

Resolución de 18 de abril de 2016, de la Mutualidad General Judicial, por la que se regula la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional.

Ministerio de Justicia
«BOE» núm. 110, de 6 de mayo de 2016
Referencia: BOE-A-2016-4371

TEXTO CONSOLIDADO

Última modificación: sin modificaciones

1. *Ámbito de aplicación.*

1.1 A través de la presente Resolución, se articula la cobertura de la asistencia sanitaria que pueda precisar el colectivo protegido por la Mutualidad General Judicial (Mugeju), durante su estancia fuera del territorio nacional, en función de las razones del desplazamiento o la estancia, y de su duración. De esta forma, se distinguen tres modalidades de asistencia sanitaria fuera del territorio nacional, que son objeto de regulación en los puntos 2, 3, 4, 5, y 6 de la presente Resolución.

1.2 Cuando un mutualista o beneficiario se desplace al extranjero por cualquier causa deberá informarse en Mugeju de las condiciones y procedimientos a seguir para recibir la asistencia sanitaria que pudiera necesitar en el país donde vaya a desplazarse, de conformidad con los términos, condiciones y formas de gestión que se establezcan por Mugeju.

2. *Supuestos incluidos en la modalidad 1 de asistencia sanitaria fuera del territorio nacional.*

Se entienden incluidos en ese apartado los mutualistas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

a) Mutualistas destinados o que presten sus servicios fuera del territorio nacional por un período superior a 120 días, cualquiera que sea el sistema de provisión, siempre que no estén acogidos al régimen de provisión de las Instituciones de la UE o cualquiera otra Institución u Organización Internacional, o nacional del Estado extranjero en la que vayan a prestar servicios.

b) Mutualistas que, encontrándose destinados en un país extranjero, causen baja en el servicio activo por jubilación o incapacidad permanente, permanezcan sin interrupción formal en el país en el que se ha producido la jubilación y acrediten que no tienen derecho a percibir prestación sanitaria en el país de residencia, por la legislación del mismo.

c) Mutualistas que fijen su domicilio en algún país de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein, Noruega), y Suiza, y acrediten que no tienen derecho a percibir prestación sanitaria en el país de residencia, por la legislación del mismo.

d) Mutualistas que acompañen a su cónyuge o persona en análoga relación de afectividad y con carácter estable, cuando el cónyuge está encuadrado en el supuesto a) anterior.

e) Beneficiarios de los mutualistas incluidos en los párrafos anteriores, que se trasladen con ellos. En el caso de fallecimiento, separación, divorcio o nulidad del matrimonio del mutualista, sus beneficiarios mantendrán esta modalidad de cobertura siempre que continúen residiendo en el extranjero, que conserven las condiciones para ser beneficiarios de la asistencia sanitaria de Mugeju y acrediten que no tienen derecho a percibir prestación sanitaria en el país de residencia por la legislación del mismo.

f) Mutualistas que se encuentren en excedencia por cuidado de familiares o por razón de violencia de género, siempre que la residencia en el extranjero se vaya a prolongar más de 120 días y sea consecuencia de la circunstancia que origina la excedencia.

3. Contenido de la modalidad 1 de asistencia sanitaria fuera del territorio nacional.

3.1 El colectivo protegido a través de la modalidad 1 de asistencia sanitaria fuera del territorio nacional tendrá derecho a la prestación sanitaria, con un contenido análogo al que se facilita en territorio nacional, de acuerdo con la cartera de servicios de asistencia sanitaria de Mugeju.

3.2 Mugeju facilitará la asistencia sanitaria en el país de destino o residencia en la forma y condiciones establecidas en el contrato que a tal efecto suscriba el Organismo con la correspondiente compañía de seguros.

Para recibir asistencia sanitaria en territorio nacional, estos mutualistas y sus beneficiarios seguirán adscritos a la misma opción de asistencia sanitaria a la que se encontraban acogidos en España antes de la salida.

3.3 La cartera de servicios que se estipule en el mencionado contrato deberá garantizar, en condiciones de equivalencia con la prestada en territorio nacional, el contenido de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud e incluirá la prestación farmacéutica y ortoprotésica, sin perjuicio de cualesquiera otras que pudieran incluirse.

3.4 En el caso de que el contrato de seguros mencionado contenga algún límite o exclusión de cobertura, los gastos sanitarios que lo excedan, o los que se refieran a prestaciones sanitarias no cubiertas, serán reintegrados por Mugeju, hasta el límite del contenido y cobertura de la cartera de servicios de Mugeju. Para la solicitud del reintegro, se seguirá el procedimiento indicado en el punto 8 de la presente Resolución.

3.5 Solicitud y documentación: El mutualista o en su caso el beneficiario con documento de afiliación asimilado que se encuentre en alguno de los supuestos previstos en el punto 2 de esta Resolución, deberá solicitar para sí y en su caso, sus beneficiarios, la adscripción a esta modalidad de cobertura.

Mugeju no atenderá ninguna solicitud de pago o reintegro de gastos sanitarios en países fuera del territorio nacional, si el mutualista no hubiera solicitado con antelación el alta en esta modalidad sanitaria.

A tal efecto, Mugeju dispondrá de un impreso normalizado de solicitud, al que necesariamente deberá acompañarse la siguiente documentación:

a) En el supuesto de destino o prestación de servicios referido en el punto 2.a) de esta Resolución:

- copia del nombramiento del mutualista, con indicación de la duración del mismo.
- certificado de la institución de destino de no prestar cobertura sanitaria.

b) En los supuestos de residencia contenidos 2. b), c), d), e) y f) de esta Resolución:

- declaración suscrita por el solicitante justificativa del supuesto en el que se encuentre.
- certificación negativa del Organismo competente del país de residencia de que el solicitante no dispone de cobertura sanitaria en el mismo.
- certificación del consulado o similar de disponer de domicilio en el país de residencia.

4. Modalidad 2 de asistencia sanitaria fuera del territorio nacional. Supuestos y contenido.

4.1 Se entienden incluidos en ese apartado los mutualistas destinados o que presten sus servicios fuera del territorio nacional por un período inferior o igual a 120 días, y los beneficiarios que se trasladen con él.

4.2 Este colectivo tendrá derecho a la prestación sanitaria con un contenido análogo al que se facilita en territorio nacional, de acuerdo con la cartera de servicios de asistencia sanitaria de Mugeju.

4.3 La asistencia de carácter urgente y no demorable se prestará en la forma y condiciones establecidas en el contrato que a tal efecto suscriba el Mugeju con la correspondiente compañía de seguros, cuyo contenido se desarrolla en el punto 5.2.

4.4 En el caso de asistencia no cubierta por el mencionado contrato de seguros o si el gasto de la asistencia superara el límite reflejado en el mismo, Mugeju reintegrará el importe del exceso de gasto, hasta el límite del contenido y cobertura de su cartera de servicios, a través del procedimiento para reintegro de gastos indicado en el punto 8 de la presente Resolución.

5. Modalidad 3 de asistencia sanitaria fuera del territorio nacional. Supuestos y contenido.

5.1 Se entienden incluidos en ese apartado los mutualistas y sus beneficiarios desplazados temporalmente por razones no laborales, durante un período inferior o igual a 120 días. Transcurrido dicho período, no procederá reintegro alguno de gastos. No obstante podrá autorizarse un período de cobertura superior en los desplazamientos temporales por razón de estudios.

5.2 Este colectivo tendrá derecho durante un período máximo de 120 días, a la asistencia sanitaria de carácter urgente y no demorable en el país o países de desplazamiento, en la forma y condiciones establecidas en el contrato que a tal efecto suscriba Mugeju con la correspondiente compañía de seguros, que comprenderá al menos:

a) La asistencia sanitaria urgente en caso de accidente o enfermedad sobrevenida, incluida la hospitalización.

b) Gastos de medicamentos y demás productos sanitarios, dietoterápicos y fórmulas enterales, administrados en régimen de hospitalización, y si son dispensados en régimen ambulatorio, el 70 por 100 de su importe con carácter general o con el porcentaje que resulte, una vez deducida la aportación que se aplique a los medicamentos o productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud de España.

c) Gastos de transporte sanitario para recibir una asistencia sanitaria a centro más próximo, cuando hubiera sido indicado por algún médico.

5.3 Mugeju no reintegrará los gastos sanitarios de los mutualistas o sus beneficiarios cuando se aprecie, atendiendo a la patología y a cualquier otra circunstancia concurrente en el caso, que se han efectuado aprovechado el desplazamiento, con un propósito intencionado de eludir la utilización de los servicios sanitarios concertados con la Mutualidad en territorio nacional, y de usar medios ajenos a éstos.

6. Asistencia sanitaria fuera del territorio nacional a través de tarjeta sanitaria europea (TSE).

6.1 En los desplazamientos temporales a países de la Unión Europea, Espacio económico europeo (Islandia; Liechtenstein y Noruega) y Suiza, los mutualistas y beneficiarios pueden hacer uso de la tarjeta sanitaria europea (TSE) o del certificado provisional sustitutorio (CPS), que acredita el derecho a recibir prestaciones sanitarias a través de los sistemas de sanidad pública.

6.2 Las prestaciones a las que da acceso la TSE tendrán la extensión, condiciones y contenido establecido por la legislación del Estado de estancia que presta la asistencia sanitaria.

6.3 Cuando el sistema de sanidad pública del país de estancia en el que se haga uso de la TSE, esté sometido a algún tipo de pago parcial por parte del usuario (sistema de copago), podrá solicitarse el reintegro del copago en la forma y con las condiciones establecidas en el contrato de seguros con la compañía aseguradora que preste la asistencia sanitaria urgente y no demorable a los desplazados temporales incluidos en el punto 5 de esta Resolución.

6.4 Los mutualistas pueden solicitar la TSE para sí mismos y sus beneficiarios en las delegaciones provinciales de Mugeju o en los servicios centrales, mediante la cumplimentación del impreso al efecto. Si el viaje es inminente y no se puede esperar a la

obtención de la TSE, el mutualista podrá solicitar un Certificado Provisional Sustitutorio (CPS) en la Delegación Provincial de Mugeju.

6.5 En el centro donde se solicite asistencia sanitaria, deberá presentarse la TSE o CPS, que acredita el derecho a recibir las prestaciones, y el documento acreditativo de la identidad del titular de la Tarjeta (DNI, pasaporte, etc.). Si no se dispusiera de la TSE o del CPS, la Institución del lugar de estancia, a petición del interesado, se dirigirá a Mugeju para obtenerlo.

6.6 La TSE y el CPS no serán válidos cuando el desplazamiento tenga por finalidad recibir tratamiento médico para una lesión o enfermedad que el paciente tenía antes de viajar.

6.7 La utilización de la TSE y del CPS, durante su período de validez, se encuentra condicionada a que su titular continúe de alta como afiliado en Mugeju. En otro caso, los gastos que se originen podrían ser reclamados en concepto de prestaciones indebidas.

La edad límite para la aplicación del Seguro al estudiante es de 28 años. (Art. 3.º de la Ley 17/753).

7. Procedimiento para el reintegro de gastos.

La solicitud de reintegro de gastos de los epígrafes 3.4 y 4.4 de la presente Resolución, debe formularse en el impreso normalizado correspondiente en el que deberá exponer los hechos y al que deberá adjuntar los siguientes documentos, debidamente traducidos, excepto si se encuentran en inglés o francés:

a) En caso de asistencia médico-ambulatoria y/o dispensación de medicamentos y demás productos farmacéuticos en régimen ambulatorio: informe médico de la asistencia prestada en el que conste al menos, datos del paciente, fecha y lugar de la asistencia, diagnóstico y tratamiento prescrito. Facturas originales abonadas, conteniendo todos los requisitos legales para su validez.

b) En caso de asistencia médico-hospitalaria: informe clínico de alta en el que figure, datos del paciente, fecha y lugar de la asistencia, fecha de ingreso y de alta hospitalaria, diagnóstico y tratamiento prescrito.

c) En todos los casos será necesario aportar las facturas originales del centro sanitario, conteniendo todos los requisitos legales para su validez.

En todo caso, los informes médicos, prescripciones y facturas deberán haber sido emitidos fuera del territorio nacional.

d) Documentación justificativa del destino profesional o de la residencia en país de fuera del territorio nacional, en el caso de no constar en Mugeju.

8. Tratamientos médicos especiales autorizados en países fuera del territorio nacional.

8.1 En los supuestos de técnica, prueba y/o tratamiento que, siendo financiable por el Sistema Nacional de Salud, no pueda facilitarse en España a través de los medios públicos o privados, Mugeju podrá autorizar el reintegro de determinados gastos derivados de dicha asistencia, en un país extranjero.

8.2 El procedimiento debe iniciarse a instancia del interesado, con carácter previo al tratamiento o intervención de que se trate, mediante la cumplimentación del impreso de solicitud correspondiente, en el que deberá exponer los hechos y al que deberá acompañar, los siguientes documentos:

1. Prescripción de la asistencia sanitaria por parte de un Servicio Hospitalario de la Comunidad Autónoma o entidad médica a la que se encuentre adscrito el solicitante, mediante informe médico que indique:

- a) El motivo y la necesidad de ser atendido en un país fuera del territorio nacional.
- b) El centro y servicio donde se puede realizar la técnica, prueba y/o tratamiento.
- c) Duración estimada del mismo.

2. Presupuesto del centro sanitario donde va a procederse a la intervención o tratamiento.

No se tramitarán solicitudes de pago o reintegro de gastos por técnicas, pruebas y/o tratamientos para los que no se cuente con previamente con la autorización de Mugeju.

8.3 A la vista de los informes aportados, Mugeju llevará a cabo cuantas comprobaciones se requieran y solicitará cuantos informes estime necesarios. El expediente se resolverá por Resolución de la Gerencia de Mugeju.

8.4 En el caso de autorización, el reintegro se limitará a los gastos sanitarios y a los derivados del desplazamiento del paciente y de un acompañante, en medios ordinarios de transporte.

8.5 Excepcionalmente, atendiendo a las circunstancias especiales del caso, Mugeju analizará la posibilidad de realizar el abono directamente al proveedor sanitario extranjero.

9. Asistencia sanitaria transfronteriza. Principios generales y ámbito de aplicación.

9.1 En los términos establecidos en la disposición adicional tercera del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre sobre receta médica u órdenes de dispensación, los mutualistas y beneficiarios adscritos a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o al INGESA, deberán dirigirse a los mismos tanto para la obtención de la autorización previa como para el reembolso de gastos, conforme a las tarifas aplicables.

9.2 Mugeju será competente exclusivamente en los procedimientos relativos a asistencia transfronteriza de los titulares y beneficiarios adscritos a la modalidad de asistencia sanitaria concertada con Entidades Médicas.

10. Contenido de la asistencia sanitaria transfronteriza del colectivo adscrito a Entidades Médicas.

10.1 La asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la Entidad Médica es aquella que se recibe cuando el beneficiario decide acudir a servicios sanitarios ubicados en otro Estado Miembro de la Unión Europea (UE).

10.2 La asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la Entidad Médica tiene el alcance definido en el artículo 3 del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, siempre que dicha asistencia sanitaria figure entre las prestaciones incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, cuya cobertura corresponde a la entidad médica, de conformidad con lo establecido en el Capítulo 2 del Concierto sanitario para la asistencia sanitaria de mutualistas de Mugeju con entidades de seguro.

10.3 La asistencia sanitaria transfronteriza se prestará al amparo de la normativa del Estado miembro de la UE incluidas las normas y directrices sobre calidad y seguridad y de la legislación europea en materia de normas de seguridad.

