTITUTO", por lo que no requerirá de la autorización previa de "ASISMED". Sin perjuicio de lo anteriormente acordado, "EL INSTITUTO" se compromete a dar aviso inmediato de la subrogación a "ASISMED" cuando ésta proceda.

El costo de los servicios subrogados será a cargo exclusivo de "ASISMED" por lo que éste se pondrá en contacto con la Institución que preste el servicio que se subroga para tales efectos, tan pronto como "EL INSTITUTO" se lo haga de su conocimiento.

Las partes acuerdan que "EL INSTITUTO" no adquiere responsabilidad profesional alguna, por la prestación de servicios subrogados, mencionados en la presente cláusula.



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

NÚMERO DE CONVENIO: INCMN/708/8/SS/57/17

DÉCIMA PRIMERA. CESIÓN DE DERECHOS: "ASISMED" por ningún motivo podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones estipuladas en este convenio.

DÉCIMA SEGUNDA. RELACIONES LABORALES: Queda expresamente estipulado que las partes suscriben el presente Convenio, en atención a que cada una de ellas cuenta con el personal necesario y los elementos propios para realizar las actividades de su objeto, por lo tanto, aceptan que en relación con el personal que llegara a trabajar con motivo de la ejecución de este instrumento legal, no existirá relación alguna de carácter laboral con la contraparte, por lo que no podrá considerárseles como patrones sustitutos o solidarios y cada una de ellas asumirá las responsabilidades que de tal relación les correspondan.

DÉCIMA TERCERA. RESCISIÓN: Las partes podrán rescindir el presente convenio sin necesidad de declaración judicial alguna, con el sólo hecho de comunicar su decisión por escrito a la contraparte con treinta días naturales de anticipación, para el caso de que ésta incumpla cualquiera de las obligaciones estipuladas a su cargo.

DÉCIMA CUARTA. JURISDICCIÓN: Para la interpretación y cumplimiento de este Convenio, así como para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Federales en la Ciudad de México, por lo tanto "ASISMED" renuncia al fuero que pudiera corresponderle por razón de su domicilio presente o futuro.

Leído que fue el presente Convenio y enteradas las partes del contenido y consecuencias legales, se firma en tres ejemplares en la Ciudad de México, Distrito Federal, el primero de Agosto del año dos mil diecisiete.

POR "EL INSTITUTO"

DR. DAVID KERSHENOBICH
STÁLNIKOWITZ
DIRECTOR GENERAL

POR "ASISMED"

C. MARIA AIMEE PRIEGO RAMOS
MANZANILLA
APODERADA



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

NÚMERO DE CONVENIO: INCMN/708/8/SS/57/17

DR. JOSÉ SIFUENTES OSORNIO
DIRECTOR DE MÉDICINA

DR. REYNERIO FAGUNDO SIERRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
QUIMICA CLINICA

Q.FB. CAROLINA RODRÍGUEZ
PADILLA
COORDINADORA DE LA CENTRAL
TOMA DE MUESTRAS

LIC. REBECA TERRAZAS TORRES
COORDINADORA DE SERVICIOS
SUBROGADOS Y SEGURO
POPULAR

ESTA FOJA CORRESPONDE AL CONVENIO DE CONCERTACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, Y, LA SOCIEDAD ANÓNIMA PROMOTORA DE INVERSIÓN DE CAPITAL VARIABLE, EL 01 DE AGOSTO DE 2017.

CARTA AUTORIZACIÓN



Tipo de CARTA Inicial

Complemento

DATOS GENERALES

Nombre de la Empresa a la pertenece el paciente: _____

Nombre del Paciente: _____

Número de Póliza o Nomina: _____

Nombre del titular: _____

Hospital: _____

Fecha de ingreso __/__/__ Fecha de Egreso __/__/__

Diagnostico: _____

Tratamiento: _____

Nombre del médico tratante: _____

COBERTURA

Suma Autorizada Total. \$ _____	Gastos a cargo del Beneficiario
Honorarios médicos: \$ _____	Deducible: \$ _____
Gasto Hospital: \$ _____	Co.aseguro: \$ _____
Otros: \$ _____	Otros: \$ _____

DATOS DE FACTURACIÓN

Emitir factura y recibo de honorarios a nombre de:

