

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE DEFENSA

2177 *Resolución 4B0/38026/2014, de 19 de febrero, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se regula la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional.*

El Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, establece en su artículo 13 el contenido de la asistencia sanitaria de este régimen especial, que se desarrolla en el capítulo V de su Reglamento General, aprobado por Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre.

El artículo 66 del citado Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas contempla la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional, en determinados supuestos, facultándose al Secretario General Gerente del ISFAS para desarrollar normas reguladoras en este ámbito y, atendiendo a esta previsión, por Resolución 4B0/06269/2010, de 20 de abril, de la Gerencia del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, se reguló asistencia sanitaria fuera del territorio nacional.

La Directiva 2011/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, establece reglas para facilitar el acceso a una asistencia transfronteriza segura y de alta calidad, con pleno respeto a las competencias nacionales en la organización y prestación de la asistencia sanitaria.

El 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 y órdenes de dispensación, viene a completar la trasposición de la citada Directiva al ordenamiento jurídico español, determinando que el ISFAS será competente exclusivamente en los procedimientos relativos a asistencia transfronteriza de los titulares y beneficiarios adscritos a la modalidad de asistencia concertada con Entidades de Seguro o al régimen de colaboración concertada con la Sanidad Militar.

La regulación de la asistencia sanitaria de titulares y beneficiarios del ISFAS fuera del territorio nacional debe adaptarse a este nuevo contexto y, con este objeto, en el ejercicio de las competencias atribuidas por el artículo 18 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre, dispongo:

1. *Normas generales. Objeto*

La creciente movilidad de los titulares y beneficiarios del ISFAS fuera del territorio nacional, justifica un sistema de prestaciones para atender la asistencia sanitaria que puedan precisar durante su estancia en el extranjero, cuya extensión y contenido deben tener en cuenta el ámbito territorial del desplazamiento, así como las razones o circunstancias que lo motiven, personales o profesionales, considerándose, por tanto, los siguientes supuestos:

- a) Destino o comisión de servicio en el extranjero.
- b) Desplazamiento temporal en el extranjero por razones privadas.
- c) Residencia habitual en el extranjero, por razones privadas.

La presente Resolución tiene por objeto regular las prestaciones del ISFAS por asistencia sanitaria fuera del territorio nacional, atendiendo a las especificidades del colectivo protegido por el régimen especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

Al mismo tiempo se desarrollan los procedimientos relativos a asistencia transfronteriza de los titulares y beneficiarios adscritos a la modalidad de asistencia concertada con Entidades de Seguro y al régimen de colaboración concertada con la Sanidad Militar, únicos en los que será competente el ISFAS, conforme a lo previsto 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 y órdenes de dispensación.

De conformidad con lo establecido en la Disposición adicional quinta de la Ley 39/2007, de 18 de marzo, de la carrera militar, y en el artículo 96 de la Ley 42/1999, de 19 de noviembre, de Régimen de Personal de la Guardia Civil, queda excluida del ámbito de cobertura regulado en esta Resolución, la asistencia sanitaria que se preste a contingentes militares españoles destacados en misiones internacionales, formando parte de fuerzas expedicionarias o participando en ejercicios tácticos, así como cualquier otra atención que se desarrolle en el ámbito logístico-operativo, que corresponde a la Sanidad Militar.

Asimismo quedan excluidos del ámbito de aplicación de la presente Resolución los cuidados de larga duración, la asignación y trasplante de órganos, así como los programas de vacunación en el ámbito de los programas de salud pública del país de estancia.

2. Destino o comisión de servicio en el extranjero

2.1 Contenido general de la prestación.

Los titulares y sus beneficiarios tendrán derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria que precisen durante su estancia en el país de destino o en el que se desempeñe la comisión de servicio por causa de enfermedad, accidente, embarazo o parto, con libertad de elección de servicios y, en general, por el procedimiento de reintegro de gastos, en los términos previstos en la presente Resolución.

La asistencia sanitaria tendrá un contenido similar al que se otorga en territorio nacional, delimitado por la Cartera común de Servicios del Sistema Nacional de Salud, prevista en el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su desarrollo reglamentario y en las disposiciones específicas aplicables en el Régimen Especial de las Fuerzas Armadas y comprenderá:

A) Los servicios de atención primaria y la atención especializada, en régimen ambulatorio y de hospitalización, incluidos los servicios de urgencia hospitalarios, con un contenido análogo al que se recoge en la Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el transporte sanitario urgente.

B) La dispensación de los medicamentos y demás productos farmacéuticos aplicados en régimen de internamiento hospitalario.

C) El coste de los medicamentos y demás productos farmacéuticos que sean financiados por el Sistema Nacional de Salud en España y dispensados en régimen ambulatorio, menos la cantidad que hubiera correspondido aportar al titular de acuerdo con el régimen de la prestación farmacéutica en el territorio nacional que, con carácter general, es el 30% del importe abonado.

D) La prestación con productos dietéticos para el tratamiento de pacientes en régimen ambulatorio, en los límites y condiciones establecidos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, por lo que se atenderá el coste facturado por los productos que sean objeto de la prestación.

E) El transporte sanitario no urgente, cuando se hubiera establecido la indicación por un médico y su finalidad sea la de recibir asistencia sanitaria en el centro más próximo donde pueda ser atendido el beneficiario.

En ningún caso serán objeto de cobertura los traslados de ámbito internacional ni gastos de acompañantes.

F) Las ayudas económicas que correspondan para prótesis, órtesis y otras prestaciones sanitarias complementarias, con el contenido y límites establecidos en su regulación específica.

G) Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación del Sistema Nacional de Salud.

No serán objeto de cobertura otras vacunaciones incluidas en los programas de prevención o salud pública en el país de estancia.

No obstante, cuando el titular tuviera algún seguro o sistema de protección cuya cobertura alcance la asistencia sanitaria, únicamente se atenderá el reintegro de los gastos no atendidos por el mismo.

Para la asistencia sanitaria en España, los titulares destinados o en comisión de servicio en el extranjero mantendrán los servicios asignados que les corresponda, en función de la modalidad asistencial a la que estuvieran adscritos antes de su salida del territorio nacional, con la salvedad prevista en el apartado 2.3.2.

2.2 Destino o Comisión de Servicios en países miembros de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo (EEE) y en Suiza.

En caso de estancia en países miembros de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) y en Suiza, los titulares y sus beneficiarios podrán optar por acogerse al régimen de prestaciones desarrollado en el apartado 2.1. precedente, durante el tiempo que se prolongue el destino o la comisión de servicio, o bien solicitar la Tarjeta Sanitaria Europea y hacer uso de ella.