10.4 Están excluidos del ámbito de aplicación de la asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la Entidad Médica:

a) Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración, cuya finalidad sea ayudar a quienes requieran asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias.

b) La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante.

c) Los programas de vacunación pública contra enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio español y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución, sin perjuicio de los relativos a la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la UE.

d) La asistencia sanitaria prestada en supuestos de estancias temporales de los beneficiarios, cuya cobertura, con carácter general, corresponde a Mugeju directamente o a través de los mecanismos de coordinación con las instituciones del resto de Estados Miembros de la UE.

e) Los gastos por la dispensación ambulatoria de medicamentos, productos dietéticos, y otros productos sanitarios objeto de la prestación farmacéutica de Mugeju que se puedan generar en un proceso de asistencia sanitaria transfronteriza y cuyo reintegro puede ser a cargo de Mugeju en los términos previstos en su normativa específica.

f) La prestación ortoprotésica que se pueda generar en un proceso de asistencia sanitaria transfronteriza, no cubierta por las entidades médicas, según lo previsto en el Concierto sanitario para la asistencia sanitaria de mutualistas de Mugeju con entidades de

seguro y cuyo reintegro puede ser a cargo de Mugeju en los términos previstos en su normativa específica.

g) La asistencia sanitaria prestada en territorio nacional por medios distintos a los asignados por Mugeju al beneficiario a través del concierto sanitario.

10.5 Otras obligaciones de la Entidad Médica. Con objeto de favorecer la continuidad de la atención sanitaria, la entidad médica deberá garantizar al beneficiario que reciba asistencia sanitaria en otro estado miembro de la UE:

a) La disponibilidad de una copia, en soporte adecuado de los informes clínicos y de los resultados de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos.

b) El seguimiento sanitario posterior, a través de los correspondientes servicios concertados, en las mismas condiciones que si la asistencia se hubiera llevado a cabo por medios de la Entidad.

11. Cobertura de la asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la Entidad Médica.

11.1 Los gastos abonados por un beneficiario que haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza serán reembolsados por Mugeju con cargo a la Entidad Médica a la que ese beneficiario esté adscrito en los términos, con los límites, condiciones y requisitos que se determinan en la presente Resolución y en el concierto sanitario suscrito entre Mugeju y las Entidades Médicas, sin exceder el coste real de la asistencia efectivamente prestada y sin considerar los gastos conexos, tales como los de alojamiento, viaje o necesidades especiales de personas con discapacidad.

11.2 Mugeju procederá al reembolso de los gastos al interesado cuando proceda, de acuerdo con las tarifas que están contenidas en el anexo de esta resolución y conforme al procedimiento regulado en el Anexo de la presente Resolución.

11.3 El reembolso de los gastos estará supeditado a la autorización previa de Mugeju en los supuestos relacionados en el apartado 14 de esta Resolución.

12. Procedimiento para el reembolso de los gastos por asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la Entidad Médica.

12.1 El procedimiento se iniciará a instancia del interesado. No obstante, podrá iniciarse de oficio por Mugeju, cuando el interesado haya presentado una solicitud de reintegro de gastos en el exterior y de la instrucción del expediente se deduzca que se trata de un supuesto de asistencia sanitaria transfronteriza.

12.2 La solicitud de reembolso se presentará por el interesado a Mugeju, en un plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida, acompañada de:

a) Factura original del proveedor de la asistencia en la que quede acreditado su abono y en la que se detallen los conceptos asistenciales realizados y se identifique al paciente, al servicio o unidad clínica y al responsable de la asistencia.

b) Copia del informe clínico de la atención prestada, en el que se identifique el motivo clínico de la asistencia, los procedimientos diagnósticos o terapéuticos principales y secundarios realizados y las revisiones que se estimen.

12.3 Recibida la solicitud, Mugeju realizará las comprobaciones oportunas para determinar el derecho al reembolso, la concurrencia de autorización previa en su caso y el importe correspondiente de acuerdo con las tarifas aplicables en cada caso según se recoge en el anexo de esta Resolución.

12.4 Finalizada la instrucción del procedimiento, Mugeju dictará resolución en el plazo de tres meses a partir de la fecha de recepción de la solicitud, la cual se notificará al interesado con expresión de los recursos procedentes.

12.5 Siempre que se reconozca el derecho a reembolso, Mugeju procederá al pago al interesado y repercutirá su importe a la entidad, conforme al procedimiento establecido en el concierto sanitario.

13. Prestaciones sanitarias transfronterizas sujetas a autorización previa.

La prestación de asistencia sanitaria transfronteriza estará sujeta a autorización previa de Mugeju para las siguientes técnicas o procedimientos:

a) Cualquier tipo de atención sanitaria que implique que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche.

b) Independientemente de lo determinado en el apartado a), aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud que han sido seleccionadas en base a la exigencia del uso de procedimientos o equipos médicos sumamente especializados, a la necesidad de atención a pacientes con problemas complejos, o a su elevado coste económico:

– Tomografía por emisión de positrones (PET), y combinada con el TC (PET-TC) y SPECT.

– Reproducción humana asistida.

– Diálisis.

– Cirugía mayor ambulatoria intervencionista o que requiera la utilización de un implante quirúrgico.

– Tratamiento de radioterapia.

– Tratamiento farmacológicos o con productos biológicos cuyo importe mensual supere los 1.500 euros.

– Radiocirugía.

– Análisis genéticos orientados a diagnósticos de casos complejos, incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores, análisis de farmacogenética y farmacogenómica.

– Tratamientos de discapacidades que requieran para su corrección o mejoría: sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior excepto las prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto las prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores.

– Tratamientos con fórmulas completas para nutrición enteral domiciliaria y módulos nutricionales para trastornos congénitos del metabolismo de los hidratos de carbono, aminoácidos y lípidos.

– Atención a patologías y realización de procedimientos para los cuales se han designado servicios de referencia de los recogidos en el I concierto sanitario suscritos con las Entidades médicas o se han establecido redes de referencia en Europa.

14. Procedimiento para la obtención de la autorización previa de las prestaciones sanitarias transfronterizas.

14.1 La solicitud de autorización previa se presentará en Mugeju. Si de la solicitud se apreciara que concurre alguno de los supuestos recogidos en el epígrafe 15 de esta Resolución, Mugeju denegará la autorización, mediante Resolución motivada, notificándolo al interesado con expresión de los recursos que procedan. En los demás casos, Mugeju dará traslado de la solicitud a la entidad médica a la que está adscrito el interesado, para que esta, en el plazo de diez días emita informe en el que conste:

a) La conformidad de la entidad con la autorización del tratamiento.

b) La disconformidad de la entidad a la autorización del tratamiento. En este supuesto la entidad deberá indicar el motivo y en su caso, los medios asignados para facilitar la asistencia en territorio nacional, en los términos estipulados en el concierto sanitario.

De no emitirse el informe de la Entidad Médica en el plazo de diez días, se entenderá que la misma está conforme con la autorización.

14.2 A la vista del informe emitido por la Entidad Médica, o transcurrido el plazo de diez días sin que se haya recibido el mismo, Mugeju dictará Resolución motivada, con expresión de las reclamaciones y recursos procedentes.

14.3 El plazo máximo para la notificación de la mencionada resolución de concesión o, en su caso, denegación de la autorización previa será de cuarenta y cinco días a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

15. Causas de denegación de la autorización previa de las prestaciones sanitarias transfronterizas.

Mugeju podrá denegar una autorización previa en los siguientes casos:

a) Cuando se trate de una prestación no incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

b) Cuando exista un grado razonable de certeza de que el paciente, según una evaluación clínica, vaya a exponerse a un riesgo que no pueda considerarse aceptable, teniendo en cuenta la evidencia del beneficio potencial que pueda obtener de la asistencia sanitaria transfronteriza solicitada.

c) Cuando exista un grado razonable de certeza de que la población en general pueda quedar expuesta a un riesgo sustancial como consecuencia de la asistencia sanitaria transfronteriza considerada.

d) Cuando la prestación vaya a ser proporcionada por un proveedor de asistencia sanitaria que suscite motivos graves y específicos de inquietud respecto a las normas y directrices de calidad y seguridad del paciente.

e) Cuando la atención sanitaria pueda prestarse en el territorio nacional, en los términos estipulados en el concierto sanitario en un plazo que sea médicamente justificable.

16. Impresos.

Todos los impresos normalizados necesarios para solicitar y obtener las prestaciones reguladas en la presente Resolución, estarán disponibles en los Servicios Centrales, Delegaciones Provinciales y en la página web de la Mutualidad General Judicial, (www.Mugeju.es).

17. Entrada en vigor y derogación.

La presente circular entrará en vigor al día siguiente de su publicación, quedando derogadas la Resolución de 7 de febrero de 2012, de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial, por la que se publica la circular n.º 80 reguladora de la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional para mutualistas y beneficiarios («BOE» 20/02/2012) y la Resolución de 28 de febrero de 2014, de la Mutualidad General Judicial por la que se desarrolla el régimen de la prestación de asistencia sanitaria transfronterizo para el colectivo de Mugeju adscrito a Entidades Médicas privadas («BOE» 11/03/2014), así como cualquier otra disposición interna que se oponga a lo establecido en la misma.

Madrid, 18 de abril de 2016.-La Gerente de la Mutualidad General Judicial, Celima Gallego Alonso.

ANEXO

Tarifas para el reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza

1. Tarifas para el reembolso de prestaciones sanitarias que no requieren autorización previa.

	Tarifas - Euros
ASISTENCIA SANITARIA	
ASISTENCIA PRIMARIA	
ATENCIÓN EN CENTRO:	
PRIMERA CONSULTA SIN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.	69
CONSULTAS SUCESIVAS SIN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.	34
PRIMERA CONSULTA CON PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.	84
CONSULTAS SUCESIVAS CON PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.	46
CONSULTA DE ENFERMERÍA.	21
CONSULTA DE ODONTOLOGÍA.	67
CONSULTA DE MATRONA.	43

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

	Tarifas - Euros
ATENCIÓN DOMICILIARIA:	
CONSULTA MÉDICA.	98
CONSULTA MÉDICA SUCESIVA.	44
CONSULTA O CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA.	60
CONSULTA CON CUIDADOS COMPLEJOS DE ENFERMERÍA.	93
CIRUGÍA MENOR.	252
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EM CONSULTA AMBULATORIA:	
PRIMERA CONSULTA SIN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.	106
CONSULTAS SUCESIVAS SIN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.	70
PRIMERA CONSULTA CON PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.	155
CONSULTAS SUCESIVAS CON PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.	95
ASISTENCIA POR SERVICIOS DE URGENCIA:	
ASISTENCIA PRIMARIA.	237
ASISTENCIA HOSPITALARIA.	383
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS	
RADIODIAGNÓSTICO	
ALTERNATIVA RX ECO SIMPLE.	94
ANGIOGRAFÍA.	898
ARTROGRAFÍA DE HOMBRO.	421
CISTOGRAFÍA.	257
CISTOURETROGRAFÍA CON CAD.	431
COLANGIOGRAFÍA TRANS-KERH.	276
CT ARTRO-TAC.	303
CT CONVENCIONAL ÓSEO.	130
CT HUESOS PARTES BLANDAS.	344
CT PORTOGRAFIA.	303
CT SIMULACIONES.	130
CTPH + DRENAJE + ENDOPROTESIS (OTROS).	535
CTPH + DRENAJE BILIAR EXTERNO.	849
DEFECOGRAFIA.	321
ESTUDIO GASTRODUODENAL (E.G.D.).	200
ECO COLECIST. POR TROCAR (PERCUTAN EA ASPIRACION).	479
ECO CON BIOPSIA HEPATICA.	259
ECO DOPPLER CONTRASTE.	255
ECO DOPPLER TIROIDEA.	215
ECO HIDROCOLICA.	118
ECO TIROIDES.	118
ECOGRAFIA CONVENCIONAL.	118
ECOGRAFIA DE CUELLO.	118
ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS.	118
ECOGRAFIA DE PELVIS.	118
ECOGRAFIA TESTICULAR.	218
ECOGRAFIA. DRENAJE ABCESOS.	1.039
ECOGRAFIA. PUNCION PLEURAL.	144
ECOGRAFIA. ESCLEROSIS QUISTICA.	498
ECOGRAFIA. PAAF.TIROIDES Y (PUNCION ASPIRACION AGUJA FINA DIRIGIDA POR ECO).	287
ECOGRAFÍA ENDOANAL-ENDORRECTAL.	335
ENEMA OPACO.	240
ENTEROCLISIS.	549
ESOFAGOGRAMA.	321
EXPLORACION DE MAMA.	21
FISTULOGRAFIA.	355
MAMOGRAFIA.	110
MAMOGRAFIA GALACTOGRAFIA.	190
MAMOGRAFIA SPOT.	171
MAMOGRAFIA P.A.A.F.	138
MAMOGRAFIA P.A.A.F. CON ESTEROTAXIA.	373
BIOPSIA PERCUTÁNEA DE MAMA CON MAMOTOMO DIRIGIDA POR ESTEROTAXIA.	520
MELOGRAFIA O RADICULOGRAFIA.	206
MAMOGRAFIA DE LOCALIZACION.	340
MAMOGRAFIA NEUMOCISTOGRAF.	164
RX CT ABDOMEN Y PELVIS.	343
RX CT ANGIO TAC.	310
RX CT BIOPSIA POR ASPIRACION (BAP).	722
RX CT COLUMNNA LUMBAR C/C.	256

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

	Tarifas - Euros
RX CT CUERPO ENTERO.	343
RX CT HIGADO S/C.	275
RX CT RIÑON S/C Y C/C.	343
RX CT TORAX HIGADO SUPRARRENAL.	343
RX CT TORAX S/C.	149
RX CT TORAX Y ABDOMEN.	343
RX ECO ALCO. PARATIROIDES.	240
RX ECO ALCOHO. PLEXO ESPLENICA.	240
RX ECO CONVENCIONAL.	94
RX ECO DOPPLER ABDOMINAL.	124
RX ECO DOPPLER MAMA.	124
RX ECO DOPPLER MIEMBRO.	124
RX ECO DOPPLER PARATIROIIDE.	108
RX ECO DOPPLER RENAL.	124
RX ECO DOPPLER TRANSULTRASONICA.	124
RX ECO INTRAOPERATORIA.	112
RX ECO MAMA.	137
RX ECO TORAX TORACOCENTESIS.	115
RX ECO TORAX.	94
RX ECOBIOPSIA MAMA.	373
RX ESTEROTAXIA SCREENING.	127
RX MAMOGRAFIA ESPECIMEN MAMA.	340
RX PAAF SCREENING MAMA.	431
RX SCREENING MAMA.	137
RX TRASRECTAL DE PROSTATA.	95
SCANNER CT CADERA.	240
SCANNER CT CERVICAL DORSAL.	343
SCANNER CT COLUMNNA DORSAL.	243
SCANNER CT COLUMNNA LUMBAR.	144
SCANNER CT CRANEO CON CONTRASTE.	240
SCANNER CT CRANEO ESTEROTAXIA.	324
SCANNER CT CRANEO SIN CONTRASTE.	129
SCANNER CT CUELLO.	240
SCANNER CT HIGADO DINAMICO.	275
SCANNER CT HIGADO-PANCREAS.	343
SCANNER CT LARINGE.	240
SCANNER CT LUMBAR CON CONTRASTE.	257
SCANNER CT OIDO CORONAL.	240
SCANNER CT ORBITAS CON CONTRASTE.	240
SCANNER CT SENOS.	144
SCANNER CT SENOS CON CONTRASTE.	244
SCANNER CT SILLA TURCA/AXIAL.	260
SCANNER CT SILLA TURCA/CORONAL.	253
SCANNER CT SUPRARRENALES.	268
SCANNER CT TORAX CONTRASTE.	271
SCANNER CT TORAX PATRON INTERMEDIO.	240
SCANNER CT TORAX ABDOMEN.	288
SCANNER CT ABDOMEN CONTRASTE.	271
SCANNER CT C.A.I. CISTERNOGRAFIA.	287
SCANNER CT C.A.I. CORONAL.	240
SCANNER CT. COLUMNNA CERVICAL.	359
SIALOGRAFIA (DIGESTIVO).	352
SINUGRAFIA.	423
SONDAJE DUODENAL.	240
TRANSITO INTESTINAL.	378
URETROGRAFIA.	439
UROGRAFIA INTRAVENOSA.	338
VIDEO FLUOROSCOPIA.	321
PI ELOGRAFIA.	287
DENSITOMETRÍA ÓSEA SENCILLA.	90
DENSITOMETRÍA ÓSEA DOBLE.	175
DENSITOMETRÍA TRIPLE.	216
RX.ECO-PAAF (PUN. CON ASP. AG. FINA).	287
PAAF.	57
PAAF/ECO.	391
PAAF-TAC.	507
RADIOLOGIA CONVECCIONAL.	31