Enviar factura y CFDI a: _____

Nombre y Firma de Medico Dictaminador	Nombre y Firma de Paciente

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Tabulador de Cuotas de Recuperación

Vigente a partir del 1 de agosto de 2017

(Cifras en pesos)

Depto.	Servicio	Descripción	NIVEL 7
3.7 Gastroenterología			
04	0060	Absorción de d-xilosa	850
04	1020	Carotenos en sangre	444
04	1886	FibroScan	2,070
07	3180	Biorrealimentación (sesión)	1,396
07	3182	Biopsia Hepática Transyugular con Aguja	9,053
07	3183	Biopsia Hepática Transyugular con Aguja Tru	11,975
07	3191	Cateterismo Hepático Simple	6,834
07	3192	Cateterismo Hepático más Biopsia Hepática Transyugular	17,807
07	3193	Colocación de Tips	13,214
07	3200	Manometría anorectal	2,443
07	3220	Manometría esofágica	2,124
07	3240	Ph-metria esofágica de 24 horas	3,812
07	3245	Ph-metria con impedancia 24 horas	4,117
3.6 Endocrinología y Metabolismo			
04	2130	Hemoglobina glucosilada	328
3.18 Neurología y Psiquiatría			
11	0611	Batería parcial de pruebas psicológicas	362
11	0641	Sesión Diagnóstico-Terapéutica	262
11	0643	Sesión de técnicas de relajación	83
11	0645	Sesión de pacientes sin registro	175
11	0700	Electroencefalograma Convencional 30 min.	1,116
11	0701	Electromiografía	1,410
11	0702	Estudio polisomnográfico ambulatorio	6,971
11	0703	Consulta de Tratamiento con Presión	374
11	0704	Estudio de temblor en 2 extremidades	437
11	0705	Latencias a sueño	3,900
11	0708	Mapeo Cerebral de Electroencefalograma Convencional 30 min.	984
11	0710	Noche de habituación	3,258
11	0715	Polisomnografía por noche	8,336
11	0717	Potencial de Larga Latencia P300	719
11	0720	Potenciales evocados auditivos	1,749
11	0725	Potenciales evocados somatosensoriales	1,749
11	0730	Potenciales evocados visuales	613
11	0735	Prueba de estimulación repetitiva	1,562

07	6150	Urodinamia	997
07	6160	Uroflujometría	330
07	6170	Videourodinamia	1,061
11	0275	Instalación o Cambio de Catéter Urinario	262
11	1105	Cateterismo vesical	785
11	1110	Cistoscopia en consulta externa	2,960
11	1112	Cistoscopia litotripsia electrocinética	5,228
11	1113	Cistoscopia pielografía ascendente	3,659
11	1115	Dilatación uretral	2,092
1.8	Inmunología y Reumatología		76

04	0080	Anticuerpos anti-nucleares (IFI, HEp-2)	612
04	0085	Anticuerpos anti-Endomisio	944
04	0086	Ac. Anti-Neuronales	985
04	0323	Anticuerpos anti-anexina-V IgG (ELISA)	660
04	0330	Anticuerpos anti-cardiolipina IgA (ELISA)	683
04	0334	Anticuerpos anti-cardiolipina IgG (ELISA)	672
04	0336	Anticuerpos anti-cardiolipina IgM (ELISA)	562
04	0337	Anticuerpos anti-Catepsina G (ELISA)	591
04	0340	Anticuerpos anti-SSA (ELISA)	608
04	0342	Anticuerpos anti-SSB (ELISA)	568
04	0361	Anticuerpos anti-Elastasa (ELISA)	5,961
04	0372	Anticuerpos anti-b2 glicoproteína-I IgM	637
04	0373	Anticuerpos anti-b2 glicoproteína-I IgG	637
04	0393	Anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos	1,114
04	0401	Anticuerpos anti-DNAcs (ELISA)	671
04	0403	Anticuerpos Anti. DNACd (IFI, Critihidia)	873
04	0404	Anticuerpos Anti-DNACd (ELISA)	562
04	0408	Anticuerpos anti-GMB (ELISA)	822
04	0409	Anticuerpos anti-glándulas salivales	1,370
04	0412	Anticuerpos anti-RNA polímeras III	861
04	0415	Anticuerpos anti-esfingomielina IgG (ELISA)	505
04	0416	Anticuerpos anti-esfingomielina IgM (ELISA)	505
04	0417	Anticuerpos anti-Factor Intrínseco (EIT)	1,725
04	0418	Anticuerpos anti-fosfatidilcolina IgM (ELISA)	505
04	0419	Anticuerpos anti-fosfatidiletanolamina IgG	505
04	0421	Anticuerpos anti-fosfatidiletanolamina IgM	505
04	0422	Anticuerpos anti-fosfatidilglicerol IgG (ELISA)	510
04	0423	Anticuerpos anti-fosfatidilglicerol IgM (ELISA)	510
04	0424	Anticuerpos anti-fosfatidilinositol IgG (ELISA)	545
04	0425	Anticuerpos anti-fosfatidilinositol IgM (ELISA)	677
04	0426	Anticuerpos anti-fosfatidilserina IgG (ELISA)	677
04	0427	Anticuerpos anti-fosfatidilserina IgM (ELISA)	677
04	0428	Anticuerpos anti-gliadina IgG (ELISA)	787
04	0429	Anticuerpos anti-histona (ELISA)	764