En este último supuesto, cuando en el sistema de seguridad social del país de estancia se exijan copagos, podrá solicitarse su reembolso a cargo del ISFAS exclusivamente por asistencia primaria, atención especializada, servicios de urgencia, prestaciones ortoprotésicas y prestaciones complementarias amparadas en territorio nacional, en los límites y condiciones establecidos en su normativa reguladora.

Las condiciones de expedición y uso de la Tarjeta Sanitaria Europea se ajustarán a lo dispuesto en el apartado 8.

2.3 Destino o Comisión de Servicios fuera del ámbito de la Unión Europea.

2.3.1 Condiciones generales.

Durante los primeros cinco años de estancia en países que no sean miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo ni Suiza, será aplicable lo dispuesto en el apartado 2.1.

Cuando el destino se prolongue más de cinco años, los titulares deberán suscribir un seguro de asistencia sanitaria para su protección y la de sus beneficiarios, con una extensión y contenido similares, en lo posible, a los del sistema de protección que disfrute la población general del país de destino o, en su caso, el personal contratado al servicio de la Agregaduría de Defensa en ese país. En este supuesto, las prestaciones a cargo del ISFAS por la asistencia del titular y sus beneficiarios en el país de destino se limitarán al pago de las cuotas correspondientes a la póliza del seguro.

Si el titular no suscribe un seguro de asistencia sanitaria, a partir de la fecha en que concluya el plazo señalado al efecto, únicamente se atenderán los gastos que se deriven de las prestaciones detalladas en el apartado 2.1, con un límite de 5.520 euros/año por persona.

Además, el titular y sus beneficiarios serán adscritos a la Modalidad D0, «sin adscripción».

No obstante, cuando algún beneficiario permanezca en España, por razones de estudios u otras circunstancias excepcionales, que habrán de acreditarse, a petición del titular, podrá autorizarse su adscripción a otra modalidad asistencial, durante un periodo de hasta 12 meses, prorrogable. La solicitud dará lugar a un procedimiento de cambio extraordinario de Modalidad Asistencial.

2.3.2 Procedimiento para la efectividad de la prestación.

A) Cuando la estancia fuera del ámbito señalado supere los cinco años, el ISFAS notificará esta circunstancia al titular, al objeto de que en el plazo de seis meses suscriba una póliza de Seguro Sanitario, advirtiéndole que, una vez concluido este plazo, sólo se atenderán los gastos que pudieran producirse por su asistencia o la de sus beneficiarios hasta un límite de 5.520 euros por persona cada año natural, y que su Modalidad asistencial en España pasará a ser D0 «sin adscripción».

El cómputo del periodo de estancia se valorará, teniendo en cuenta la fecha de la disposición por la que el titular hubiera sido destinado en un Estado fuera del ámbito de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) o Suiza.

B) Para la formalización del seguro podrá recabarse el apoyo de la Agregaduría de Defensa o de la Sección Económico-Administrativa (SEA) de la que dependa el titular.

Una vez formalizado el seguro de asistencia sanitaria, se remitirá una copia del contrato a la Subdirección de Prestaciones del ISFAS. Si el contrato no estuviera redactado en español, inglés o francés, deberá acompañarse de la traducción simple de los apartados en los que se regulen las prestaciones cubiertas y las cuotas a abonar.

El importe máximo que se atenderá por esta prestación será de 460 euros por persona y mes para Estados Unidos y de 350 euros por persona y mes para otros países. En el caso de que el titular tuviera algún beneficiario a su cargo, con una edad superior a los 65 años, el importe máximo de la prestación se incrementará en un 30%.

Los límites establecidos podrán actualizarse por Resolución de la Gerencia del ISFAS.

C) El titular podrá solicitar el reembolso de las cuotas mensuales que previamente haya abonado por el Seguro, mediante escrito formulario al que adjuntará las correspondientes facturas o recibos (documentos originales).

En los supuestos de estancias prolongadas en que no se hubiera suscrito un seguro de asistencia sanitaria, el titular podrá solicitar la compensación de gastos asistenciales, en los límites fijados, conforme al procedimiento general establecido en el apartado 7.

2.3.3 Asistencia en territorio nacional.

Cuando los titulares y beneficiarios que se encuentren en esta situación y adscritos a la Modalidad D0, se desplacen temporalmente a territorio nacional, la asistencia que precisen se dispensará a través de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. A tal efecto, por la Delegación del ISFAS correspondiente al lugar de estancia se facilitará un documento de desplazado que permitirá acreditar el derecho a la cobertura de la asistencia a cargo del ISFAS.

Asimismo, los titulares y beneficiarios tendrán acceso al resto de las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios del ISFAS por contingencias ocurridas durante la estancia en España.

3. Desplazamiento temporal en el extranjero por razones privadas

3.1 Condiciones generales.

A) Con carácter general, se atenderá la cobertura de la asistencia sanitaria urgente o de carácter inmediato durante desplazamientos en el extranjero, con libertad de elección de servicios, salvo en los siguientes supuestos:

Cuando se estime que hubiera existido un propósito intencionado de eludir los medios concertados por el ISFAS, efectuando o aprovechando el desplazamiento para utilizar medios ajenos a los que correspondan de acuerdo con la normativa vigente, teniendo en cuenta la patología y las circunstancias que concurran.

Cuando la asistencia esté cubierta por un seguro de cualquier tipo.

B) Serán objeto de cobertura las prestaciones de asistencia sanitaria, que se precisen, desde un punto de vista médico, para evitar que una persona asegurada se vea obligada a regresar antes del final de la estancia prevista, con el fin de someterse al tratamiento necesario, incluyendo:

La asistencia médica, hospitalizaciones quirúrgicas y no quirúrgicas y cualquier otro servicio de estancia y tratamiento en Centro Sanitario con un contenido equivalente al que se prestaría en España, incluyendo el transporte sanitario urgente.

El transporte sanitario no urgente, con los límites y condiciones previstos en el apartado 2.1.E).

El coste total de los medicamentos y demás productos farmacéuticos aplicados en régimen de hospitalización.

El 70% del coste de los medicamentos y demás productos farmacéuticos que sean objeto de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud en España, dispensados en régimen ambulatorio.

Las ayudas económicas que correspondan por prestaciones ortoprotésicas y otras prestaciones sanitarias complementarias incluidas en la Cartera de Servicios del ISFAS, con el contenido y límites establecidos en su regulación específica.