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

	Tarifas - Euros
NEUMOCARTROGRAFIA.	173
ECOGRAFIA CON BIOPSIA (SOLO ECO).	101
ESTUDIOS CON CONTRASTE.	85
ESTUDIOS FUNCIONALES CEREBRALES CON RM.	586
RMN ESTUDIO SIMPLE.	374
RMN ESTUDIO DOBLE.	569
RMN ESTUDIO TRIPLE.	764
PLUS ANESTESIA RMN.	156
PLUS DE CONTRASTE RMN.	128
TAC SIMPLE.	270
TAC DOBLE.	214
TAC VASCULAR (ANGIO TAC).	201
SUPLEMENTO ANESTESIA TAC.	153
SUPLEMENTO CONTRASTE TAC.	159
TELERRADIOGRAFIA.	151
MEDICINA NUCLEAR - ONCOLOGÍA	
ANGIOGAMMAGRAFIA.	92
CISTERNOGAMMAGRAFIA.	587
ESTUDIO HEMODINAMICO CON ISOTOPOS.	251
FILTRADO GLOMERULAR.	113
GAMMAGRAFÍA SIMPLE.	108
GAMMAGRAFIA DE ALTA RESOLUCIÓN.	597
GAMMAGRAFIA ABDOMINAL DIVERTICULO DE MECKEL.	159
GAMMAGRAFIA CEREBRAL.	377
GAMMAGRAFIA DE MAMA.	296
GAMMAGRAFIA ESPLENICA.	61
GAMMAGRAFIA HEPATICA.	105
GAMMAGRAFIA INFARTO DE MIOCARDIO.	148
GAMMAGRAFIA OSEA.	174
GAMMAGRAFIA PERFUSION PULMONAR.	175
GAMMAGRAFIA SUPRARENAL.	617
GAMMAGRAFIA TESTICULAR.	85
GAMMAGRAFIA TIROIDEA.	61
GAMMAGRAFIA VENTILACION PULMONAR.	185
GAMMAGRAFIA VIAS BILIARES.	148
GAMMAGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES.	85
HEMATIES MARCADOS.	244
INMUNOGAMMAGRAFIA.	713
RASTREO CON YODO -131-1.	180
RASTREO CON MIBI.	354
REFLUJO GASTRO ESOFAGICO.	140
RENOGRAMA.	199
SESION ACELERADOR LINEAL.	43
TEST DE SHILING.	120
TRATAMIENTO CON 131-1.	603
VACIAMIENTO GASTRICO.	145
VOLUMEN SANGUINEO TOTAL, CELULAR Y PLASMATICO.	180
LEUCOCITOS MARCADOS.	436
IBZM.	894
DATSCAN.	906
VENTRICULOGRAFIA ISOTÓPICA.	143
RESPIRATORIO - NEUMOLOGÍA	
BIOPSIA PLEURAL.	197
DIFUSION ALVEOLO CAPILAR.	488
ESPIROMETRIA SIMPLE.	41
ESPIROMETRIA BRONCODILATAACION.	92
GASOMETRIA.	49
MANTOUX.	36
PLETISMOGRAFIA.	155
TBD.	72
TORACOCENTESIS EVACUADORA.	185
TORACOCENTESIS DIAGNOSTICA.	151
BRONCOSCOPIA ENF. INTERSTICIAL.	375
BRONCOSCOPIA NEOPLASIAS.	626
BRONCOSCOPIA ENF. INFECCIOSAS.	526
BRONCOSCOPIA SIMPLE.	260
TEST DEL SUDOR.	65

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

	Tarifas - Euros
TEST DEL EJERCICIO.	104
TEST DE METACOLINA.	139
POLISOMNOGRAFIA DOMICILIARIA.	290
CIRUGÍA GENERAL DIGESTIVO	
ANOSCOPIAS.	80
BIOPSIA CIEGA DE ESOFAGO O ESTOMAGO.	88
BIOPSIA CIEGA DE HIGADO (ECO BIOPSIA HEPATICA).	164
BIOPSIAS (HEPÁTICAS, RENALES, ÓSEAS, TORACOCENTESIS, ETC.) CON ECOGRAFIA.	363
BIOPSIAS (HEPÁTICAS, RENALES, ÓSEAS, TORACOCENTESIS, ETC.) CON TAC.	530
COLOCACION DRENAJE BILIAR.	884
DILATACIONES ESOFAGICAS UNICAS CON EDER-PUERTO.	729
EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO.	1.894
LAPAROSCOPIA CON O SIN BIOPSIA.	494
MANOMETRIA (ESOFAGICA).	308
MANOMETRÍA RECTAL.	135
PARACENTESIS.	438
PHMETRIA.	290
POLI PECTOMIA ENDOSCOPICA.	165
RECTOSCOPIAS CON O SIN BIOPSIA.	58
SONDA DE GASTROTOMIA ENDOSCOPICA.	540
UROLOGÍA - EXPLORACIONES Y CIRUGÍA	
EXPLORACION URODINAMICA (VARIOS).	163
ESTUDIO VIDEOURODINÁMICO.	274
FLUJOMETRÍA AISLADA.	110
CITOSCOPIA.	161
ALERGIAS	
PRUEBAS ALERGIAS A MÉDICAMENTOS (VARIOS).	58
PRUEBAS EPICUTANEAS (POR SESION) (VARIOS).	211
CIRUGÍA MAXILOFACIAL	
ORTOPANTOMOGRAFIA.	41
SIALOGRAFIA.	139
BLOQUEO INTERMAXILAR.	666
DRENAJE (ABSCESO).	360
QUISTECTOMIA.	646
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA	
AMNIOCENTESIS.	148
AMNIOCENTESIS CONTROL ECOGRAFICO.	450
BIOPSIA CORIAL.	77
CITOLOGIA.	29
ECOGRAFIA SELECTIVA DE MALFORMACIONES FETALES.	43
ECOGRAFIA TRANSVAGINAL.	194
ECOGRAFIA Y DIAGNOSTICO PRENATAL.	36
ESPERMIOGRAMA.	10
HISTEROSALPINGOGRAFIA.	112
HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA AMBULATORIA.	358
HISTEROSONOGRAMA.	139
MICROLEGRADO (BIOPSIA ENDOMETRIAL).	230
MONITORIZACION DE LA OVULACION.	119
PUNCION-CITOLOGIA DE MASAS ANEXIALES.	80
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
AUDIOMETRIA.	189
LARINGOSCOPIA.	123
PRUEBAS VESTIBULARES.	204
OTOEMISIONES.	195
RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA	
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.	484
PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.	1.733
ANGIODINOGRAMA ABDOMEN (ANGIOGRAFIAS DINAMICAS).	237
ANGIODINOGRAMA CUELLO.	236
ANGIODINOGRAMA MALFORMACION.	237
ANGIODINOGRAMA MM.SS. (MM.II.).	416
ANGIODINOGRAMA VARICOCELE.	237
ANGIOGRAFIA DIAGNOSTICA MEDULAR.	2.315
ANGIOGRAFIA PULMONAR DIGITAL.	653
ANGIOGRAFIA RENAL DIGITAL.	509

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

	Tarifas - Euros
ANGIOGRAFIA PULMONAR.	1.241
AORTOGRAMA ABDOMINAL.	660
ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES.	627
ARTERIOGRAFIA ESTANDAR DE MIEMBRO SUPERIOR.	627
ARTERIOGRAFIA BRONQUIAL/ (TORACICA).	638
ARTERIOGRAFIA FISTULA ARTERIOVENOSA.	528
ARTERIOGRAFIA MM.II. (VIA) AX/BRAG.	630
ARTERIOGRAFIA MM.II. (VIA FEMORAL) TRANS.	575
ARTERIOGRAFIA SELECTIVA ABDOMINAL.	715
ARTERIOGRAFIA SELECTIVA CAROTIDA.	502
ARTERIOGRAFIA TSA VIA VENOSA.	723
ARTERIOGRAFÍA.	908
CAMBIO DE CATETER DE GASTROTOMIA.	738
CAMBIO DE CATETER DE NEFROSTOMIA.	380
CAVOG RAFIA.	747
COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA.	774
CONTROL DE FIBRINOLISIS.	618
CONTROL DRENAJE BILIAR-ENDOPROTESIS.	488
CONTROL GASTROSTOMIA.	395
CONTROL NEFROSTOMIA.	376
CONTROL SHUNT PORTO CAVA.	1.021
DACRIOCISTOGRAFIA.	3.308
DILATACION BILIAR.	1.435
DILATACION DE ESOFAGO PEPTICO.	1.776
DOPPLER DINAMICO.	1.202
DOPPLER MM. II.	219
DOPPLER MM.SS.	668
DOPPLER DE TRONCOS SUPRAORTICOS.	155
ESTUDIOS ARTERIAL Y VENOSO.	82
DRENAJE BILIAR INTERNO/EXTERNO.	810
ECO DOPPLER MM.II.	1.252
ECOGRAFIA DOPPLER COLOR CAROT. BILATERAL.	354
ESTUDIO DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION.	1.289
ESTUDIO DIAGNOSTICO SANGRANTE.	1.069
FIBRINOLISIS VENOSA MM.II.	462
FLEBOGRAFIA ESPERMATICA.	753
FLEBOGRAFIA MM.SS.	642
FLEBOGRAFIAS MIEMBROS INFERIORES.	520
RASTREO VENOSO SUPRARRENAL.	630
RECOLOCACION CATETER DE NEFROSTOMIA.	435
REPARACION CATETER HICKMAN.	513
REPOSICION CATETER.	383
REPOSICION DRENAJE BILIAR.	533
RETIRADA CATETER HICKMAN.	258
RETIRADA CATETER RESERVORIO.	268
RETIRADA CATETER VENOSO CENTRAL TUNELIZADO.	188
RETIRADA DE CATETER DE GASTROSTOMIA.	339
RETIRADA CATETER NEFROSTOMIA.	388
MICROBIOLOGÍA	
BIOLOGIA MOLECULAR.	94
CULTIVOS GRALS. MICOL Y ANAER.	14
HEMOCULTIVOS.	13
INMUNOLOGIA INFECCIOSA.	10
MICOBACTERIAS.	20
UROCULTIVOS, COPROC, Y PARAS.	5
VIROLOGIA.	43
CARDIOLOGÍA	
ERGOMETRÍA (PRUEBA DE ESFUERZO).	177
HOLTER.	175
ECOCARDIOGRAMA / ESTUDIO E INFORME.	108
ECOCARDIOGRAMA STRESS FARMACOLÓGICO.	376
ECO TRANSESOFÁGICO.	208
ELECTROCARDIOGRAMA.	21
ESTUDIO ELECTROFISIOLOGIA (EEF).	892
NEUROFISIOLOGÍA	
ELECTROENCEFALOGRAMA /SIMPLE.	130

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

	Tarifas - Euros
EEC CON PRIVACIÓN DE SUEÑO.	320
ESTUDIO PATOLOGÍA DEL SUEÑO.	385
ELECTROENCEFALOGRAMA CON CUANTIFICACIÓN.	236
EMG ELECTROMIELOGRAFIA.	155
EMG ESTUDIO DE PLEXO NERVIOSO.	315
POTENCIALES EVOCADOS - EXPLORACIÓN (PEATC).	194
TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA (INCLUYE FÁRMACO)	
DISTONÍA CERVICAL - SESIÓN.	1.577
DISTONÍA CRANEAL - SESIÓN.	264
DISTONÍA EXTREMIDADES - SESIÓN.	607
OTRAS DISTONÍAS SEGMENTARIAS - SESIÓN.	825
INYECCIÓN TOXINA BOTULÍNICA.	496
ANATOMÍA PATOLÓGICA	
CITOLOGÍA.	83
BIOPSIA.	183
BIOPSIA HEPÁTICA TRANSYUGULAR.	156
BIOPSIA PREOPERATORIA.	115
BIOPSIA SIMPLE (PARA PIEZA QUIRÚRGICA MAYOR).	218
BIOPSIA SIMPLE (PARA PIEZA QUIRÚRGICA MENOR).	140
DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO ELECTRÓNICO.	494
INMUNOFLOURESCENCIA-ESTUDIO.	274
AUTOPSIA / NECROPSIA.	2.714
PRUEBAS FUNCIONALES	
CAMPIMETRÍA.	91
NISTAGMOGRAMA.	257
TRATAMIENTO DEL DOLOR	
ANESTESIA EPIDURAL.	272
BLOQUEO PUNTOS TRIGGER.	129
CARGA Y/O P RECARGA BOMBA.	129
INFILTRACIÓN SUBCUTÁNEA PLUS ANALGESIA CON PRESENCIA DE ANESTESISTA.	161
TRATAMIENTO DEL DOLOR.	378
PRUEBA DE UNIDAD DEL DOLOR.	176
ENDOSCOPIA	
ECOENDOSCOPIA GÁSTRICA.	584
GASTROSCOPIA.	224
GASTROSCOPIA DIAGNÓSTICA.	175
GASTROSCOPIA TERAPEUTICA.	105
ECOENDOSCOPIA RECTAL.	526
COLONOSCOPIA.	263
COLONOSCOPIA CORTA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA.	140
COLONOSCOPIA LARGA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA.	245
CÁPSULA ENDOSCÓPICA (COSTE DE CÁPSULA APARTE).	239
CÁPSULA ENDOSCÓPICA.	976
CREP. CONCLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETRO / COLANGIOGRAFIA RETROGRADA	709
ENDOSCÓPICA CPRE.	
DILATACIÓN ESOFÁGICA SESIÓN.	56
LASERTERAPIA	
TRATAMIENTO CON LÁSER OFTALMOLÓGICO EN RÉGIMEN AMBULATORIO.	114
REPARACIÓN DE RETINA CON LÁSER.	352
LASERTERAPIA EN MALFORMACIONES VASCULARES CONGÉNITAS.	181
SESION PUVA.	103
REHABILITACIÓN (POR SESIÓN).	18
ACTIVIDADES Y SERVICIOS DE HEMOTERAPIA Y TRANSFUSIÓN	
COMPONENTES SANGUÍNEOS	
SANGRE TOTAL PARA TRANSFUNDIR.	95
SANGRE TOTAL CPD - ADENINA.	110
CONCENTRADO DE HEMATÍES CPD - ADENINA.	140
AUTOTRANSFUSIÓN.	124
CONCENTRADO DE HEMATÍES FILTRADO.	140
POOL DE PLAQUETAS FILTRADO.	350
CONCENTRADO DE PALQUETAS DE AFÉRESIS.	400
POOL DE PLAQUETAS INACTIVADO.	319
CONCENTRADO DE PLAQUETAS DE AFÉRESIS INACTIVADAS.	344
CONCENTRADO DE PLAQUETAS CONGELADAS.	450