48

04	3660	Anticuerpos anti-saccharomyces cerevisiae, isotipo IgG (ELISA)	620
04	3670	Anticuerpos anti-saccharomyces cerevisiae, isotipo IgA (ELISA)	793
4.10	Quirófanos		27
01	0010	Cirugía tipo "1"	23,559
01	0020	Cirugía tipo "2"	18,847
01	0030	Cirugía tipo "3"	14,136
01	0040	Cirugía tipo "4"	9,423
01	0050	Cirugía tipo "5"	4,712
03	0010	1 hora derecho a sala	729
03	0020	2 horas derecho a sala	1,212
03	0030	3 horas derecho a sala	1,820
03	0040	4 horas derecho a sala	2,428
03	0050	5 horas derecho a sala	3,034
03	0060	6 horas derecho a sala	3,641
03	0070	7 horas derecho a sala	4,247
03	0080	8 horas derecho a sala	4,855
03	0090	9 horas derecho a sala	5,460
03	0100	10 horas derecho a sala	6,067
09	0100	Estancia en rec. Paciente 1 hr.	212
09	0110	Estancia en rec. Paciente 2 hrs	276
09	0120	Estancia en rec. Paciente 3 hrs.	368
09	0130	Estancia en rec. Paciente 4 hrs.	461
09	0140	Estancia en rec. Paciente 5 hrs.	552
09	0150	Estancia en rec. Paciente 6 hrs.	645
09	0160	Estancia en rec. Paciente 7 hrs.	737
09	0170	Estancia en rec. Paciente 8 hrs.	829
09	0180	Estancia en rec. Paciente 9 hrs.	920
09	0190	Estancia en rec. Paciente 10 hrs.	1,013
09	0200	Estancia en rec. Paciente 11 hrs.	1,105
09	0210	Estancia en rec. Paciente 12 hrs.	1,198
5.4	Anestesiología		15
02	0020	Anestesia Local (Infiltración)	667
02	0030	1ª hora de anestesia regional	1,380
02	0040	2ª hora de anestesia regional	1,467
02	0050	Horas subsecuentes de anestesia regional	1,467
02	0060	1ª hora de anestesia general	1,933
02	0070	Horas subsecuentes de anestesia general	1,467
02	0080	1a hora de anestesia mixta	2,900
02	0090	Horas subsecuentes de anestesia mixta	2,201
02	0100	Bloqueo con infusiones	834
02	0110	Bloqueo diagnóstico	1,467
02	0120	Bloqueo Epidural Simple	764

02	0130	Bloqueo Epidural Complejo	785
02	0140	Bloqueo Intratecal Simple	643
02	0150	Bloqueo Periférico Nervioso	416
02	0200	Sedación endovenosa	979
3.17 Hemato Oncología			65