C) El periodo de cobertura se extenderá a un máximo de seis meses. No obstante, en caso de desplazamientos temporales para cursar estudios, a petición del titular, podrá autorizarse la extensión del periodo de cobertura, debiendo acreditarse documentalmente el motivo de la estancia, en el momento de solicitar el reintegro de gastos.

3.2 Desplazamientos temporales a países miembros de la Unión Europea, del EEE o a Suiza.

En caso de desplazamientos a países miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) o a Suiza, los titulares y sus beneficiarios podrán optar por el régimen de la prestación gestionada directamente por el ISFAS, en las condiciones previstas en el apartado 3.1, o hacer uso de la Tarjeta Sanitaria Europea que les permitirá acceder a la asistencia sanitaria que precisen a través del sistema de sanidad pública del país de estancia.

Las condiciones de expedición y uso de la Tarjeta Sanitaria Europea se ajustarán a lo dispuesto en el apartado 8.

Cuando en el sistema de seguridad social del país de estancia se exijan copagos, podrá solicitarse su reembolso a cargo del ISFAS, exclusivamente en caso de prestaciones por asistencia primaria, atención especializada y servicios de urgencia.

3.3 Desplazamientos temporales a países fuera del ámbito de la Unión Europea.

En el caso de desplazamientos temporales fuera del ámbito de la Unión Europea, se atenderá el abono de los gastos que se facturen por la asistencia médica urgente o de carácter inmediato prestada al beneficiario siempre que su importe sea inferior a 30.000 euros. Cuando el coste facturado por todos los conceptos fuera superior, se reconocerá una prestación por este importe o por el que resulte de aplicar las tarifas para reembolso recogidas en el Anexo 3, si fuera mayor.

3.4 Desplazamiento por agrupación.

Cuando un titular se desplace al país donde el cónyuge, o persona con la que mantenga relación de pareja estable, se encuentre destinado o en comisión de servicio, y siempre que éste tenga a su vez la condición de titular del ISFAS, será aplicable lo dispuesto en el apartado 2, asimilándose su situación a la del titular destinado o en comisión de servicios.

4. Gastos por repatriación

Con carácter excepcional, en caso de enfermedad o accidente surgidos durante la estancia en el extranjero, que hagan necesaria una hospitalización prolongada, superior a 30 días, podrá atenderse la cobertura del traslado del beneficiario, en transporte sanitario, a servicios hospitalarios asignados en territorio nacional.

La solicitud se acompañará de un informe médico del centro hospitalario, en el que se hará constar que la situación del paciente es estable y permite el traslado.

5. Residencia habitual en el extranjero

5.1 Consideraciones generales.

Los asegurados que fijen su residencia habitual en el extranjero deberán comunicar a la Delegación del ISFAS que corresponda, su nuevo domicilio, a fin de que se proceda a modificar su Modalidad asistencial en España que pasará a ser D0 «sin adscripción». El derecho a las correspondientes prestaciones nacerá en la fecha en que se realice esta notificación.

Cuando el titular o sus beneficiarios se desplacen temporalmente a territorio nacional, la asistencia sanitaria que precisen se dispensará a través de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Por la Delegación del ISFAS correspondiente al lugar de estancia, se facilitará al interesado el documento que le permitirá acreditar su derecho a la cobertura de la asistencia a cargo del ISFAS, como beneficiario en situación de desplazado.

5.2 Residencia habitual en países de la Unión Europea.

En los casos en que el titular y sus beneficiarios fijen su residencia en un país miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) o en Suiza, se atenderá la asistencia sanitaria que precisen por enfermedad, accidente y maternidad en el país de residencia, con el contenido detallado en el apartado 2.1.

5.3 Residencia habitual fuera del ámbito de la Unión Europea.

Los asegurados que fijen su residencia fuera del ámbito señalado en el apartado anterior, tendrán derecho a percibir una ayuda económica para atender la cobertura de las prestaciones de asistencia sanitaria que puedan precisar mediante la suscripción de una póliza de seguro sanitario, sin que puedan atenderse otros gastos por prestaciones de cualquier tipo.

El importe de dicha ayuda tendrá un límite equivalente al precio que por persona y año deba abonar el ISFAS a las entidades de Seguro que hubieran suscrito concierto para la asistencia de titulares y beneficiarios del ISFAS en España.

En aquellos casos en que, excepcionalmente, no fuera posible formalizar una póliza de seguro sanitario podrá reconocerse una ayuda económica para compensar los gastos derivados de cualquier prestación de asistencia sanitaria facilitada al titular o a sus beneficiarios, siempre que esté incluida en la Cartera de Servicios de Asistencia Sanitaria del ISFAS. El importe de la ayuda no podrá exceder el límite por persona al que se refiere el párrafo anterior.

El derecho a la prestación económica regulada en el presente apartado surgirá a partir del día primero del mes siguiente a la fecha en que el afiliado haya puesto en conocimiento de la correspondiente Delegación del ISFAS su nueva residencia en el extranjero y quede adscrito a la modalidad asistencial D0.

A partir de uno de enero de cada año, el titular podrá solicitar el abono de la ayuda correspondiente a los meses del año concluido el 31 de diciembre inmediatamente anterior.

6. Asistencia sanitaria transfronteriza

6.1 Consideraciones generales.

La Directiva 2011/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, regula el reembolso de los gastos ocasionados al recibir atención o tratamiento en otro Estado miembro de la Unión Europea, estableciéndose en el 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 y órdenes de dispensación, los límites y condiciones en que se hará efectivo el reembolso.

Todas las previsiones respecto a la asistencia sanitaria transfronteriza en los Estados miembros de la Unión Europea, se entenderán aplicables a los Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, a partir del momento en que se adopten los instrumentos jurídicos correspondientes para la aplicación de la Directiva 2011/24/UE en ese ámbito.

Los gastos derivados de la asistencia sanitaria que se preste en otro Estado miembro serán costeados por el titular o beneficiario, pudiendo ser objeto de reembolso de acuerdo con las condiciones y requisitos previstos en esta Resolución.

6.2 Ámbito de aplicación.

El ISFAS será competente exclusivamente en los procedimientos relativos a asistencia transfronteriza de los titulares y beneficiarios adscritos a la modalidad de asistencia concertada con Entidades de Seguro o al régimen de colaboración concertada con la Sanidad Militar.

Conforme se establece en la Disposición adicional tercera del citado Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, las Comunidades Autónomas y el INGESA serán las administraciones competentes en los procedimientos relativos a la asistencia transfronteriza de las personas titulares o beneficiarias del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas adscritos a sus servicios de salud por el procedimiento establecido.