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

	Tarifas - Euros
UNIDAD DE BUFFY-COAT.	15
PLASMA FRESCO CONGELADO INACTIVADO CON AZUL DE METILENO.	50
PLASMA FRESCO CONGELADO CUARENTENADO.	48
PLASMA FRESCO DEFICIENTE EN IgA.	70
UNIDAD DE SANGRE CORDÓN UMBILICAL PARA INVESTIGACIÓN.	20
SUPLEMENTOS DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS	
LAVADO.	108
FILTRADO.	53
IRRADIACIÓN.	27
FENOTIPO ERITROCITARIO.	32
FENOTIPO PLAQUETARIO.	120
CONGELACIÓN DE HEMATÍES.	137
ANALÍTICA DE INMUNONEMATOLOGÍA	
GRUPO ABO Y RH.	14
ESTUDIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES PARA TRASFUNDIR.	35
FENOTIPO RH.	20
FENOTIPO EXTENDIDO (SEROLOGÍA).	80
GENOTIPO DE ANTÍGENOS ERITROCITARIOS (TECNICA MICROARRAYS).	200
PRUEBA DIRECTA AGH (COOMBS DIRECTO).	53
ESTUDIO DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE.	113
ESTUDIO ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS.	126
ESTUDIO ANTICUERPOS ANTILEUCOCITARIOS.	126
TIPAJE DE ANTIGENOS PLAQUETARIOS.	105
TIPAJE DE ANTIGENOS LEUCOCITARIOS.	105
ANALÍTICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	
DETERMINACIÓN ANTICUERPOS ANTI-VIH.	12
DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-HCV.	14
DETERMINACIÓN DE Ag HBs.	11
CONFIRMATORIO ANTI-VIH (BLOT).	57
CONFIRMATORIO ANTI-HCV (BLOT).	65
NAT PARA VIH.	31
NAT PARA HCV.	30
NAT PARA HBV.	34
NAT VHC+VIH+VHB EN POOL.	117
ANTICORE.	14
ANTI S.	15
ANTI E.	15
ANTÍGENO E.	15
DETERMINACIÓN ANTICUERPOS ANTI-CMV.	14
TEST REAGÍNICO PARA LA SÍFILIS.	9
TEST CONFIRMATORIO PARA SÍFILIS TPHA.	18
ANTICUERPOS ANTI T CRUZI.	20
ANTICUERPOS MALARIA.	20
PRUEBAS ANALÍTICAS DE BIOLOGÍA MOLECULAR	
TIPAJE HLA BAJA RESOLUCIÓN CLASE I/(A+B+C).	153
TIPAJE HLA BAJA RESOLUCIÓN CLASE I/(A o B o C).	48
TIPAJE HLA BAJA RESOLUCIÓN CLASE II (DRB1 + DBR3/4/5).	138
TIPAJE HLA BAJA RESOLUCIÓN CLASE II (DRB1 + DBR3/4/5 + DQB1)).	125
TIPAJE HLA BAJA RESOLUCIÓN CLASE II (DQA1 + DQB1).	65
HLA ALTA RESOLUCIÓN CLASE I (A+B+C).	275
HLA ALTA RESOLUCIÓN CLASE II (DRB1 + DBR3/4/5 + DQB1).	280
HLA ALTA RESOLUCIÓN POR SERIE ALÉLICA (Ao BoCo DRB1 o 3/4/5 o DQB1).	143
PRUEBA CRUZADA LINFOCITARIA.	20
ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS ANTI HLA.	125
ICA.	34
CUANTIFICACIÓN CÉLULAS CD-34.	55
HIBRIDACIÓN CROMOSÓMICA (FISH).	88
CICLO CELULAR.	52
QUIMERISMO POST-TMO.	115
REORDENAMIENTO CLONAL SOBRE DNA.	74
REORDENAMIENTO CLONAL SOBRE RNA.	108
SECUENCIACIÓN AUTOMÁTICA DE PRODUCTOS DE PCR O CLONES.	41
INMUNOFENOTIPO EN LEUCEMIAS AGUDAS Y LINFOMAS.	190
ENVÍO MUESTRAS DE SANGRE DE DONANTES DE MÉDULA ÓSEA/DNA UNIDADES DE CORDÓN.	65
DETERMINACIÓN CUANTITATIVA DE ENFERMEDAD RESIDUAL.	176
RECuento ABSOLUTO DE LEUCOCITOS.	17

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

	Tarifas - Euros
PRUEBAS DIAGNOSTICAS ESPECÍFICAS	
ELASTOMETRÍA DE TRANSICIÓN.	211
MEDICIÓN DE NIVELES FARMACOLÓGICOS EN SANGRE.	106
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	
CULTIVO: BACTERIOLÓGICO, MICOLÓGICO,...	21
IDENTIFICACIÓN MICROORGANISMOS.	63
TEST DE RESISTENCIA.	211
RECuento CELULAR.	106
ANTIBIOGRAMA.	63
CARGA VIRAL.	79
OTROS ESTUDIOS INMUNOLÓGICOS.	21
LABORATORIO - HEMATOLOGÍA (POR CADA DETERMINACIÓN)	
PRUEBAS DE BIOLOGIA MOLECULAR.	323
PRUEBAS DE COAGULACION.	14
PRUEBAS DE HEMATOLOGIA.	4
PRUEBAS DE SERIE BLANCA.	89
PRUEBAS DE SERIE ROJA.	73
PRUEBAS DE URGENCIA.	7
FENOBARBITAL.	15
DIFERIL HIDANTOMIA.	15
CARBAMAZEPINA.	15
DIGOXINA.	17
TEOFILINA.	15
BARBITURICOS.	6
OSMOLARIDAD.	11
PRUEBAS DE ANALISIS CLINICOS, DETERMINACIONES HORMONAS Y ALERGIAS.	8
PRUEBAS DE ANALISIS CLINICOS, DETERMINACIONES DE BIOQUIMICA.	1
PRUEBAS DE ANALISIS CLINICOS, DETERMINACIONES MANUALES Y LIPIDOS.	2
PRUEBAS DE ANALISIS CLINICOS, DETERMINACIONES PROTEINAS.	17
PRUEBAS DE ANALISIS CLINICOS, DETERMINACIONES ORINAS.	2
BENZODIACEPINAS.	6
CLOZAPINA.	52
COCAINA Y METABOLITOS.	5
DIAZEPAM.	23
DOPAMINA.	14
PRUEBA DE ALCOHOLEMIA (ETANOL).	117
TEST DEL ALIENTO HELICOBACTER PYLORI.	54
CONSULTA DE SINTROM.	122
ANALÍTICAS BÁSICAS	
ANALÍTICA BÁSICA (HEMOGRAMA, BIOQUÍMICA Y ORINA).	55
ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO Y/O PARASITOLÓGICO BÁSICO.	15
ANTIBIOGRAMA.	29
DETERMINACIÓN ANALÍTICA POR PCR.	94
HEPATITIS A, B o C.	76
HEPATITIS B COMPLETO.	235
HEPATITIS C COMPLETO.	119
HIV.	76
HIV COMPLETO.	119
PERFIL BIOQUÍMICO BÁSICO.	141
UNIDAD ANALÍTICA.	20
TEST DE ALCOHOLEMIA.	72
DETECCIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN ORINA.	59
CONFIRMACIÓN ANALÍTICA DE DROGAS.	141

2. Tarifas para el reembolso de prestaciones sanitarias que requieren autorización previa.

	Tarifas - Euros
HOSPITALIZACION	
HOSPITAL GENERAL.	
POR DIA DE ESTANCIA EN PLANTA.	482

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

	Tarifas - Euros
POR DIA DE ESTANCIA EN UVI.	1.567
HOSPITALIZACION UNIDAD DE PSIQUIATRICA.	
POR DIA DE ESTANCIA.	234
HOSPITALIZACION DE DIA.	
SESION QUIMIOTERAPIA (CON MEDIACION INCLUIDA).	765
SESION QUIMIOTERAPIA (SIN COSTE DE LA MEDICACION QUE SE FACTURARA APARTE).	151
QUIMIOTERAPIA.	
QUIMIOTERAPIA SESION (COSTE DEL FARMACO APARTE).	151
SESION DE QUIMIOTERAPIA ONCOLOGICA.	511
SESION DE QUIMIOTERAPIA HEMATOLOGICA.	765
BRAQUITERAPIA.	
APLICACION DE BR. INTERSICIAL (BOOST) DE MAMA ALTA.	712
APLICACION DE BR. CERVIX Y E. NO OPERADO.	815
APLICACIÓN DE BR. HENIDO Y C. OPERADO.	858
BRAQUITERAPIA OFTALMICA.	8.475
BRAQUITERAPIA PROSTATICA.	12.172
BRAQUITERAPIA EN OTRAS LOCALIZACIONES.	827
BRAQUITERAPIA CONSULTA.	134
BRAQUITERAPIA PLANIFICACION.	447
PLANIFICACIONES SUCESIVAS.	224
SESION.	1.117
BRAQUITERAPIA NIVEL I.	600
BRAQUITERAPIA NIVEL II.	3.600
BRAQUITERAPIA NIVEL III.	8.700
RADIOTERAPIA.	
RADIOTERAPIA (TRATAMIENTO COMPLETO).	2.645
RADIOTERAPIA SOLO CONSULTA.	134
RADIOTERAPIA PALIATIVA SENCILLA NIVEL I.	833
RADIOTERAPIA PALIATIVA COMPLEJA NIVEL II.	1.753
RT ADYUVANTE NIVEL III.	3.099
RT RADICAL NIVEL IV.	3.453
RT COMPLEJA Y TRATAMIENTOS ESPECIALES NIVEL V.	7.500
SESION - CAMPO DE RADIOTERAPIA SUPERFICIAL.	24
SESION - CAMPO DE RADIOTERAPIA PROFUNDA.	64
FISIOTERAPIA - REHABILITACION.	
SESION NO NUEROLOGICA.	22
SESION NEUROLOGICA.	34
SESION DE REHABILITACION.	78
SESION DE ELECTROTERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE.	163
SESION DE CINESITEAPIA COLOPROCTOLOGICA.	125
SESION BIOFEEDBACK.	198
AEROSOLTERAPIA (SESION).	23
ESTUDIOS GENETICOS.	
CARIOTIPO EN SANGRE.	210
CARIOTIPOS DE LIQUIDO AMNIOTICO.	334
CARIOTIPOS DE BIOPSIA.	620
CARIOTIPOS DE TEJIDOS.	351
CARIOTIPOS DE MEDULA OSEA.	257
PROTOCOLO LIG. AMNIOTICO (CULTIVO Y BIOQUIMICA).	556
MEDICINA NUCLEAR.	
SHUNT.	7.873
SESION DE ACELERADOR LINEAL.	43
SPEC CEREBRAL CON ANESTESIA GENERAL.	510
SPECT MIOCARDICO.	283
TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES (PET-TAC).	1.143
PET CORPORAL.	1.012
PET CRANEAL.	803
RADIOLOGIA VASCULAR INTERVENCIONISTA.	
RADIOCIRUGIA ESTEREOTAXICA PARA TUMORES CEREBRALES Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO.	7.653
RADIOCIRUGIA ESTEREOTAXICA DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS.	9.450
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS.	807
ANGIOGRAFIA DIAGNOSTICA.	1.331
ANGIOGRAFIA DIAGNOSTICA MEDULAR.	2.315
ANGIOPLASTIA.	6.605

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

	Tarifas - Euros
ANGIOPLASTIA MM.II. DISTAL.	2.169
ANGIOPLASTIA MMSS HUMERAL.	2.603
ANGIOPLASTIA RENAL.	2.841
ANGIOPLASTIA DIAGNOSTICA.	1.410
ANGIOPLASTIA TERAPÉUTICA.	5.684
ANGIOPLASTIA MIXTA.	6.344
ATEROTOMÍA (HEMODINÁMICA).	4.771
ARTERIOGRAFÍA.	893
BIOPSIA HEPÁTICA.	916
BIOPSIA DIGESTIVA.	322
CAMBIO DE CATÉTER DE GASTRONOMÍA.	711
CAMBIO DE CATÉTER DE NEFROSTOMIA.	380
CAVOGRAFÍA.	747
COLANGIOGRAFÍA TRANSPARIETOHEPÁTICA.	774
COLOCACIÓN CATÉTER HICKMAN.	930
COLOCACIÓN CATÉTER INFUSIÓN RENAL.	632
COLOCACIÓN CATÉTER VENOSO.	1.064
COLOCACIÓN FILTRO CAVA VÍA FEMORAL.	2.618
COLOCACIÓN STENT LACRIMONASAL.	3.372
CONTROL CATÉTER HICKMAN.	418
CONTROL CATÉTER RESERVORIO.	354
CONTROL DE FIBRINÓLISIS.	618
CONTROL DRENAJE BILIAR-ENDOPRÓTESIS.	488
CONTROL GASTROSTOMÍA.	395
CONTROL NEFROSTOMÍA.	376
CONTROL SHUNT PORTO CAVA.	1.021
DACRIOCISTOGRAFÍA.	3.308
DILATACIÓN BILIAR.	1.273
DILATACIÓN DE ESÓFAGO PÉPTICO.	1.776
DRENAJE BILIAR INTERNO/EXTERNO.	810
EMBOLIZACIÓN. MALFORMACIÓN A.V.C.	2.440
EMBOLIZACIÓN ANEURISMA CEREBRAL.	16.733
EMBOLIZACIÓN BRONQUIALES.	1.916
EMBOLIZACIÓN CARÓTIDA EXTERNA.	2.266
EMBOLIZACIÓN ESPERMÁTICA.	1.161
EMBOLIZACIÓN ESPLÉNICA.	1.744
EMBOLIZACIÓN MALFORMACIÓN.	2.224
EMBOLIZACIÓN TRACTO DIGESTIVO.	1.975
EMBOLIZACIÓN HEPÁTICA.	2.682
ENDOPRÓTESIS CAVA O VENA PERIFÉRICA.	2.668
ENDOPRÓTESIS COLON.	3.450
ENDOPRÓTESIS ARTERIAL MMI.	2.916
ENDOPRÓTESIS BILIAR.	3.033
ENDOPRÓTESIS CUBIERTA MM.	2.086
ENDOPRÓTESIS URÉTER.	2.894
ESTUDIO DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN.	1.289
ESTUDIO DIAGNOSTICO SANGRANTE.	1.069
ESTUDIO HEMODINÁMICA PRENTG (HIPERTENSIÓN PORTAL).	1.064
ESTUDIO HEMODINÁMICA PULMONAR.	462
EXTRACCIÓN FILTRO CAVA.	1.515
FIBRINÓLISIS ARTERIAL MM.	1.954
FIBRINÓLISIS BY PASS.	1.997
FIBRINÓLISIS ENDOPRÓTESIS.	3.770
FIBRINÓLISIS VENOSA MM.II.	462
GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA.	899
NEFROSTOMÍA.	1.206
RASTREO VENOSO SUPRARRENAL.	630
SHUNT PORTO CAVA.	7.714
SHUNT PORTO CAVA PERCUTÁNEO.	6.925
ULTRASONIDO INTRAVASCULAR.	1.614
EMBOLIZACIÓN ARTERIA HIPOGÁSTRICA.	2.490
ENDOPRÓTESIS AORTA.	2.698
EMBOLIZACIÓN VARICES ESOFÁGICAS.	2.092
INTENTO SHUNT PORTO CAVA.	3.279
CONTROL EMBOLIZACIÓN TRACTO DIGESTIVO (SANGRÍA).	1.348
EMBOLIZACIÓN A. PULMONAR.	1.917
ANGIOP.ATER.FÍSTULA ARTERIOVEN.	2.332