04	0140	Agregación plaquetaria	1,510
04	0215	Alfa 2 antiplasmina	276
04	0320	Anticoagulantes circulantes	239
04	0321	Anticuerpos Anti-ADAMTS-13	900
04	0780	Antitrombina III funcional	242
04	1125	Cofactor de ristocetina	483
04	1603	Determinación de la Actividad de la Heparina	610
04	1620	Dímeros d-d	242
04	1676	Enumeración de células T y NK	1,489
04	1678	Enumeración de células CD 3	634
04	1690	Eritropoyetina epo	1,449
04	1735	Estudio Citológico de Líquido Cefalorraquídeo	1,075
04	1740	Estudio de la médula ósea	828
04	1790	Factor II	276
04	1800	Factor IX	276
04	1820	Factor V	276
04	1825	Factor VII	276
04	1830	Factor VIII	276
04	1833	Factor X	276
04	1836	Factor XI	276
04	1839	Factor XII	276
04	1840	Factor XIII	276
04	1877	Enumeración de Cédula CD 34	858
04	1880	Fibrinógeno	176
04	1920	Fosfatasa alcalina en los leucocitos	690
04	1928	Fosfolípidos hexagonales	1,615
04	1970	Fragilidad osmótica	641
04	2110	Hemoglobina a2	776
04	2120	Hemoglobina fetal	641
04	2170	Hemosiderina citoquímica	468
04	2330	Inducción de drepanocitos prueba	362
04	2333	Inhibidor a factores	2,280
04	2335	Inhibidor del activador del plasminógeno tipo	276
04	2340	Inmunofenotipo de leucemias	5,175
04	2342	Inmunofenotipo de linfocitos	3,935
04	2347	Inmunofenotipo de plaquetas	1,191
04	2362	INR en sangre capilar	146
04	2371	Inmunofenotipo para linfocitos B	1,011
04	2372	Inmunofenotipo en LCR	1,403
04	2374	Inmunofenotipo para enfermedad mínima	1,691

04	0432	Anticuerpos anti-Factor Intrínseco (ELISA)	568
04	0451	Anticuerpos anti-Jo-1 (ELISA)	579
04	0458	Anticuerpos anti-LKM-1 IgG (ELISA)	763
04	0460	Anticuerpos anti-mitocondriales (ELISA)	637
04	0465	Anticuerpos anti-MPO (ELISA)	723
04	0469	Anticuerpos anti-nucleosomas IgG (ELISA)	689
04	0470	Anticuerpos anti-mucosa gástrica (ELISA)	1,365
04	0471	Anticuerpos anti-protombina IgG (ELISA)	683
04	0472	Anticuerpos anti-protombina IgM (ELISA)	683
04	0473	Anticuerpos anti-P ribosomal (ELISA)	712
04	0475	Anticuerpos anti-PR3 (ELISA)	689
04	0477	Anticuerpos anti-RNP/Sm (ELISA)	631
04	0478	Anticuerpos Sm (ELISA)	631
04	0479	Anticuerpos anti-Scl-70 (ELISA)	597
04	0480	Anticuerpos anti-músculo liso	625
04	0510	Anticuerpos anti-suprarrenales	729
04	0590	Anticuerpos anti-centromero B (ELISA)	637
04	0630	Anticuerpos anti-fosfatidilcolina IgG (ELISA)	789
04	0716	Anticuerpos anti-Lactoferrina (ELISA)	594
04	0718	Anticuerpos anti-Lisozima (ELISA)	591
04	0719	Anticuerpos anti-Ovario (IFI)	999
04	0732	Anticuerpos anti-Hu (EIT)	1,281
04	0738	Anticuerpos anti-Piel (IFI)	783
04	0739	Anticuerpos anti-proteína que incrementa la permeabilidad bacteriana (ELISA)	591
04	0742	Anticuerpos anti-Ri (EIT)	1,281
04	0744	Anticuerpos anti-Tésculo (IFI)	1,120
04	0746	Anticuerpos anti-Transglutaminasa (EIT)	2,195
04	0748	Anticuerpos anti-Trasglutaminasa (ELISA)	568
04	0750	Antígeno HLA-B27	1,011
04	0751	Antígenos HLA-DQ2 y DQ8	1,288
04	0752	Anticuerpos anti-Yo (EIT)	1,281
04	1260	Crioglobulina y criofibrinogeno	607
04	1750	Estudio de líquido sinovial	489
04	3330	Viscosidad sérica	311
04	3600	Anticuerpos anti-anexina V, isotipo IgM	620
04	3610	Anticuerpos anti-b2 glicoproteína-I isotipo IgA	660
04	3620	Anticuerpos anti-cardiolipina libre de cofactores, isotipo IgG (ELISA)	711
04	3630	Anticuerpos anti-cardiolipina libre de cofactores, isotipo IgM (ELISA)	797
04	3640	Anticuerpos anti-gliadina IgA (ELISA)	795
04	3650	Anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados (ELISA)	672