Por tanto, en estos supuestos, tanto el derecho al reembolso por asistencia sanitaria transfronteriza como, en su caso, la correspondiente autorización previa, se solicitarán al Servicio de Salud de la correspondiente Comunidad Autónoma o al INGESA en Ceuta y Melilla, con sujeción a las normas que se establezcan para el resto de asegurados y beneficiarios del Instituto Nacional de la Seguridad Social, no siendo aplicable lo dispuesto sobre esta materia en la presente Resolución.

6.3 Contenido.

La asistencia sanitaria transfronteriza es aquella que se recibe cuando el beneficiario decide acudir a servicios ubicados en otro Estado miembro de la Unión Europea. Por tanto, no incluye los supuestos de destino o estancia temporal en que, por razones médicas, el beneficiario haya recibido asistencia sanitaria.

Cuando un beneficiario decida acudir a servicios ubicados en otro Estado miembro de la Unión Europea para recibir asistencia sanitaria transfronteriza, tendrá derecho al reembolso de los gastos ocasionados por esa asistencia, con los límites, condiciones y exclusiones previstos en el apartado 6.4.

Conforme a lo dispuesto en la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, el Estado miembro de la Unión Europea en el que se realice la asistencia debe garantizar que se disponga de sistemas de seguro de responsabilidad profesional o garantías similares que sean equivalentes o esencialmente comparables en cuanto a su finalidad y adecuados a la naturaleza y el alcance del riesgo, para los tratamientos dispensados en su territorio, por lo que la responsabilidad derivada de la asistencia transfronteriza será atribuible a los servicios a través de los que se hubiera prestado, no siendo exigible ninguna responsabilidad al ISFAS ni a la correspondiente Entidad a la que esté adscrito el asegurado.

6.4 Condiciones, requisitos y límites.

6.4.1 Condiciones generales.

Se garantizará el reembolso de los gastos contraídos por un beneficiario que haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza, siempre que dicha asistencia figure en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, con la extensión y requisitos establecidos para esa asistencia sanitaria u otra similar si se hubiese dispensado por los servicios asignados en España.

El beneficiario que solicite el reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza deberá cumplir las mismas condiciones aplicables para el acceso a la asistencia sanitaria prestada en territorio nacional a través de los correspondientes servicios asignados.

En el caso de que se reciba asistencia sanitaria en otro Estado miembro, cuando así sea requerido en el ámbito de la asistencia concertada del ISFAS o en el Sistema Nacional de Salud, será necesaria una evaluación previa que justifique la indicación de la prestación sanitaria que se debe proporcionar al paciente.

6.4.2 Requisitos adicionales: Autorización previa.

En los supuestos previstos en el apartado 6.5.1, deberá contarse con la autorización de la Subdirección de Prestaciones del ISFAS, con carácter previo a la asistencia sanitaria transfronteriza, autorización a la que queda condicionado el derecho al correspondiente reembolso.

La autorización podrá denegarse en los siguientes casos:

a) Cuando se trate de una prestación no incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud o del ISFAS, o no reúna las condiciones en las que se presta.

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

e) Cuando la atención sanitaria pueda prestarse en el territorio nacional en un plazo que sea médicamente justificable, teniendo en cuenta el estado de salud de cada paciente y la posible evolución de su enfermedad y demás criterios previstos en el artículo 17 del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero.

6.4.3 Límite del reembolso.

El reembolso que corresponda a cada servicio o procedimiento tendrá como límite el importe que, en cada caso, se establece en el Anexo 3, cuyos precios serán considerados como tarifas de reembolso a los efectos de la aplicación de instrumentos comunitarios en materia de reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza, sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada y sin considerar los gastos conexos que, conforme a lo previsto en el apartado 6.4.4, quedan excluidos de la prestación.

Por tanto, el importe total del reembolso no podrá exceder el importe facturado por la asistencia, sin considerar los gastos conexos, extremo en el que se reembolsaría este importe.

6.4.4 Exclusiones.

Se excluye del derecho al reembolso por asistencia sanitaria transfronteriza:

- a) Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración cuya finalidad sea ayudar a personas que requieren asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias;
- b) La asignación de órganos y el acceso a los mismos con fines de transplante de órganos;
- c) Los programas de vacunación pública contra las enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio de un Estado miembro y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución.
- d) Los gastos conexos o prestaciones accesorias o complementarias como el transporte sanitario y no sanitario y gastos de manutención y estancia de pacientes y acompañantes cuya ayuda pudiera precisarse.

6.5 Supuestos sujetos a autorización previa.

6.5.1 Prestaciones condicionadas a autorización previa.

Están sujetas a autorización previa todas aquellas prestaciones sanitarias que se detallan en el Anexo II del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, que incluye las siguientes:

- a) Cualquier tipo de atención que implique que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche.
- b) Independientemente de lo expuesto en el apartado a), aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud que han sido seleccionados 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 que requiera la utilización de un implante quirúrgico.

Tratamientos con radioterapia.

Tratamientos farmacológicos o con productos biológicos, cuyo importe mensual sea superior a 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 prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores.

Tratamientos con fórmulas completas para nutrición enteral domiciliaria y con fórmulas 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 acuerdo con el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, incluidos en el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, o se han establecido redes de referencia en Europa.

6.5.2 Procedimiento para obtener la autorización previa.

La solicitud de autorización se realizará en el formulario establecido, al que se unirá el informe médico con la indicación de la asistencia o tratamiento requerido, y se presentará a través de la Sede Electrónica o en cualquier Delegación del ISFAS donde se procederá a su inmediata remisión, por procedimientos telemáticos o mediante FAX, a la Subdirección de Prestaciones. Ésta emplazará a la Entidad de Seguro a la que se encuentre adscrito el beneficiario o a la Inspección General de Sanidad de la Defensa, si el beneficiario se encuentra acogido al régimen de colaboración concertada con la Sanidad Militar, al objeto de que, en un plazo máximo de diez días, emita informe en el que se ponga de manifiesto:

- a) Si la asistencia requerida por el beneficiario puede llevarse a cabo en territorio nacional, en los términos estipulados en el Concierto o en la Orden Ministerial 52/2004, reguladora de la colaboración concertada con la Sanidad Militar, especificando en tal caso los medios o servicios específicos asignados al efecto.
- b) El plazo en el que podría iniciarse la asistencia.
- c) Objeciones a la atención sanitaria transfronteriza del paciente, debidamente fundamentadas.

A la vista del informe emitido, o transcurrido el plazo de diez días sin que se haya recibido el mismo, el ISFAS procederá a dictar resolución motivada sobre la solicitud del beneficiario, autorizando o denegando la asistencia.