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

	Tarifas - Euros
EMBOLIZACIÓN TUMORAL.	1.648
EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO RXVI.	1.703
VALVULOPLASTIA.	4.914
CORONARIOGRAFÍA + ACTP.	3.309
CORONARIOGRAFÍA + ACTP + ATERECTOMÍA.	6.321
CORONARIOGRAFÍA + ACTP + ATERECTOMÍA + STENT.	9.834
CORONARIOGRAFÍA + ACTP + STENT.	7.823
CIRUGÍA CARDIACA INFANTIL	
VÁLVULAS CARDIACAS CON CATETERISMO.	16.785
VÁLVULAS CARDIACAS SIN CATETERISMO.	13.307
PROCED. CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC.	10.675
PROCED.CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC.	7.600
CIRUGÍA TORÁCICA	
TORACOTOMÍA.	5.421
ESTERNOTOMÍA.	1.960
TORACOSCOPIA + TALCAJE.	553
DRENAJE PLEURAL.	237
TRAQUEOTOMÍA.	358
TERAPIA FOTODINÁMICA	
	1.777
ACTIVIDADES Y SERVICIOS DE HEMOTERAPIA Y TRANSFUSIÓN	
UNIDAD DE SANGRE CORDÓN UMBILICAL.	21.000
CRIOPRESERVACIÓN CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS.	350
DIAGNÓSTICO GENÉTICO MOLECULAR.	475

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE		
00.50	TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN (MARCAPASO).	14.224
00.6	ACTP O AITP O ACETP.	2.259
00.6	ACTP + ATERECTOMÍA.	5.271
00.6	ACTP + ATERECTOMÍA + STENT.	8.784
00.6	ACTP + STENT O AITP O ACETP.	5.773
00.6	ATERECTOMÍA, FILTROS DE CAVA.	3.066
00.61	ANGIOPLASTIAS, EMBOLIZACIONES, ACCESOS VENOSOS CENTRALES Y EXTRACCIONES DE CUERPOS EXTRAÑOS INTRAVASCULARES.	2.618
OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO		
01.13	BIOPSIA CEREBRAL ESTEREOTÁCTICA.	1.331
01.14	BIOPSIA CEREBRAL.	154
01.24	CRANEOTOMÍA.	1.377
01.24	CRANEOTOMÍA FOSA POSTERIOR.	2.456
03.01	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO ESPINAL.	1.473
03.09	OTRA EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CONDUCTO ESPINAL.	3.024
03.09	HEMILAMINECTOMÍA.	761
03.09	LAMINECTOMÍA.	625
03.09	LAMINECTOMÍA CERVICAL.	1.432
04.07	OTRAS ESCISIONES O EVULSIONES DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS SIN CC.	1.078
04.43	LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO.	693
04.44	LIBERACIÓN DE TÚNEL TARSAL.	983
04.49	OTRA DECOMPRESIÓN O LISIS DE ADHERENCIA DE NERVIOS O GANGLIO PERIFÉRICO.	700
04.92	IMPLANTACIÓN SISTEMA COMPLETO NEUROESTIMULACIÓN.	721
OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA ENDOCRINO		
06	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES.	1.500
06	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES.	1.100
06.3	TIROIDECTOMÍA PARCIAL.	1.346
06.4	TIROIDECTOMÍA TOTAL.	1.617
06.7	EXTIRPACIÓN DE CONDUCTO TIROGLOSO.	854
06.81	PARATIROIDECTOMÍA TOTAL.	1.475
06.89	OTRA PARATIROIDECTOMÍA.	1.475
OPERACIONES SOBRE EL OJO		
08	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17.	804
08	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18.	601
08.20	ELIMINACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADO, N. E. O. M.	341
08.21	ESCISIÓN DE CHALAZIÓN.	303

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
08.22	ESCISIÓN DE OTRA LESIÓN MENOR DE PÁRPADO.	341
08.32	REPARACIÓN DE BLEFAROPTOSIS POR TÉCNICA DEL MÚSCULO FRONTAL CON SUSPENSIÓN FACIAL.	1.061
08.33	REPARACIÓN DE BLEFAROPTOSIS POR RESECCIÓN O AVANCE DE MÚSCULO ELEVADOR O APONEUROSIS.	1.061
08.36	REPARACIÓN DE BLEFAROPTOSIS POR OTRAS TÉCNICAS.	340
08.38	CORRECCIÓN DE RETRACCIÓN DEL PÁRPADO.	1.061
08.4	REPARACIÓN ENTROPIÓN O ENTROPIÓN.	261
08.44	REPARACIÓN DE ENTROPIÓN O ECTROPIÓN CON RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO.	846
08.49	OTRA REPARACIÓN DE ENTROPIÓN O ECTROPIÓN.	786
08.59	OTRO AJUSTE DE POSICIÓN DE PÁRPADO NEOM.	1.061
08.61	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL.	1.205
08.64	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL.	1.205
08.89	OTRA REPARACIÓN DE PÁRPADO.	786
09.2	ESCISIÓN LESIÓN GLÁNDULA LACRIMAL.	244
09.81	DACRIOCISTORINOSTOMÍA (DCR).	939
09.82	CONJUNTIVOCISTORINOSTOMÍA.	786
10.31	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CONJUNTIVA.	616
10.4	CONJUNTIVOPLASTIA.	256
10.41	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO LIBRE.	616
10.42	RECONSTRUCCIÓN DE FONDO DE SACO CONJUNTIVAL CON INJERTO LIBRE.	616
10.44	OTRO INJERTO LIBRE A LA CONJUNTIVA.	704
10.99	OTRA OPERACIÓN SOBRE CONJUNTIVA NCOC.	616
11	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS Y CRISTALINO.	1.024
11.39	OTRA ESCISIÓN DE PTERIGIÓN / ESCISIÓN DE PTERIGIÓN.	412
11.52	REPARACIÓN DE DEHISCENCIA DE HERIDA POSTOPERATORIA DE CórNEA.	704
11.99	OTRA OPERACIÓN SOBRE CórNEA NCOC.	616
12	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS.	873
12.53	GONIOTOMÍA CON GONIOPUNTURA.	832
12.59	OTRA FACILITACIÓN DE LA CIRCULACIÓN INTRAOCULAR.	832
12.64	TRABECULECTOMÍA DESDE EL EXTERIOR.	1.356
12.65	OTRA FISTULIZACIÓN ESCLERAL CON IRIDECTOMÍA.	1.356
12.79	OTROS PROCEDIMIENTOS DE GLAUCOMA.	789
13	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMÍA.	988
13.2	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR CRISTALINO, TÉCNICA EXTRACCIÓN LÍNEA.	967
13.3	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR CRISTALINO, TÉCNICA SIMPLE ASPIRACIÓN E IRRIGACIÓN SIMPLE.	967
13.8	EXTRACCIÓN DE CRISTALINO IMPLANTADO.	967
13.19	OTRA EXTRACCIÓN INTRACAPSULAR DE CRISTALINO.	967
13.41	FACOEMULSIFICACIÓN Y ASPIRACIÓN DE CATARATA / CATARATAS/INSERCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO.	977
13.59	OTRA EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO.	821
13.64	DISECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUÉS DE CATARATA).	693
13.66	FRAGMENTACIÓN MECÁNICA MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUÉS DE CATARATA).	784
13.69	OTRA EXTRACCIÓN DE CATARATA/CATARATAS/INSERCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO.	809
13.71	CATARATAS/INSERCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO.	821
13.72	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS DE CRISTALINO INTRAOCULAR.	967
13.90	OPERACIÓN SOBRE CRISTALINO, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO.	967
13.91	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS TELESCÓPICA INTRAOCULAR.	967
14	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA.	1.140
14.22	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN CORIORRETINAL POR CRIOTERAPIA.	967
14.24	DESTRUCCIÓN LESIÓN CORIORRETINAL POR FOTOCOAGULACIÓN CON LÁSER.	967
14.52	OTRA REPARACIÓN DE DESPRENDIMIENTO RETINAL CON CRIOTERAPIA.	335
14.27	DESTRUCCIÓN LESIÓN CORIORRETINAL POR IMPLANTACIÓN FUENTE DE RADIACIÓN.	967
14.41	INDENTACIÓN ESCLERAL CON IMPLANTACIÓN.	1.300
14.49	OTRA INDENTACIÓN ESCLERAL.	1.300
14.6	EXTRACCIÓN MATERIAL QUIRÚRGICAMENTE IMPLANTADO, SEGMENTO POSTERIOR OJO.	967
14.71	EXTRACCIÓN DE CUERPO VÍTREO, ACCESO ANTERIOR.	848
14.72	OTRA EXTRACCIÓN DEL CUERPO VÍTREO.	848
14.73	VITRECTOMÍA MECÁNICA POR ACCESO ANTERIOR.	848
14.74	OTRA VITRECTOMÍA MECÁNICA.	1.085
14.75	INYECCIÓN DE SUSTITUTO VÍTREO (INCLUIDA FARMACOLOGÍA).	307
14.79	OTRAS OPERACIONES SOBRE EL CUERPO VÍTREO.	1.600
14.9	OTRAS OPERACIONES SOBRE RETINA, COROIDES Y CÁMARA POSTERIOR.	1.085
15.3	OPERACIONES S/DOS O MÁS MÚSCULOS EXTRAOCULARES C/ DESPRENDIMIENTO TEMPORAL GLOBO, UNO O AMBOS OJOS.	1.085

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
15.4	OTRAS OPERACIONES S/DOS O MÁS MÚSCULOS EXTRAOCULARES, UNO O AMBOS OJOS.	1.046
15.7	REPARACIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO EXTRAOCULAR.	1.046
15.9	OTRAS OPERACIONES SOBRE MÚSCULOS Y TENDONES EXTRAOCULARES / ESTRABISMO/OPERACIONES SOBRE MÚSCULOS EXTRA-OCULARES.	810
16	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA.	1.650
16.0	OPERACIONES SOBRE ÓRBITA Y GLOBO.	307
16.09	OTRA ORBITOTOMÍA.	1.220
16.89	OTRA REPARACIÓN DE LESIÓN DE GLOBO O DE ÓRBITA.	1.220
16.92	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ÓRBITA.	1.220
	OPERACIONES SOBRE EL OÍDO	
18.21	ESCISIÓN DE SENO PREAURICULAR.	1.047
18.29	EXTIRPACIÓN DE QUISTE RETROAURICULAR.	139
18.39	OTRA ESCISIÓN DEL OÍDO EXTERNO NCOC.	721
18.5	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE PABELLÓN AURICULAR PROMINENTE.	1.046
18.79	OTRA REPARACIÓN PLÁSTICA DE OÍDO EXTERNO.	847
18.9	OTRAS OPERACIONES SOBRE EL OÍDO EXTERNO.	721
19.1	ESTAPEDECTOMÍA.	662
19.3	OTRAS OPERACIONES SOBRE LA CADENA OSICULAR.	1.154
19.4	MIRINGOPLASTIA.	1.154
19.6	REVISIÓN DE TIMPANOPLASTIA.	1.154
20.01	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO 606 / MIRINGOPLASTIA. DRENAJE TRANSTIMPÁNICO.	423
20.01	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17.	1.007
20.01	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18.	604
20.09	OTRA MIRINGOTOMÍA 606 / MIRINGOPLASTIA. DRENAJE TRANSTIMPÁNICO.	423
20.51	ESCISIÓN DE LESIÓN DE OÍDO MEDIO.	742
20.7	INCISIÓN, ESCISIÓN Y DESTRUCCIÓN DEL OÍDO INTERNO.	742
20.95	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS AUDITIVA ELECTROMAGNÉTICA.	1.013
20.96	INTERV. QUIRÚRGICA IMPLANTE COCLEAR.	1.031
	OPERACIONES SOBRE LA NARIZ, BOCA Y FARINGE	
21.30	POLIPECTOMÍA NASAL CON BIOPSIA.	398
21.32	POLIPECTOMÍA NASAL CON BIOPSIA.	398
21.5	RESECCIÓN SUBMUCOSA DEL TABIQUE NASAL.	818
21.6	TURBINECTOMÍA.	387
21.61	TURBINECTOMÍA POR DIATERMIA O CRIOCIRUGÍA.	536
21.69	OTRA TURBINECTOMÍA.	536
21.87	OTRA RINOPLASTIA.	1.062
21.88	OTRA SEPTOPLASTIA / TABIQUE NASAL DESVIADO/SEPTOPLASTIA.	773
22.9	OTRA OPERACIONES SOBRE SENOS NASALES (PARANASALES).	709
23.1	EXTRACCIÓN DE CORDALES/EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DENTAL, CON SEDACIÓN.	290
23.11	RESTOS RADICULARES / EXTRACCIÓN DE RAÍZ RESIDUAL.	144
23.19	OTRA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTE / CANINOS INCLUIDOS.	286
23.73	APICECTOMÍA.	143
24	TRAST. DENTALES Y BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES Y REPOSICIONES EDAD <18	1.137
24.2	GINGIVOPLASTIA.	550
24.3	OTRAS OPERACIONES SOBRE ENCÍAS.	426
24.4	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MAXILAR, DE ORIGEN DENTARIO.	467
25.1	ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LENGUA.	550
25.2	GLOSECTOMÍA PARCIAL.	550
25.91	FRENOTOMÍA LINGUAL.	550
25.92	FRENECTOMÍA LINGUAL / FRENOTOMÍA.	377
26.0	INCISIÓN GLÁNDULAS O CONDUCTO SALIVAR.	290
26.29	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL.	821
26.30	SIALOADENECTOMÍA, N. E. O. M.	619
26.31	SIALOADENECTOMÍA PARCIAL.	821
26.99	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMÍA.	694
27	PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA.	1.171
27	OTROS DIAGNÓSTICOS DE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD >17.	1.548
27	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA.	1.682
27.31	ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN LESIÓN O TEJIDO DEL PALADAR ÓSEO.	550
27.4	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC.	979
27.41	FRENECTOMÍA LABIAL.	341
27.42	ESCISIÓN AMPLIA DE LESIÓN DE LABIO.	798
27.43	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LABIO.	550
27.49	OTRA ESCISIÓN DE BOCA.	550
27.54	REPARACIÓN DE LABIO FISURADO.	868