11	0740	Punción lumbar-procedimiento	1,521
11	0748	Respuesta Simpática de la piel	335
11	0750	Sesión Bioretroalimentación	669
11	0751	Sesiones de Desensibilización Sistemática al Tratamiento con Presión	560
11	0753	Sesión de Neuropsicología	380
11	0755	Sesión Valoración	803
11	0756	Uso de mascarilla (interfase) para tratamiento con equipo de presión positiva	1,055
11	0757	Variabilidad del intervalo RR	335
11	0765	Video EEG Convencional 2 hrs	1,751
11	0770	Video EEG Prolongado 4 hrs.	2,789
11	0771	Velocidad de Conducción Nerviosa	437
11	0772	Video Electroencefalograma prolongado monitoreo 12hrs.	3,393
11	0773	Video Electroencefalograma prolongado monitoreo 24hrs.	5,888
11	0780	Ensayo terapéutico con equipo de presión positiva automático (auto-set) SIN mascarilla en CASA por semana	859
11	0785	Ensayo terapéutico con equipo de presión positiva automático (auto-set) SIN mascarilla en hospitalización por noche	1,055

4.15 Urología

30

07	6005	Biopsia transrectal de próstata	1,820
07	6010	Cateterismo uretral	785
07	6011	Cistoscopia más toma de biopsia de vejiga	3,345
07	6012	Cistoscopia	2,092
07	6013	Cistostomía	2,093
07	6015	Citoscopia con litotripsia y láser	6,447
07	6018	Cistoscopia más aplicación de botox	1,312
07	6020	Colocación de catéter doble J	2,428
07	6050	Intento de colocación de catéter	2,428
07	6070	Litotripsia p/pacientes c/regi. 2 sesión	7,363
07	6080	Litotripsia p/pacientes c/regi. 1 sesión	14,728
07	6090	Litotripsia p/pacientes s/regi. 1 sesión	18,374
07	6100	Litotripsia p/pacientes s/regi. 2 sesión	9,186
07	6101	Nefrostomía	2,093
07	6120	Retiro de catéter doble J	2,092
07	6121	Ultrasonido transrectal	1,045
07	6130	Ureteroscopia	5,299
07	6131	Uretrotomía interna	4,181
07	6133	Ureterolitotripsia	7,319
07	6135	Urolitotripsia con láser	10,976
07	6140	Uretrotomía interna con láser	7,955

04	2430	PCR cualitativo para mutaciones de exónes 14/12 de Jak2	5,684
04	2480	Lisis de euglobina	147
04	2731	PCR para AML-1-ETO	4,533
04	2732	PCR para factor II	4,453
04	2733	PCR para factor V Leiden	4,371
04	2734	PCR para inversión 16	4,525
04	2735	PCR para traslocación (15;17)	4,528
04	2736	PCR cuantitativo para traslocación (9;22)	5,801
04	2737	PCR cualitativo para traslocación (9;22)	1,899
04	2810	Plasminógeno	578
04	2890	Proteína "c" activada, resistencia a la	805
04	2900	Proteína "c" de coagulación	805
04	2910	Proteína "s" de coagulación, antigénica	920
04	2920	Proteína "c" de coagulación funcional	805
04	3017	Pruebas para HPN por citometría de flujo	1,173
04	3023	Quimerismo	3,328
04	3190	Tiempo de protrombina	132
04	3200	Tiempo de reptilasa	278
04	3210	Tiempo de sangrado (m. De ivy. Mod. Mielke)	196
04	3220	Tiempo de trombina	132
04	3230	Tiempo de tromboplastina parcial	132
04	3246	Tp y ttp	147
04	3350	Von willebrand antigénico	646
11	0221	Consulta Telefónica de Anticuagulantes	92
13	0020	Biopsia de hueso	1,473