En todo caso, el plazo máximo para la notificación de la resolución de concesión o denegación de la autorización previa será de 45 días, a partir de la fecha de recepción de la solicitud. Transcurrido ese plazo sin que se haya dictado y notificado resolución expresa, podrá entenderse estimada la solicitud por silencio administrativo, en los términos previstos en el artículo 43 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

La autorización podrá denegarse en los casos y por las causas establecidas en el apartado 6.4.2, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 17 del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero. Si la autorización se denegara porque la asistencia sanitaria pueda prestarse en territorio nacional, en los términos estipulados en el Concierto o en la Orden Ministerial 52/2004, de 18 de marzo, por la que se regula la colaboración concertada del Instituto Social de las Fuerzas Armadas con la Sanidad Militar, en un plazo que sea médicamente justificable, en la resolución se indicarán los medios asignados para la prestación de la asistencia solicitada.

6.6 Procedimiento para el reembolso.

La solicitud de reembolso se realizará en el formulario establecido en un plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida y, conforme a lo previsto en el apartado 7.2.1, irá acompañada de los documentos que se incluyen en el apartado 4 del Anexo 2.

Recibida la solicitud y la documentación requerida, una vez realizadas las comprobaciones necesarias para determinar el derecho al reembolso y el importe correspondiente, se dictará resolución que se notificará al interesado y, en el caso de beneficiarios adscritos a una Entidad de Seguro, a la correspondiente Entidad, de acuerdo con lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, en un plazo máximo de tres meses, a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

Cuando se reconozca el derecho al reembolso, el pago se materializará directamente por el ISFAS mediante transferencia bancaria, en la cuenta designada por el interesado, sin perjuicio de su posterior repercusión a la Entidad de Seguro a la que esté adscrito el beneficiario para la asistencia sanitaria en España, atendiendo a las previsiones que se establezcan en los Concierdos que se suscriban por el ISFAS para la asistencia sanitaria de titulares y beneficiarios.

6.7 Tarifas de reembolso.

En el Anexo 3 se determinan los importes por servicios asistenciales, procedimientos médicos o tratamientos que serán aplicables en supuestos de asistencia transfronteriza, que tendrán la consideración de tarifas de reembolso a los efectos de la aplicación de instrumentos comunitarios en materia de reembolso de gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, en tanto no se establezcan tarifas de reembolso a nivel estatal.

Conforme a lo dispuesto en el apartado 6.4.3, el importe resultante de la aplicación de las tarifas no podrá exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada por lo que, en tal caso, se atendería el importe facturado por la asistencia, sin considerar los gastos conexos.

7. Procedimiento para hacer efectivas las prestaciones

7.1 Solicitudes y documentación.

Las solicitudes de prestaciones de asistencia sanitaria en el extranjero, podrán realizarse en el formulario normalizado que se obtendrá en las Delegaciones del ISFAS, en las Agregadurías de Defensa o Secciones Económico-Administrativas en el extranjero o a través de la página web de este Instituto. En todo caso la solicitud deberá reflejar los datos del titular y del beneficiario, la dirección señalada para las notificaciones, las prestaciones que se interesan y los datos de la cuenta bancaria en la que deberá ingresarse el importe de la prestación.

7.1.2 Documentación requerida con carácter general

En cualquier supuesto, a las solicitudes deberán unirse los documentos que se detallan en el Anexo 2.

El órgano competente para dictar resolución podrá requerir a los interesados la presentación de los documentos que puedan resultar oportunos para clarificar el derecho a la prestación, la asistencia sanitaria recibida, su coste real, su valoración o la cuantía del reintegro que corresponda.

En todos los supuestos se entenderá que el interesado cede voluntariamente los informes clínicos y los documentos con información sanitaria que se precisen, para la valoración y, en su caso, reconocimiento de las prestaciones que solicite.

7.2 Reconocimiento de las prestaciones.

7.2.1 Modalidad de reembolso o reintegro de gastos.

Las solicitudes de prestaciones de asistencia sanitaria en el extranjero darán lugar a resolución expresa en la que, en su caso, se concretará la prestación reconocida y el procedimiento para hacerla efectiva.

Con carecer general, las prestaciones reconocidas se harán efectivas por reembolso o reintegro de gastos que se materializará por el ISFAS mediante transferencia en la cuenta bancaria designada el titular que deberá corresponder a una entidad financiera, radicada en territorio nacional.

El pago se realizará en euros, aplicándose, en su caso, el cambio oficial fijado en el momento de prestarse la asistencia que haya dado lugar a la prestación.

El procedimiento para el reconocimiento de prestaciones por asistencia sanitaria transfronteriza se ajustará a lo dispuesto en el apartado 6.6.

7.2.2 Modalidades especiales.

A) Pago directo: Previa solicitud expresa del interesado, podrá autorizarse el abono directo a centros hospitalarios, mediante transferencia, siempre que el coste de las prestaciones se estime de elevada cuantía. Para realizar este abono directo, el centro hospitalario deberá mostrar su conformidad con el procedimiento. Asimismo el importe de

la factura deberá coincidir con el de las prestaciones que se reconozcan, sin que puedan incluirse gastos que correspondan a servicios distintos de los estrictamente sanitarios. En el caso de facturas emitidas en moneda diferente al euro, para la valoración de la equivalencia se aplicará el cambio vigente en la fecha en que se materialice el pago de la factura.

B) Pagos a cuenta: Cuando no sea posible el pago directo a centros hospitalarios, en los términos previstos en el párrafo anterior, los asegurados destinados o en comisión de servicio en el extranjero podrán solicitar del ISFAS la formalización de un pago a cuenta o anticipo a través de la correspondiente SEA o Agregaduría de Defensa. La solicitud se atenderá exclusivamente para el pago de facturas de cuantía superior a 500 euros o importe equivalente.

Posteriormente, el interesado deberá remitir las facturas y justificantes acreditativos del pago en el plazo máximo de tres meses. Si no se atendiera el correspondiente requerimiento se iniciará el procedimiento para la reclamación de prestaciones indebidamente percibidas, conforme a lo dispuesto en el artículo 47 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre.

C) Acuerdos de colaboración: Cuando la asistencia se preste en centros con los que el ISFAS haya formalizado acuerdos de colaboración, el procedimiento para la tramitación de los expedientes se asimilará al que corresponda para prestaciones por asistencia en centros concertados.