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
27.62	CORRECCIÓN DE PALADAR FISURADO.	868
27.64	INSERCIÓN DE IMPLANTE DE PALADAR.	893
27.69	OTRA REPARACIÓN PLÁSTICA DE PALADAR.	550
27.7	RESECCIÓN PARCIAL PALADAR. UVULOPLASTIA.	398
27.92	INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECIFICADA.	977
28.0	INCISIÓN Y DRENAJE DE AMÍGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMIGDALINAS.	853
28.2	AMIGDELECTOMÍA SIN ADENOIDECTOMÍA.	541
28.3	AMIGDELECTOMÍA CON ADENOIDECTOMÍA.	574
28.6	ADENOIDECTOMÍA SIN AMIGDALECTOMÍA.	562
28.99	OTRAS OPERACIONES SOBRE AMÍGDALAS Y ADENOIDES (CON LÁSER).	539
28.99	PROCED. S. AMÍGDALAS Y ADENOIDES EXCEPTO AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA SOLO, EDAD>17.	828
28.99	PROCED. S. AMÍGDALAS Y ADENOIDES EXCEPTO AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA SOLO, EDAD<18.	675
28.99	PROCED. S. AMÍGDALAS Y ADENOIDES EXCEPTO AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA SOLO, EDAD>17.	831
28.99	PROCED. S. AMÍGDALAS Y ADENOIDES EXCEPTO AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA SOLO, EDAD<18.	713
29.2	ESCISIÓN DE QUISTE O VESTIGIO DE HENDIDURA BRANQUIAL.	1.415
26.21	DRENAJE (ABSCESO).	360
26.29	QUISTECTOMÍA.	646
29.39	OTRA ESCISIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LA FARINGE.	445
29.52	CIERRE DE FÍSTULA DE HENDIDURA BRANQUIAL.	1.099
26.99	PAROTIDECTOMÍA.	934
	OPERACIONES SOBRE EL APARATO RESPIRATORIO	
30.09	OTRA ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LARINGE / ESCISIÓN O RESECCIÓN LESIÓN O TEJIDO DE LARINGE.	612
30.22	CORDECTOMÍA VOCAL.	1.013
31.3	OTRA INCISIÓN DE LARINGE O TRAQUEA.	1.000
31.42	LARINGOSCOPIA Y OTRA TRAQUEOTOMÍA.	463
33	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC.	3.155
31.69	COLOCACIÓN DE PRÓTESIS EN VÍAS RESPIRATORIAS.	3.012
31.7	COLOCACIÓN DE PRÓTESIS TRAQUEOBRANQUIAL.	2.217
33	BIOPSIA (NEUMOLOGÍA).	302
	OPERACIONES SOBRE EL APARATO CARDIOVASCULAR	
35.20	REC. VALVULAR MITRO-CÓRTICO.	12.770
35.22	RECAMBIO VALVULAR CÓRTICO.	7.834
35.24	RECAMBIO VÁLVULA MITRAL.	12.775
36.03	ENDARTERECTOMÍA CARÓTIDA.	1.441
36.10	BY PASS AORTO CORONARIO.	8.145
37.23	TRAST. CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO.	1.150
37.24	BIOPSIA ENDOMIOCÁRDICA.	1.456
37.33	ABLACIÓN CARDIACA.	5.206
37.34	ABLACIÓN DE ARRITMIA CON NAVEGADOR.	9.225
37.80	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. SIN IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SUST. GENERADOR.	5.905
37.85	SUSTITUCIÓN CUALQUIER TIPO MARCAPASOS APARATO DE CÁMARA ÚNICA, NO ESPECIFICADO RITMO SENSIBLE	3.401
37.86	SUSTITUCIÓN CUALQUIER TIPO MARCAPASOS CON APAR. CÁMARA ÚNICA, RITMO SENSIBLE.	3.401
37.87	SUSTITUCIÓN CUALQUIER TIPO MARCAPASOS CON DISPOSITIVO DE CÁMARA DOBLE.	4.846
37.89	REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDIACO EXCEPTO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR.	3.400
37.89	REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDIACO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR.	4.158
38.5	LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS.	973
38.50	LIGADURA Y EXTIRPACIÓN DE V. VARICOSAS SITIO NO ESPECIFICAD.	837
38.59	LIGADURA Y EXTIRPACIÓN DE VARICES V. DE MIEMBROS INFERIORES.	1.043
38.69	OTRA ESCISIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES.	1.017
38.89	OTRA OCLUSIÓN QUIRÚRGICA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES.	1.017
38.95	CATETERISMO VENOSO PARA DIÁLISIS RENAL.	661
39	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE APARATO CIRCULATORIO.	1.215
39	PROCEDIMIENTOS HEMODINÁMICOS DIAGNÓSTICOS.	2.420
39	PROCEDIMIENTOS HEMODINÁMICOS TERAPÉUTICOS.	4.460
39	HEMODINÁMICA PORTAL.	904
39.27	ARTERIOVENOSTOMÍA PARA DIÁLISIS RENAL / FÍSTULA ARTERIOVENOSA/FAVI.	907
39.29	BY PASS FEMORO POPLÍTEO.	1.675
39.42	REVISIÓN DE DERIVACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL.	917
39.43	EXTRACCIÓN DE DESVIACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL.	1.429

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
39.5	OTRA REPARACIÓN DE VASOS.	2.152
39.53	REPARACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA.	1.492
39.59	OTRAS OPERACIONES DE VASO: ARTERIOPLASTIA Y OTROS.	2.152
39.92	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA.	103
39.95	HEMODIÁLISIS EN RÉGIMEN AMBULATORIO PACIENTE/MES.	3.610
39.95	HEMODIÁLISIS EN RÉGIMEN AMBULATORIO SESIÓN.	251
	OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO.	
40.21	ESCISIÓN DE NÓDULO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO.	1.009
40.23	ESCISIÓN DE NÓDULO LINFÁTICO AXILAR.	1.009
40.29	ESCISIÓN SIMPLE DE OTRA ESTRUCTURA LINFÁTICA / EXTIRPACIÓN SIMPLE DE OTRA ESTRUCTURA LINFÁTICA.	438
40.3	ESCISIÓN DE NÓDULO LINFÁTICO REGIONAL.	1.009
	OPERACIONES SOBRE EL APARATO DIGESTIVO	
42.81	COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE TUBO DIGESTIVO.	1.255
42.92	DILATACIONES ESOFÁGICAS ÚNICAS CON EDER-PUERTO.	729
43	OSTOMÍAS PERCUTÁNEAS. SONDA NASOYEYUNAL DE ALIMENTACIÓN ENTERAL.	1.610
43.1	GASTROSTOMÍA.	700
43.11	SONDA DE GASTROTOMÍA ENDOSCÓPICA.	540
44.13	GASTROSCOPIA SIN BIOPSIA.	100
44.14	GASTROSCOPIA CON BIOPSIA + INFORME ANATOMOPATOLÓGICO.	150
44.39	GASTROENTEROSTOMÍA (PROCED.INTEGRAL.C.BARIÁTRICA).	4.042
44.66	PROC. PARA CREACIÓN DE COMPETENCIA A ESFÍNTER ESOF./GÁSTR.	1.515
44.66	GASTROPLICATURA ENDOSCÓPICA.	2.715
45.23	COLONOSTOMÍA SIN BIOPSIA.	190
45.25	COLONOSTOMÍA CON BIOPSIA + INFORME ANATOMOPATOLÓGICO.	240
45.42	POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA DEL INTESTINO GRUESO.	243
45.7g	COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.	2.917
45.79	OTRA ESCISIÓN PARCIAL DE INTESTINO GRUESO Y OTRAS NO ESPECIFICADAS.	4.901
48.35	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL.	789
48.5	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO.	2.009
48.6	OTRA RESECCIÓN DE RECTO.	652
48.6	SI GMOI DECTOMÍA+H ISTERECTOMÍA.	3.359
48.7	REPARACIÓN DE RECTO.	789
49	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMÍA SIN CC.	682
49.11	FISTULOTOMÍA ANAL.	789
49.12	FISTULECTOMÍA ANAL.	596
49.3	EXTIRPACIÓN LOCAL O ELIMINACIÓN (DESTRUCCIÓN) DE OTRA LESIÓN O TEJIDO DE ANO (FISURA ANAL/FISURECTOMÍA ANAL).	500
49.39	OTRA ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO ANAL.	789
49.45	LIGADURA DE HEMORROIDES.	789
49.46	ESCISIÓN DE HEMORROIDES / HEMORROIDES/HEMORROIDECTOMÍA.	764
49.59	OTRA ESFINTEROTOMÍA ANAL.	844
49.6	ESCISIÓN DE ANO.	591
49.79	OTRA REPARACIÓN DE ESFÍNTER ANAL.	591
49.92	INSERCIÓN O IMPLANTE DE ESTIMULADOR ANAL ELÉCTRICO.	753
49.99	OTRA OPERACIÓN SOBRE ANO NCOC.	591
50.11	BIOPSIA HEPÁTICA.	567
50.11	BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA.	1.629
50.13	BIOPSIA HEPÁTICA TRANSYUGULAR.	3.394
50.94	EMBOLIZACIÓN HEPÁTICA PARA SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ALCOHOLIZACIÓN).	3.162
50.99	CATETERISMO HEPÁTICO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.	2.106
51.10	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA CON INSERCIÓN DE STENT.	761
51.2	COLECISTECTOMÍA +VAGOTOMÍA +GASTROENTEROSTOMÍA.	2.255
51.22	COLECISTECTOMÍA.	1.337
51.23	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.	1.337
51.23	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC.	1.523
51.36	COLOCACIÓN DRENAJE BILIAR / COLEDOCOENTEROSTOMÍA.	1.591
51.86	COLOCACIÓN DE PRÓTESIS COLEDOCO-PANCREÁTICAS.	3.012
51.88	EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE CÁLCULOS BILIOPANCREÁTICOS.	1.024
52.41	DUODENO PANCREATECTOMÍA.	2.830
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC.	1.391
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC.	901
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC.	1.169
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC.	767
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18.	845
53.0	REPARACIÓN UNILATERAL DE HERNIA INGUINAL.	844

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
53.1	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL.	1.020
53.2	REPARACIÓN UNILATERAL DE HERNIA CRURAL.	724
53.3	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA CRURAL.	905
53.4	REPARACIÓN DE HERNIA UMBILICAL.	910
53.49	REPARACIÓN HERNIA UMBILICAL.	740
53.5	REPARACIÓN DE OTRA HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR SIN INJERTO NI PRÓTESIS.	910
53.51	REPARACIÓN HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN).	878
53.6	REPARACIÓN DE OTRA HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR CON INJERTO O PRÓTESIS.	1.092
54	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC-.	1.455
54.3	ESCISIÓN O ELIMIN. LESIÓN O TEJIDO DE PARED ABDOMINAL U OMBL.	615
54.11	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA.	839
54.19	OTRA LAPAROTOMÍA.	727
54.21	LAPAROSCOPIA.	773
54.21	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA MAS COLOSTOMÍA.	998
54.92	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA CAVIDAD PERITONEAL.	916
54.93	CREACIÓN DE FÍSTULA CUTÁNEO-PERITONEAL.	916
	OPERACIONES SOBRE EL APARATO URINARIO	
55.01	NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA.	340
55.23	BIOPSIA RENAL.	568
55.5	NEFRECTOMÍA.	1.031
55.9	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO.	1.535
56.0	EXTRACCIÓN TRANSURETRAL DE OBTRUC. URÉTER Y PELVIS RENAL.	1.049
56.0	EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE CÁLCULOS URINARIOS.	3.012
56.3	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN URÉTER.	898
57.18	OTRA CISTOTOMÍA SUPRAPÚBICA.	952
57.19	OTRA CISTOTOMÍA.	756
57.4	R.T.U. VEJIGA.	753
57.49	OTRA EXCISIÓN O DESTRUCCIÓN TRANSURETRAL DE LESIÓN O TEJIDO DE VEJIGA.	1.123
57.6	CISTECTOMÍA PARCIAL.	1.630
57.85	CISTOURETROPLASTÍA Y REPARACIÓN CUELLO VEJIGA.	1.630
57.99	OTRA OPERACIÓN SOBRE VEJIGA NCOC.	952
57.99	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC.	1.049
58.0	URETROTOMÍA.	756
58.1	MEATOTOMÍA URETRAL.	830
58.2	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS SOBRE URETRA I.	477
58.2	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC.	727
58.2	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18.	655
58.3	ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE TEJIDO O LESIÓN URETRAL.	869
58.45	REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS O EPISPADIAS.	936
58.49	REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS O EPISPADIAS.	1.021
58.49	URETROPLASTIA.	1.084
58.5	LIBERACIÓN DE ESTENOSIS URETRAL.	895
58.93	IMPLANTACIÓN DE ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL (AUS).	952
59.6	SUSPENSIÓN PARAURETRAL.	1.630
59.79	OTRA REPARACIÓN DE CONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO NCOC.	1.079
59.8	COLOCACIÓN CATÉTER URETERAL.	477
59.8	COLOCACIÓN CATÉTER DOBLE J.	929
59.8	RETIRADA CATÉTER DOBLE J.	267
	OPERACIONES SOBRE ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS	
60.11	BIOPSIA DE PRÓSTATA.	476
60.11	BIOPSIA DE PRÓSTATA ECODIRIGIDA CON INMUNOHISTOQUÍMICA.	2.069
60.11	BIOPSIA DE PRÓSTATA ECODIRIGIDA SIN INMUNOHISTOQUÍMICA.	897
60.2	RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA.	1.075
60.3	PROSTATECTOMÍA-TÉCNICA CLIURET (SUPRAPÚBICA CONCERTADO).	818
60.3	PROSTATECTOMÍA-TÉCNICA MILLY (SUPRAPÚBICA CONCERTADO).	839
60.4	PROSTATECTOMÍA RETROPÚBICA.	1.580
60.62	PROSTATECTOMIA PERINEAL (SUPRAPÚBLICA CONCERTADO).	1.164
60.69	CISTOPROST+LINFOADEN+BRIKER.	3.148
61.2	ESCISIÓN DE HIDROCELE (DE TUNICA VAGINAL).	607
61.4	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESCROTAL.	333
62.1	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17.	1.157
62.1	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18.	910
62.2	ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIONA TESTICULAR.	924
62.3	ORQUIECTOMÍA UNILATERAL.	1.088
62.5	ORQUIDOPEXIA.	799

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
62.42	EXTIRPACIÓN DE TESTÍCULO RESTANTE.	953
63.1	ESCISIÓN DE VARICOCELE E HIDROCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO.	652
63.2	ESCISIÓN DE QUISTE DE EPIDÍDIMO.	682
63.3	ESCISIÓN OTRA LESIÓN O TEJIDO DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO.	924
63.6	VASECTOMÍA.	348
63.82	RECONSTRUCCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE DIVIDIDO QUIRÚRGICAMENTE.	953
63.92	EPIDIDIMOTOMÍA.	615
64	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE.	1.061
64.0	CIRCUNCISIÓN.	417
64.0	CIRCUNCISIÓN EDAD>17.	780
64.0	CIRCUNCISIÓN EDAD<18.	660
64.49	OTRA REPARACIÓN DE PENE CON CIRUGÍA PLÁSTICA.	682
64.93	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS DE PENE.	256
64.98	OTRAS OPERACIONES SOBRE EL PENE.	474
64.9	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASC. EXC. PARA NEOPLASIA MALIGNA.	729
	OPERACIONES SOBRE ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS	
65/71	PROC. DE RECONSTRUCCIÓN APARATO GENITAL FEMENINO.	1.021
65.01	OOFOROTOMÍA LAPAROSCÓPICA.	535
65.25	OTRA ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN LAPAROSCÓPICA DE OVARIO.	839
65.29	OTRA ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE OVARIO.	788
65.31	OOFORECTOMÍA UNILATERAL LAPAROSCÓPICA.	930
65.39	OTRA OOFORECTOMÍA UNILATERAL.	930
65.41	SALPINGOOFORECTOMÍA UNILATERAL LAPAROSCÓPICA.	930
65.49	OTRA SALPINGOOFORECTOMÍA UNILATERAL.	930
65.53	EXTIRPACIÓN LAPAROSCÓPICA DE AMBOS OVARIOS EN UN MISMO ACTO.	1.293
65.61	EXTIRPACIÓN DE OVARIOS Y TROMPAS EN UN ACTO QUIRÚRGICO.	861
65.63	EXTIRPACIÓN LAPAROSCÓPICA DE AMBOS OVARIOS Y TROMPAS EN UN MISMO ACTO.	1.293
65.81	LIBERACIÓN LAPAROSCÓPICA DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO.	1.424
65.91	PUNCIÓN-CITOLOGÍA DE MASAS ANEXIALES.	80
66.21	LIGADURA Y APLASTAMIENTO ENDOSCÓPICO BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO.	768
66.2	INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR ENDOSCOPIA.	833
66.22	LIGADURA Y SECCIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO.	768
66.29	OTRA DESTRUCCIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO.	768
66.3	INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR LAPAROSCOPIA Y LAPAROTOMÍA.	898
66.32	LIGADURA DE TROMPAS.	676
66.39	OTRA DESTRUCCIÓN U OCLUSIÓN BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO.	734
66.51	EXTIRPACIÓN DE AMBAS TROMPAS DE FALOPIO EN UN MISMO TIEMPO OPERATORIO.	1.400
66.63	SALPINGECTOMÍA PARCIAL BILATERAL.	682
66.69	OTRA SALPINGECTOMÍA PARCIAL.	682
67.2	CONIZACIÓN DE CUELLO UTERINO.	880
67.32	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE CUELLO UTERINO POR CAUTERIZACIÓN.	654
67.33	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE CUELLO UTERINO POR CRIOCIRUGÍA.	654
68.1	LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA.	955
68.1	LAPAROSCOPIA OPERATIVA.	964
68.1	LAPAROSCOPIA QUIRÚRGICA FIV.	1.739
68.12	HISTEROSCOPIA.	930
68.12	HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA AMBULATORIA.	705
68.12	HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA AMBULATORIA TERAPÉUTICA.	1.171
68.19	MICROLEGRADO (BIOPSIA ENDOMETRIAL).	230
68.2	ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE ÚTERO.	861
68.21	SECCIÓN DE SINEQUIAS ENDOMETRIALES.	930
68.22	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO DE ÚTERO.	930
68.23	ABLACIÓN ENDOMETRIAL.	668
68.29	OTRA ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ÚTERO / MIOMECTOMÍA UTERINA.	884
68.49	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL.	1.607
68.59	HISTERECTOMÍA VAGINAL.	1.607
69	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR CA. IN SITU Y PROCESO NO MALIGNO SIN CC.	1.137
69.0	DILATACIÓN Y LEGRADO UTERINO.	499
69.02	DILATACIÓN Y LEGRADO DESPUÉS DE PARTO O ABORTO.	681
69.09	OTRA DILATACIÓN Y LEGRADO.	670
69.09	DILATACIÓN Y LEGRADO, CONIZACIÓN Y RADIO-IMPLANTE POR NEOPLASIA MALIGNA.	1.355
69.09	DILATACIÓN Y LEGRADO, CONIZACIÓN EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA.	642
69.29	OTRA REPARACIÓN DE ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE.	1.323
69.52	LEGRADO POST PARTO.	463
69.92	INSEMINACIÓN ARTIFICIAL DE DONANTE.	923
69.92	INSEMINACIÓN ARTIFICIAL DE CÓNYUGE.	1.140