D) Gastos bancarios: En todos los supuestos señalados, el importe de las ayudas que se reconozcan nunca podrá superar el de los gastos que puedan derivarse de la asistencia prestada, correspondiendo al ISFAS satisfacer los gastos bancarios que puedan originarse en los casos de abono directo a centros hospitalarios y de formalización de pagos a cuenta o anticipos.

8. Tarjeta sanitaria europea

8.1 Asistencia sanitaria a través de la Tarjeta Sanitaria Europea.

La Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) es individual y certifica el derecho de su titular a recibir las prestaciones sanitarias que sean necesarias desde un punto de vista médico, durante una estancia en cualquiera de los países integrantes de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein, Noruega) o en Suiza, teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones y la duración prevista de la estancia.

En el Centro extranjero donde se solicite asistencia sanitaria deberá presentarse la Tarjeta Sanitaria Europea o certificado sustitutorio, que acredita el derecho a las prestaciones, y el documento acreditativo de la identidad del titular de la Tarjeta (DNI, NIE, pasaporte, etc.).

Si no se dispusiera de la citada Tarjeta o del certificado sustitutorio, la institución del lugar de estancia, a petición del interesado, se dirigirá al ISFAS, como institución competente, para obtenerlo.

La asistencia sanitaria a que da derecho la Tarjeta Sanitaria Europea incluye la atención sanitaria necesaria en el sistema de sanidad pública del país de estancia. También se cubrirá cualquier tratamiento médico relacionado con el embarazo, incluyendo el parto, no dando derecho a repatriación o transporte al país de origen o residencia habitual.

En general, las instituciones del Estado miembro de estancia facilitarán las prestaciones de asistencia sanitaria, que se precisen, desde un punto de vista médico, para evitar que una persona asegurada se vea obligada a regresar antes del final de la estancia prevista, con el fin de someterse al tratamiento necesario, de conformidad con su legislación.

La Tarjeta Sanitaria Europea no es válida si el motivo del desplazamiento a otro Estado es recibir un tratamiento médico específico para una enfermedad o lesión que el paciente tenía antes de viajar. Tampoco da acceso a atención sanitaria privada.

Las prestaciones a las que da acceso la Tarjeta Sanitaria Europea serán las mismas a que tienen derecho los ciudadanos del país donde el interesado se encuentre, debiendo tenerse en cuenta que cada país tiene sus propias normas de forma que, en algunos, la asistencia es gratuita, pero en otros podría requerirse una parte de los costes o atenderse las prestaciones por el sistema de reembolso.

En este último caso, si el beneficiario hubiera sufragado efectivamente los costes de la asistencia, podrá solicitar el reembolso a la institución del lugar de estancia o bien al ISFAS a su regreso a España.

La Tarjeta Sanitaria Europea sólo podrá utilizarse mientras se esté en situación de alta en el ISFAS. Por lo tanto, aunque la validez de la tarjeta fuera superior, si el interesado pasara a la situación de baja, deberá comunicarlo y dejar de hacer uso de dicha tarjeta, ya que de lo contrario habrá abonar las facturas derivadas del tratamiento que reciba y podrán reclamársele las prestaciones indebidamente percibidas, conforme a lo dispuesto en el artículo 47 del Reglamento General de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, aprobado por Real Decreto 1726/2007, de 21 de diciembre.

8.2 Expedición de la Tarjeta Sanitaria Europea.

Los titulares y beneficiarios del ISFAS en situación de alta podrán obtener la Tarjeta Sanitaria Europea para estancia en países miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega) o en Suiza. El período de validez constará en la Tarjeta Sanitaria Europea y se ajustará atendiendo al motivo del desplazamiento y a otras circunstancias de afiliación.

La Tarjeta Sanitaria Europea podrá solicitarse a través de la Oficina Electrónica o en las Delegaciones del ISFAS y se recibirá en el domicilio que se asigne al efecto en un plazo aproximado de 15 días, razón por la que habrá de solicitarse con suficiente antelación.

En caso de urgencia o extravío, se emitirá el Certificado Provisional Sustitutorio, documento que es equivalente a la Tarjeta Sanitaria Europea y que permitirá, en las mismas condiciones, un acceso a la asistencia sanitaria y una asunción de la misma durante una estancia temporal en otro Estado miembro. También podrá solicitarse el certificado provisional sustitutorio desde el país de estancia en caso de olvido o extravío.

El certificado es individual y acredita el derecho de su titular a recibir prestaciones sanitarias en las mismas condiciones que la Tarjeta Sanitaria Europea, desde la fecha de inicio hasta la del fin de su validez, que constarán en el certificado.

9. Disposición derogatoria

A la entrada en vigor de la presente Resolución quedarán sin efecto la Resolución 4B0/06269/2010, de 20 de abril de 2010, de la Gerencia del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, por la que se regula la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional y cualquier disposición o norma interna que hubiera sido dictada por cualquier órgano del ISFAS, que se oponga a lo dispuesto en la presente Resolución.

10. Disposición final

Esta Resolución entrará en vigor el día siguiente a su publicación.

Madrid, 19 de febrero de 2014.—La Secretaria General Gerente, María Soledad Álvarez de Miranda Delgado.

ANEXO 1

MODELO DE AUTOLIQUIDACIÓN

Número de Afiliación		DATOS DEL TITULAR				N.I.F.
Apellidos			Nombre		Teléfono	
DOMICILIO (Sólo si desea variar el que consta en el ISFAS)		Calle y número		Código Postal y Localidad		Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	<input type="checkbox"/> EL QUE CONSTE PARA EL ISFAS	Calle y número			Correo electrónico:	
	<input type="checkbox"/> EL QUE FIGURA A CONTINUACIÓN	Código Postal y Localidad/Provincia			País	
AUTOLIQUIDACIÓN						
Nº ORDEN BENEFICIARIO	Nº FACTURA	FECHA dd/mm/aaaa	CLAVE	TIPO PRESTACIÓN. En el caso de Asistencia en consulta se indicará la Especialidad.		IMPORTE
CLAVE	M: Asistencia en consulta	H: Hospitalización	D: Pruebas de diagnóstico	O: Odontología	TS: Aportación uso de Tarjeta S. Europea (TSE)	
	TS: Transporte Sanitario	RH: Rehabilitación	F: Farmacia	P: Prótesis	V: Otras	MONEDA DE FACTURACIÓN: _____

ANEXO 2

Documentación para la solicitud de prestaciones por asistencia sanitaria fuera del territorio nacional*1. Documentación requerida con carácter general*

En cualquier supuesto, a las solicitudes deberán unirse los documentos que se detallan a continuación y su traducción, salvo que estuvieran redactados en español, francés o inglés.

1.1 Autoliquidación, que se ajustará al modelo que se recoge en el Anexo 1.

Cuando la solicitud se realice mediante el correspondiente formulario normalizado, se cumplimentará la autoliquidación incluida en el mismo, haciendo constar los datos de la cuenta bancaria señalada para el pago.

1.2 Facturas.

Serán originales (no proforma ni fotocopias), debiendo figurar en ellas, necesariamente:

Identificación del paciente.

El nombre y denominación social y domicilio de la persona física o jurídica que emite las facturas.

Los diversos conceptos facturados con su importe. En su caso, la denominación del medicamento, producto sanitario o alimento dietético dispensado, el número de envases dispensados y la cuantía abonada por el paciente.

Lugar y fecha de su expedición y demás requisitos exigidos en la regulación aplicable.

1.3 Documentos o justificantes que acrediten el pago de las facturas, en todos los procedimientos de reembolso o reintegro.

1.4 Copia de la prescripción médica o del informe clínico de la atención prestada al beneficiario en los siguientes casos:

- a) Cuando se soliciten prestaciones por asistencia con internamiento hospitalario.
- b) Cuando se soliciten prestaciones para tratamientos de rehabilitación, pruebas o estudios de diagnóstico de alta tecnología, prestaciones farmacéuticas o prestaciones ortoprotésicas.
- c) En todas las solicitudes de prestaciones por asistencia sanitaria transfronteriza, prevista en el apartado 6.
- d) Siempre que se requiera expresamente por el ISFAS por considerarlo necesario para la adecuada resolución del procedimiento, conforme a lo previsto en el apartado 7.1.2.

2. Documentación adicional requerida para prestaciones por asistencia de residentes fuera del ámbito de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o Suiza

En el caso de solicitudes de prestaciones por asistencia sanitaria de residentes fuera del ámbito de la Unión Europea, EEE o Suiza, se aportará:

2.1 Documento que acredite la formalización de una póliza de seguro sanitario en el país de residencia.

2.2 Cuando excepcionalmente no hubiera sido posible formalizar una póliza de seguro sanitario, y la ayuda económica se solicite para la compensación de gastos derivados de atenciones o tratamientos dispensados al titular o a sus beneficiarios, Declaración responsable en la que se haga constar la imposibilidad de suscribir la póliza de seguro, indicando las razones.

3. Documentación adicional requerida en los procedimientos especiales, previstos en el apartado 7.2.2

3.1 Pago directo a centros hospitalarios: Declaración de la conformidad del centro hospitalario con el procedimiento de pago directo, mediante transferencia bancaria.

3.2 Formalización de anticipo o pago a cuenta a través de la Agregaduría de Defensa o de la correspondiente Sección Económico-Administrativa.

Solicitud expresa.

Presupuesto o documentación en base a la que pueda realizarse una estimación aproximada del gasto.

4. Documentación requerida para el reembolso por asistencia sanitaria transfronteriza

Conforme a lo dispuesto en el Anexo I del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, las solicitudes de reembolso por asistencia sanitaria transfronteriza se realizarán mediante el correspondiente formulario, al que se unirán:

4.1 Facturas, en las que constarán los datos de identificación del profesional responsable de la asistencia sanitaria transfronteriza y demás requisitos previstos en el apartado 1.2 precedente, debiendo acreditarse que han sido abonadas.

4.2 Copia de la prescripción médica o del informe clínico de la atención prestada al beneficiario en el que se incluirá:

a) Razón clínica por la que se presta la asistencia sanitaria transfronteriza.

b) Procedimientos diagnósticos o procedimientos terapéuticos principales y secundarios realizados con motivo de la asistencia sanitaria transfronteriza (indicando, siempre que sea posible, código de identificación homologado, tal como CIE9-MC o similares).

c) Revisiones que deben realizarse y plazo aproximado para las mismas.

d) Cualquier otro dato que se considere oportuno reseñar para clarificar la asistencia sanitaria recibida o su coste real, siempre que sea estrictamente necesario para la valoración de la procedencia y cuantía del reintegro.

4.3 En el caso de las prestaciones y tratamientos por asistencia sanitaria transfronteriza, incluidos en el apartado 6.5.1, autorización de la Subdirección de Prestaciones del ISFAS.

ANEXO 3

Tarifas para reembolsos por asistencia sanitaria transfronteriza

1. Consideraciones generales

1.1 En la Tabla 1 se incluyen aquellas prestaciones, técnicas y procedimientos cuya realización podrá dar lugar al reembolso del coste abonado por el beneficiario, con el límite que se fija, sin que se precise la autorización previa a la que se alude en el apartado 6.5. de la presente Resolución, siempre que se realicen en régimen ambulatorio, sin que el paciente pernocte en un hospital.

1.2 Sin embargo, sólo se atenderá el reembolso del coste de las prestaciones, técnicas y procedimientos incluidos en la Tabla 2, si se hubiera obtenido la autorización del ISFAS, con carácter previo a su realización.

1.3 Los precios que se fijan como límite reembolsable incluyen medicamentos, contrastes y otros productos sanitarios que se precisen para la realización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

2. Especificaciones para la valoración del reembolso

2.1 Primera consulta.

Tendrá la consideración de primera consulta la 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.

2.2 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.

2.3 Consulta con pruebas complementarias.

Se entiende por consulta con pruebas complementarias aquella en la que se plantee la necesidad de técnicas auxiliares no complejas y no incluidas en la Tabla 1.

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.

2.4 Atención domiciliaria.

Se entiende por atención domiciliaria, la atención a cargo de un médico o profesional de enfermería que precisen su desplazamiento al domicilio del paciente.

2.5 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).

2.6 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.

2.7 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 5 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.

Para la valoración del nivel de complejidad del tratamiento se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones orientativas:

a) Nivel I:

Técnica sencilla, generalmente con intención paliativa, de pocas sesiones y con dosimetría sencilla.

Mama sintomática.

Estómago sintomático.

Páncreas, vías biliares sintomáticos.
Esófago sintomático.
Recto, colon, sigma sintomáticos.
Profilaxis de SNC.
Hígado sintomático.
Metástasis SNC sintomático.
ORL sintomático.
Tiroides sintomático.
Vejiga, próstata sintomática.
Metástasis óseas (1 localización).
Cérvix sintomático.
Endometrio sintomático.
Ovario sintomático.
Vagina sintomática.
Vulva sintomática.
Pulmón sintomático.
Tráquea sintomática.
Radioterapia esplénica.
Radiocastración.
Otros tratamientos paliativos hasta una dosis de 30 Gy.
Hemoderivados y muestras biológicas.

b) Nivel II:

Técnica intermedia. En la mayoría de los casos, complementario a la cirugía, con intención generalmente radical, de unas 20-25 sesiones y con dosimetría no compleja.