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
70.33	ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE VAGINA.	654
70.50	REPARACIÓN DE CISTÓCELE Y RECTÓCELE.	641
70.51	REPARACIÓN DE CISTÓCELE.	641
70.52	REPARACIÓN DE RECTÓCELE.	622
70.53	REPARACIÓN DE CISTÓCELE Y RECTÓCELE CON INJERTO O PRÓTESIS.	789
70.54	REPARACIÓN DE CISTÓCELE CON INJERTO O PRÓTESIS.	789
70.55	REPARACIÓN DE RECTÓCELE CON INJERTO O PRÓTESIS.	789
70.77	SUSPENSIÓN Y FIJACIÓN VAGINALES.	789
70.78	SUSPENSIÓN Y FIJACIÓN VAGINAL CON INJERTO O PRÓTESIS.	789
70.79	COLPOPERINEOPLASTIA/REPARACIÓN DE VAGINA.	634
70.8	OBLITERACIÓN DE CÚPULA VAGINAL.	789
70/71	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CÉRVIX Y VULVA.	1.121
71.2	OPERACIONES SOBRE GLÁNDULA DE BARTHOLIN.	539
71.3	OTRA ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE VULVA Y PERINEO.	589
71.23	MARSUPIALIZACIÓN DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE).	789
71.24	ESCISIÓN U OTRA DESTRUCCIÓN DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE).	789
71.62	VULVECTOMÍA BILATERAL.	935
	PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS	
72	PARTO CON FORCEP-MANIOBRAS.	1.199
73	INDUCCIÓN AL PARTO.	760
73.51	PARTO GEMELAR Y-0 PODÁLICO.	1.199
73.59	PARTO NORMAL.	1.199
74.0	CESÁREA.	1.199
74.3	EMBARAZO ECTOPICO.	819
75	INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (I.V.E.).	444
	<12 SEM	290
	12.1-14 SEM	500
	14.1-16 SEM	570
	16.1-18 SEM	700
	18.1-20 SEM	975
	20.1-22 SEM	1.200
75.1	AMNIOCENTESIS CONTROLADA POR ECOGRAFÍA O BIOPSIA CORIAL.	353
75.33	CORDÓN UMBILICAL EXTRACCIÓN.	147
75.33	CORDÓN UMBILICAL EXTRACCIÓN+CONSERVACIÓN.	1.688
	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL APARATO MÚSCULO-ESQUELÉTICO	
76.2	ESCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIONES DE HUESO FACIAL.	426
76.39	SUBMAXILECTOMÍA.	623
76.6	OTRA REPARACIÓN DE HUESO FACIAL/CIRUGÍA ORTOGNÁTICA.	2.027
76.63	OSTEOTOMÍA MANDIBULAR.	1.584
76.66	OSTEOTOMÍA MAXILAR.	1.284
76.69	RECONSTRUCCIÓN PARTES ÓSEAS Y BLANDAS.	2.790
76.69	RECONSTRUCCIÓN PARTES BLANDAS.	961
76.7	REDUCCIÓN ABIERTA.	1.013
76.7	DISECCIÓN CUELLO 1.º	1.052
76.7	DISECCIÓN CUELLO 2.º	1.055
76.7	DISECCIÓN CUELLO 3.º	1.110
76.76	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE MANDÍBULA.	1.016
76.9	OPERACIONES SOBRE HUESO Y ARTICULACIONES FACIALES.	869
76.97	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA DE HUESO FACIAL.	838
76.99	BLOQUEO INTERMAXILAR.	666
77.1	OTRA INCISIÓN DE HUESO SIN DIVISIÓN.	606
77.14	OTRA INCISIÓN DE HUESO SIN DIVISIÓN CARPIANOS Y METACARPIANO.	868
77.20	OSTEOTOMÍA EN CUÑA.	1.737
77.23	OSTEOTOMÍA EN CUÑA RADIO Y CUBITO.	1.195
77.25	OSTEOTOMÍA EN CUÑA - FÉMUR.	1.737
77.27	OSTEOTOMÍA EN CUÑA - TIBIA Y PERONÉ.	1.737
77.28	OSTEOTOMÍA EN CUÑA-TARSIANOS Y METATARSIANOS.	813
77.29	OSTEOTOMÍA EN CUÑA-OTRO.	813
77.33	OSTEOARTROTOMÍA DE RADIO Y CÚBICO.	960
77.34	OSTEOARTROTOMÍA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS.	831
77.35	OSTEOARTROTOMÍA DE FÉMUR.	1.737
77.36	OSTEOARTROTOMÍA DE RÓTULA.	1.243
77.37	OSTEOARTROTOMÍA DE TIBIA Y PERONÉ.	1.737
77.38	OSTEOARTROTOMÍA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS.	861

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
77.4	BIOPSIAS DE HUESO.	511
77.51	BURSECT.CON CORRECCIÓN DE TEJIDO BLANDO Y OSTEOTOMÍA DEL 1ER METATARSIANO / BUNIONECTOMÍA CON CORRECCIÓN DE TEJIDO BLANDO.	723
77.54	ESCISIÓN DE HALLUX-VALGUS / ESCISIÓN O CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS-UNIL.	796
77.56	REPARACIÓN DE DEDO DEL PIE EN MARTILLO.	733
77.57	REPARACIÓN DE DEDO DEL PIE EN GARRA.	733
77.58	OTRA ESCISIÓN, FUSIÓN Y REPARACIÓN DE DEDOS DE LOS PIES.	724
77.59	OTRA BUNIONECTOMÍA.	643
77.6	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE HUESO.	606
77.65	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE HUESO DE FÉMUR.	1.073
77.68	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO HUESOS TARSIANOS Y METATARSIANOS.	957
77.69	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO OTRO HUESO NCOC.	1.227
77.7	ESCISIÓN HUESO PARA INJERTO.	606
77.81	DESCOMPRESIÓN SUBACROMIAL DE HOMBRO.	1.560
77.83	OSTECTOMÍA PARCIAL - RADIO Y CÚBITO.	813
77.84	OSTECTOMÍA PARCIAL - CARPIANOS Y METACARPIANOS.	813
77.85	OSTECTOMÍA PARCIAL - FÉMUR.	813
77.86	OSTECTOMÍA PARCIAL - RÓTULA.	1.243
77.87	OTRA OSTECTOMÍA TIBIA Y PERONÉ.	1.737
77.88	OSTECTOMÍA PARCIAL - TARSIANOS Y METATARSIANOS.	813
78.0	OTRAS OPERACIONES DE HUESOS/INJERTO SITIO NO ESPECIFICADO.	813
	PROC. EXTR. INFERIOR Y HÚMERO EXC. CADERA, PIE, FÉMUR EDAD>17 SIN CC.	1.397
	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE.	1.412
	PROC. HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO, EXC. PROC. MAYOR DE ARTICULACIÓN SIN CC.	1.849
78.35	PROCEDIMIENTOS DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES - FÉMUR.	1.737
78.37	PROCEDIMIENTOS DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES - TIBIA Y PERONÉ.	1.737
78.40	OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). FALANGES (PIE - MANO).	813
78.41	OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX [COSTILLAS Y ESTERNÓN].	1.737
78.42	OTRA REPARACION U OPERACIONES PLASTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). HÚMERO.	1.737
78.43	OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). RADIO Y CÚBITO.	813
78.44	OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). CARPIANOS Y METACARPIANOS.	813
	PROC. MAYOR SOBRE PULGAR O ARTICULACIÓN, U OTROS PROC. S. MANO O MUÑECA CON CC.	1.294
	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC. MAYORES S. ARTICULACIÓN SIN CC.	1.013
78.45	OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). FÉMUR.	1.737
78.46	OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). RÓTULA.	1.737
78.47	OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). TIBIA Y PERONÉ.	1.737
78.48	OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). TARSIANOS Y METATARSIANOS.	813
78.49	OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE EL HUESO (REPARACIÓN PSEUDOARTROSIS). HUESOS PELVIANOS - VÉRTEBRAS.	1.737
78.52	FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (HÚMERO).	1.737
78.53	FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (RADIO Y CÚBITO).	813
78.54	FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (CARPIANOS Y METACARPIANOS).	813
78.55	FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (FÉMUR).	1.737
78.56	FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (RÓTULA).	1.737
78.57	FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (TIBIA Y PERONÉ).	1.737
78.58	FIJACIÓN INTERNA DE HUESO (TARSIANOS Y METATARSIANOS).	813
78.6	EXTRACCIÓN MAYOR DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS.	643
78.60	EXTRACCIÓN MENOR DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS.	284
78.61	EXTRACCIÓN DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN ESCÁPULA. CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) / EMO MENOR.	598
78.62	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS - HÚMERO (EMO MAYOR).	643
78.63	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS - RADIO Y CÚBITO (EMO MENOR).	284
78.64	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS - CARPIANOS Y METACARPIANOS (EMO MENOR).	284
78.65	EXTRACCIÓN DISPOSITIVO IMPLANTADO FÉMUR / EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS - FÉMUR (EMO MAYOR).	786

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
78.66	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS - RÓTULA (EMO MENOR).	284
78.67	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS - TIBIA Y PERONÉ (EMO MAYOR).	643
78.68	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS - TARSIANOS Y METATARSIANOS (EMO MENOR).	284
78.69	EXTRACCIÓN DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN INTERNA EN COLUMNA.	851
79	OSTEOSÍNTESIS DE ROTULA.	1.025
79.01	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA HÚMERO.	884
79.02	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA CÚBITO Y RADIO.	655
79.03	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CARPIANO O METACARPIANO.	607
79.04	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE FALANGES.	607
79.05	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE FÉMUR / OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR CON ORTHOFIX.	1.327
79.05	OSTEOSÍNTESIS CADERA CON T. HOWSE.	3.271
79.06	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA TIBIA Y PERONÉ / OSTEOSÍNTESIS DE TIBIA CON ORTHOFIX.	1.056
79.12	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RADIO Y CÚBITO.	1.195
79.12	OSTEOS. CABEZA DE RADIO.	1.752
79.13	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN CARPIANO Y METACARPIANO.	868
79.14	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN FALANGES DE MANO.	868
79.21	REDUCCIÓN FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO.	1.761
79.21	OSTEOS. ACROMIO-CLAVICULAR.	1.477
79.22	REDUCCIÓN FRACTURA ABIERTA DE CÚBITO Y RADIO.	813
79.23	REDUCCIÓN FRACTURA ABIERTA CARPIANO O METACARPIANO.	813
79.24	REDUCCIÓN FRACTURA ABIERTA DE FALANGES.	813
79.25	REDUCCIÓN FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR.	1.737
79.25	OSTEOS. DE FEMUR CON KUNTSCHER.	874
79.25	OSTEOS. CAD. CON C. ENDER.	1.449
79.26	OSTEOS. DE TIBIA CON KUNTSCHER.	1.496
79.26	OSTEOS. MESETA TIBIAL.	903
79.36	REDUCC. FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJAC. INTERNA.	1.737
79.71	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE HOMBRO.	655
79.75	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE CADERA.	1.287
79.76	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE RODILLA.	615
79.78	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE PIE Y DEDO DE PIE.	516
79.81	REDUCCIÓN ABIERTA LUXACIÓN DE HOMBRO.	1.449
79.85	REDUCCIÓN ABIERTA LUXACIÓN DE CADERA.	1.737
79.86	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RODILLA.	1.737
79.87	OSTEOS. DE TOBILLO.	1.335
80.0	EXCISIÓN LOCAL Y ELIMINACIÓN DISP. FIJACIÓN INTERNA DE CADERA Y FÉMUR.	1.589
80.0	ESCISIÓN LOCAL Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO FIJACIÓN INTERNA EXCEPTO CADERA Y FÉMUR, SIN C C.	1.522
80.2	ARTROSCOPIA.	1.303
80.21	ARTROSCOPIA DE HOMBRO.	1.295
80.22	ARTROSCOPIA DE CODO.	971
80.23	ARTROSCOPIA DE MUÑECA.	1.108
80.24	ARTROSCOPIA DE MANO Y DEDO DE MANO.	691
80.25	ARTROSCOPIA DE CADERA.	1.156
80.26	ARTROSCOPIA DE RODILLA.	1.222
80.27	ARTROSCOPIA DE TOBILLO.	1.108
80.28	ARTROSCOPIA DE PIE Y DEDO DE PIE.	516
80.29	ARTROSCOPIA DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS.	1.142
80.4	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR.	1.119
80.48	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO DE ARTICULACIÓN DE PIE Y DEDOS DE PIE.	1.295
80.51	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL.	3.024
80.52	QUIMIONUCLEÓLISIS INTERVERTEBRAL.	2.359
80.54	REPARACIÓN DEL ANILLO FIBROSO CON INJERTO O PRÓTESIS.	3.024
80.59	OTRA REPARACIÓN DEL ANILLO FIBROSO.	3.024
80.6	ESCISIÓN DE CARTÍLAGO SEMILUNAR DE RODILLA / ESCISIÓN DE MENISCO DE RODILLA.	1.307
80.71	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO.	801
80.72	SINOVECTOMÍA DE CODO.	925
80.73	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA.	933
80.74	SINOVECTOMÍA DE MANO Y DEDO DE MANO.	743
80.75	SINOVECTOMÍA DE CADERA.	801
80.76	SINOVECTOMÍA DE RODILLA.	911
80.77	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO.	911
80.78	SINOVECTOMÍA (PIE Y DEDOS DEL PIE).	516

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
80.81	ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (HOMBRO).	516
80.82	ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (CODO).	516
80.83	ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (MUÑECA).	516
80.84	ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (MANO Y DEDO DE MANO).	516
80.85	ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (CADERA).	801
80.86	ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (RODILLA).	801
80.87	ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (TOBILLO).	516
80.88	ESCISIÓN TOTAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ARTICULACIÓN (PIE Y DEDOS DEL PIE).	516
81.00	ARTRODESIS VERTEBRAL.	3.322
81.01	ARTRODESIS A-0.	1.155
81.02	FIJACIÓN COLUMNA CERVICAL TIPO CASPAR.	1.437
81.11	ARTRODESIS Y ARTROERESIS DE PIE Y TOBILLO.	1.650
81.12	TRIPLE ARTRODESIS DE TOBILLO.	1.830
81.13	ARTRODESIS SUBASTRAGALINA.	1.226
81.15	FUSIÓN TARSOMETATARSIANA.	1.119
81.16	ARTRODESIS METATARSO- FALÁN G I CA.	1.155
81.17	OTRA FUSIÓN DE PIE.	1.119
81.18	ARTROEREISIS DE ARTICULACIÓN SUBASTRAGALINA.	1.155
81.2	ARTRODESIS.	2.448
81.21	ARTRODESIS DE CADERA.	1.658
81.22	ARTRODESIS DE RODILLA.	1.623
81.23	ARTRODESIS DE HOMBRO.	981
81.25	ARTRODESIS RADIOCARPIANA.	1.144
81.26	ARTRODESIS CARPOMETACARPIANA.	1.144
81.27	ARTRODESIS METACARPOFALÁNGICA.	1.144
81.28	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA.	868
81.29	ARTRODESIS DE OTRAS ARTICULACIONES ESPECIFICADAS.	1.119
81.44	ESTABILIZACIÓN DE ROTULA.	1.261
81.45	OTRA REPARACIÓN DE LOS LIGAMENTOS CRUZADOS.	1.458
81.47	OTRA REPARACIÓN DE RODILLA.	1.458
81.49	OTRA REPARACIÓN DE TOBILLO.	1.259
81.51	PROT. TOTAL AUTOBLOQ. CAD.	1.587
81.51	SUSTITUCIÓN TOTAL DE CADERA (PRÓTESIS NO INCLUIDA).	4.098
81.52	SUSTITUCIÓN PARCIAL DE CADERA (PRÓTESIS NO INCLUIDA).	4.098
81.52	OPERACIÓN DE GIRDLSTONE (EXT. CABEZA FÉMUR) (RESECCIÓN CABEZA FÉMUR).	1.548
81.53	RECAMBIO DE PRÓTESIS DE CADERA (PRÓTESIS NO INCLUIDA).	4.098
81.53	RECAMBIO PRÓTESIS CADERA.	2.723
81.53	RECAMBIO DE VÁSTAGO Y CABEZA.	1.614
81.54	SUSTITUCIÓN TOTAL DE RODILLA (PRÓTESIS NO INCLUIDA).	4.098
81.54	PROT. TOTAL ROTATORIA ROD.	1.661
81.54	PROT. TOTAL TACK DE ROD.	1.382
81.55	RECAMBIO DE SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS RODILLA (PRÓTESIS NO INCLUIDA).	4.098
81.57	SUSTITUCIÓN DE ARTICULACIÓN DE PIE Y DEDOS (PRÓTESIS NO INCLUIDA).	1.571
81.7	ARTROPLASTIA DE MANO, DEDO Y MUÑECA (PRÓTESIS NO INCLUIDA).	1.571
81.71	ARTROPLASTIA METACARPOFALÁNGICA E INTERFALÁNGICA CON IMPLANTE.	1.808
81.72	ARTROPLASTIA DE ARTICULACIONES METACARPOFALÁNGICA E INTERFALÁNGICA SIN IMPLANTE.	1.074
81.74	ARTROPLASTIA DE ARTICULACIONES CARPOCARPIANA Y TEACARPOFALÁNGICA CON IMPLANTE.	1.808
81.75	ARTROPLASTIA DE ARTICULACIONES CARPOCARPIANA Y METACARPOFALÁNGICA SIN IMPLANTE.	1.074
81.80	SUSTITUCIÓN TOTAL DE HOMBRO (PRÓTESIS NO INCLUIDA).	4.098
81.81	SUSTITUCIÓN PARCIAL DE HOMBRO (PRÓTESIS NO INCLUIDA).	4.098
81.82	REPARACIÓN DE LUXACIÓN FRECUENTE DE HOMBRO / REPARACIÓN LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO.	1.627
81.83	OTRA REPARACIÓN DE HOMBRO.	1.203
81.84	ARTROPLASTIA DE CODO (PRÓTESIS NO INCLUIDA).	4.098
81.85	OTRA REPARACION DE CODO (PROTESIS NO INCLUIDA).	1.449
81.93	SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE EXTREMIDAD SUPERIOR.	1.195
81.95	SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE OTRA EXTREMIDAD INFERIOR.	516
81.96	OTRA REPARACIÓN DE ARTICULACIÓN.	516
82.01	EXPLORACIÓN VAINA DE TENDÓN DE MANO.	508
82.11	TENOTOMÍA DE MANO (PLASTIA RIZARTROSIS).	979
82.12	FASCIOTOMÍA DE MANO.	508
82.21	EXCISIÓN DE LESIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO / GANGLIONECTOMÍA.	441
82.22	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO DE MANO.	333

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
82.29	ESCISIÓN DE OTRA LESIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO.	568
82.31	BURSECTOMÍA DE MANO.	508
82.33	OTRA TENDONECTOMÍA DE MANO.	508
82.35	OTRA FASCIECTOMÍA DE MANO / LIBERACIÓN DUPUYTREN.	737
82.39	OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO.	568
82.4	SUTURA DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA DE MANO.	1.008
82.8	OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE MANO.	1.008
82.91	LISIS DE ADHERENCIAS DE MANO / DEDO RESORTE-GATILLO.	516
83.0	INCIS. DE MÚSC., TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVI. (SALVO MANO).	502
83.1	DIVISIÓN DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA.	508
83.11	AQUILETENOTOMÍA.	918
83.12	TENOTOMÍA DE ADDUCTOR DE CADERA.	767
83.13	OTRA TENOTOMÍA.	641
83.14	FASCIOTOMÍA.	918
83.21	BIOPSIAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO.	2.026
83.29	OTROS DIAGNÓSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO.	1.775
83.39	ESCISIÓN DE LESIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO / (QUISTE DE BAKER).	568
83.44	OTRA FASCIECTOMÍA.	544
83.49	OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO.	508
	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC.	987
83.5	BURSECTOMÍA.	569
83.63	REPARACIÓN DE MANGUITO DE LOS ROTADORES.	1.570
83.64	SUTURA DE TENDÓN.	801
83.65	OTRA SUTURA DE MÚSCULO O FASCIA.	502
83.76	OTRA TRASPOSICIÓN DE TENDÓN.	801
83.81	INJERTO TENDÓN.	1.207
83.83	RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DE TENDÓN.	1.207
83.85	OTRO CAMBIO EN LONGITUD DE MÚSCULO O TENDÓN.	663
83.87	OTROS TRASTORNOS DE MÚSCULO/LIGAMENTOS.	508
83.88	LIBERACIÓN DEL TÚNEL CARPIANO /REPARACIÓN TENDINOSA MANO.	516
83.89	OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE FASCIA.	783
83.9	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE S.MUSCULOESQUELÉTICO Y T.CONECTIVO SIN CC.	1.288
83.91	LISIS DE ADHESIONES DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL.	605
83.99	OTRAS OPERACIONES SOBRE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL.	783
83.99	OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS SOBRE FASCIA.	508
81.0	AMPUTACIONES MIEMBRO SUPERIOR.	1.752
84.01	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDO DE MANO.	702
84.02	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDO PULGAR.	799
84.1	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR.	1.752
84.11	AMPUTACIÓN DE DEDO DE PIE.	793
84.17	AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE LA RODILLA.	1.752
84.3	REVISIÓN DE MUÑÓN DE AMPUTACIÓN.	709
	OPERACIONES SOBRE EL APARATO TEGUMENTARIO	
85.11	BIOPSIA DE MAMA DIRIGIDA POR ARPÓN.	204
85.11	BIOPSIA DE MAMA DIRIGIDA POR ESTEROTAXIA.	605
85.12	BIOPSIA DE MAMA Y EXCISIÓN LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO.	843
85.19	PROC. SOBRE MAMA POR PROCESO NO MALIGNO EXCEPTO BIOPSIA Y EXCISIÓN LOCAL.	1.433
85.21	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA LESIÓN MENOR.	537
85.22	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA.	836
85.24	Escisión de tejido mamario ectópico.	836
85.25	Escisión de pezón.	836
85.31	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN UNILATERAL.	1.355
85.32	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN BILATERAL.	1.831
85.41	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL.	1.103
85.42	MASTECTOMÍA TOTAL BILATERAL.	1.623
85.53	IMPLANTE MAMARIO UNILATERAL.	1.100
85.54	IMPLANTE MAMARIO BILATERAL.	1.688
85.6	MASTOPEXIA.	1.078
85.7	RECONSTRUCCIÓN TOTAL DE MAMA.	2.529
85.70	RECONSTRUCCIÓN E INJERTO.	468
85.81	EXCISIÓN Y SUTURA DIRECTA.	366
85.82	INJERTO LIBRE.	432
85.84	COLGAJO SOBRE LA MAMA.	917
85.84	COLGAJO MICROQUIRÚRGICO.	2.353
85.84	PLASTIA CON COLGAJO.	712
85.85	COLGAJO M'O-CUTÁNEO.	1.109

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Cie-9	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	Tarifa - Euros
85.87	OTRA REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN.	1.033
85.89	EXCISIÓN Y PLASTIA CON COLGAJO 1.ª	371
85.89	DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO.	838
85.91	ASPIRACIÓN DE MAMA.	1.078
85.93	REVISIÓN DE IMPLANTE DE MAMA.	1.100
85.94	EXTRACCIÓN DE IMPLANTE DE MAMA.	684
85.95	INSERCIÓN DE EXPANSOR DEL TEJIDO MAMARIO.	1.016
85.96	EXTRACCIÓN DE EXPANSOR DE TEJIDO MAMARIO.	917
85.99	OTRA OPERACIÓN SOBRE MAMA NCOC.	585
86.0	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC.	963
86.1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, SUBCUTÁNEO Y MAMA SIN CC.	1.160
86.04	OTRA INCISIÓN CON DRENAJE DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO.	567
86.05	INCISIÓN CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O DISPOSITIVO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO.	153
86.06	INSERCIÓN DE BOMBA INFUSORA TOTALMENTE IMPLANTABLE.	996
86.07	INSERCIÓN DISPOSITIVO DE ACCESO VASCULAR TOTALMENTE IMPLANTABLE.	725
86.2	EXTIRPACIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO(LIPOMAS).	317
86.21	ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL.	664
86.23	EXTRACCIÓN UÑA, LECHO O PLIEGUE UÑA.	153
86.24	QUIMIOCRURÍA DE PIEL.	783
86.26	LIGADURA DE APÉNDICE DÉRMICO/DEDO SUPERNUMERARIO.	700
86.3	OTRA EXTIRPACIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO.	153
86.4	ESCISIÓN RADICAL DE LESIÓN MALIGNA CUTÁNEA.	517
86.60	INJERTO CUTÁNEO LIBRE.	539
86.62	OTRO INJERTO CUTÁNEO A MANO.	1.195
86.70	INJERTO PEDÍCULOS Y COLGAJOS. CIRUGÍA PLÁSTICA.	1.332
86.83 A	OPERACIÓN PLÁSTICA DE REDUCCIÓN DE TAMAÑO / LIPECTOMÍA.	1.660
86.84	RELAJACIÓN DE CICATRIZ O DE CONTRACTURA RETICULADA DE PIEL PLASTIA DE PIEL.	948
86.85	CORRECCIÓN DE SINDACTILIA.	903
86.89	OTRA REPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO.	539
	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS	
87.82	HISTEROSALPINGOGRAFÍA.	112
89.17	POLISOMNOGRAFÍA.	695
89.50	IMPLANTACIÓN HOLTHER SUBCUTÁNEO.	1.813
93.26	LIBERACIÓN MANUAL DE ADHERENCIAS ARTICULARES.	516
96.23	DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL.	500
98.0	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TUBO DIGESTIVO.	1.889
98.14	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO TRAQUOBRONQUIAL.	1.960
98.52	LITOTRIZIA RENAL EXTRACORPÓREA.	1.143
	TRATAMIENTO CÁMARA HIPERBÁRICA	2.429
	CÁPSULA ENDOSCÓPICA	976
	HISTEROSONOGRFÍA	139
	ANALGESIA EPIDURAL	86
	ATENCIÓN AMENAZA PARTO PREMAT	374
	FECUNDACIÓN IN VITRO	3.448
	INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI)	1.233
	MICROINYECCIÓN	1.140
	TRANSFERENCIA DE CONGELADOS	1.140
	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMOTOPOYÉTICOS	2.592
	TRAST. MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PROCEDIMIENTO	2.200
	PROC. QUIRÚRGICO CONO DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	1.083

Especificaciones para la valoración del reembolso.

1. Primera consulta.

Es aquella visita inicial consistente en el acto médico realizado en un local de consultas, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente con base en la anamnesis y la exploración física.

2. Consulta sucesiva.

Es aquella que se derive de una primera consulta y todas las que se generen como revisión o seguimiento de una consulta anterior. Por tanto, tendrán consideración de consulta sucesiva todas las revisiones determinadas por decisión del médico, para la atención y seguimiento del mismo proceso, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas.

3. Consulta con pruebas complementarias.

Es aquella en la que se ocasiona la necesidad de técnicas auxiliares no complejas. El precio asignado a la consulta incluye, por tanto, el de todas las pruebas diagnósticas básicas que pudieran haberse requerido, tales como analíticas, citología básica, radiología simple, ECG, ecografía, graduación óptica, etc., con independencia de que se realicen en otra fecha y en un centro específico diferente.

4. Atención domiciliaria.

Es aquella a cargo de un médico o profesional de enfermería que precisen su desplazamiento al domicilio del paciente.

5. Importe reembolsable en los casos de urgencias no ingresadas.

El importe fijado como límite reembolsable incluye todas las actuaciones que se realicen por el Servicio de Urgencias y aquellas pruebas diagnósticas básicas (analítica, radiología simple, ecografía, ECG, etc).

6. Importe reembolsable en los tratamientos de hemodiálisis en régimen ambulatorio.

Para los tratamientos a pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a programas de diálisis en régimen ambulatorio o en hospital de día, el importe que se establece como límite reembolsable comprende los procedimientos básicos de diagnóstico, así como las transfusiones necesarias y el coste de la eritropoyetina.

7. Importe reembolsable en los tratamientos de radioterapia y braquiterapia.

El límite del importe reembolsable comprende todo el proceso, desde la primera consulta hasta el alta del paciente o finalización del tratamiento, incluyendo la primera visita, la planificación del tratamiento, dosimetría física y verificación del tratamiento.

En tratamientos de Radioterapia se consideran cinco niveles de complejidad en función de las indicaciones de tratamiento, consumo previsible de recursos y equipamiento tecnológico requerido, para los que se fijan diferentes importes máximos reembolsables.

8. Asistencia en régimen de hospitalización con internamiento.

Es aquella que se presta en régimen de internamiento que implica que el paciente tenga que pernoctar en el hospital, bajo orden de ingreso del facultativo responsable.

Para determinar el límite reembolsable tendrá en cuenta el número de estancias causadas.

A estos efectos se entenderá por «día de estancia», la pernocta en el centro sanitario cuando se haga efectiva asimismo, como mínimo, una de las comidas principales (almuerzo o cena) por el paciente ingresado.

9. Procedimientos Quirúrgicos. Cirugía mayor.

Son aquellos realizados en quirófano, indistintamente del tipo de anestesia aplicada, y que pueden llevarse a cabo en régimen ambulatorio o con internamiento hospitalario.

Cuando se realicen en régimen ambulatorio, el límite para el reembolso será el que se establece para el correspondiente Procedimiento Quirúrgico, que comprende la asistencia médica, los cuidados de enfermería, curas, medicación, alimentación, cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y las prótesis o implantes quirúrgicos (con la excepción de las prótesis vasculares). Si se requiere la hospitalización del paciente, el límite reembolsable se determinará teniendo en cuenta el que se fija para el procedimiento más el de las estancias hospitalarias causadas hasta el alta hospitalaria.

Este texto consolidado no tiene valor jurídico.
Más información en info@boe.es