Pulmón complementario.
Pulmón paliativo, preoperatorio (Dosis de 30-60 Gy), incluye paliación radical.
Esófago, tráquea complementario.
Estómago complementario.
Páncreas, vías biliares complementario.
Recto, sigma complementario o preoperatorio.
Vejiga, próstata complementario.
Seminoma.
Riñón, uréter complementario.
Metástasis irradiadas (≥ 2 localizaciones).
Mama complementaria (técnica de 2 campos).
Mama paliativa, preoperatorio (dosis de 45-50 Gy).
Linfomas, tratamiento de campos afectos (IF).
Piel, tratamiento con electrones hasta 60 Gy.
Otros procesos complementarios, hasta 60 Gy.
Cérvix complementario (posthisterectomía).
Cérvix paliativo, preoperatorio (dosis 45-50 Gy).
Endometrio complementario (posthisterectomía).
Endometrio paliativo, preoperatorio (dosis 45-50 Gy).
Vagina complementaria (postcirugía).
Vulva complementaria (postcirugía).

c) Nivel III:

Técnica compleja. Tratamiento costoso. Muchas sesiones, normalmente siempre con intención radical y que precisa una dosimetría compleja.

Hipófisis radical.
Melanoma ocular.
Tumores orbitarios.
Tumores de cabeza y cuello.
Parótida, senos, radical.

Cavum, tumor primario cervical de origen desconocido.
ORL complementario, radical.
Cavidad oral complementario, radical.
Vejiga, próstata radical.
Sarcoma de partes blandas complementario, radical.
Mama radical, postmastectomía (≥ 3 campos).
Tumores óseos complementario, radical.
Piel, tratamiento con electrones > 60 Gy.
Pulmón radical.
Esófago, tráquea radical.
Estómago radical.
Recto, sigma radical.
Linfomas (Mantle, Y invertida).
Ovario complementario radical.
Otros tratamientos con radioterapia con dosis > 60 Gy.
Mama conservadora con sobreimpresión con RT externa.
Cérvix radical.
Endometrio radical.
Vagina radical.
Vulva radical.
Año radical.
Astrocitoma complementario, radical.

d) Nivel IV:

Técnica de Gran Complejidad.
Irradiación craneoespinal.
Meduloblastoma.
Retinoblastoma.
Tumor de Wilms.
Neuroblastoma.
Otros tumores pediátricos.
Tratamiento de niños pequeños, hasta 7 años, por dificultad inmovilización, con anestesia.

e) Nivel V:

Técnicas Especiales.
Irradiación Hemicorporal Total: 70 URV
Irradiación Corporal Total con Fotones: 140 URV
Irradiación Corporal Total con Electrones: 180 URV
RT intraoperatoria: 170 URV
Radiocirugía (una sola fracción): 170 URV
Radioterapia estereotáxica (múltiples fracciones): 180 URV
Radioterapia de Intensidad Modulada: 180 URV

f) Braquiterapia: intersticial y endocavitaria.

2.8 Hospitalización: Asistencia hospitalaria con internamiento.

Se considerará asistencia en régimen de hospitalización la que preste en régimen de internamiento o implique que el paciente tenga que pernoctar en el hospital, bajo orden de ingreso del facultativo responsable.

Para determinar el límite reembolsable se 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.

2.9 Procedimientos Quirúrgicos. Cirugía mayor.

Se trata de procedimientos 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.

3. Prestación farmacéutica ambulatoria, sujeta a aportación del beneficiario

El límite del reembolso por la dispensación de medicamentos y otros productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, para tratamientos ambulatorios, será el importe facturado, menos el de la correspondiente aportación a cargo del beneficiario, establecida en cada momento en la regulación específica de esta prestación.

4. Prestaciones complementarias del ISFAS

Se facilitarán con los límites y requisitos previstos en el Anexo 5 de la Resolución 4B0/38008/2014, de 15 de enero, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, sobre Cartera de Servicios de Asistencia Sanitaria del ISFAS.

Tabla 1

Asistencia y procedimientos que no precisan autorización previa en régimen de atención ambulatoria	Límite del reembolso – Euros
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
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

Asistencia y procedimientos que no precisan autorización previa en régimen de atención ambulatoria	Límite del reembolso - Euros
Asistencia especializada en 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 sin ingreso	383
Radiodiagnóstico	
Radiología convencional con contraste:	
Esófagograma	321
Esófago gastroduodenal	200
Gastroduodenal con tránsito intestinal	378
Tránsito intestinal	378
Enteroclis	549
Enema opaco	240
Enema doble contraste colon	274
Defecografía	321
Sialografía	352
Dacriocistografía unilateral	113
Fistulografía	355
Urografía intravenosa incluida posible tomografía	338
Cistografía	257
Uretrocistografía retrógrada	431
Pielografía ascendente	287
Histerosalpingografía	112
Otros estudios con contraste	160
Mamografía:	
Mamografía diagnóstica bilateral 2 p	149
Mamografía unilateral 2p	110
Galactografía	190
Neumoquistografía	164
Estudio de especimen quirúrgico/ biopsia percutánea	340
Mamografía de cribado/ screening 2p	110
Intervencionismo de mama:	
Paaf (punción-aspiración con aguja fina) lesión palpable	130
Paaf (punción-aspiración con aguja fina) por estereotaxia	373
Paaf (punción-aspiración con aguja fina) por ecografía	138
Bag (biopsia con aguja gruesa) lesión palpable	204
Bag (biopsia con aguja gruesa) por estereotaxia	520
Bag (biopsia con aguja gruesa) por ecografía	273
Inyección ganglio centinela guida por estereotaxia	153
Inyección ganglio centinela guida por ecografía	124
Drenaje de colección líquida mamaria	307
Biopsia extirpativa con bav por eco	722
Doppler:	
Doppler de troncos supraaórticos	155
Doppler de unión cervicotorácica venosa (yugular, subclavias)	155

Asistencia y procedimientos que no precisan autorización previa en régimen de atención ambulatoria	Límite del reembolso – Euros
Doppler de miembros arterial	219
Doppler de miembros venoso	106
Doppler transcraneal	219
Doppler aorto-iliaco	106
Doppler de vena cava inferior e ilíacas	106
Doppler hepático	219
Doppler renal	124
Doppler abdominal	124
Otros estudios doppler	155
Ecografías con contraste:	
Ecografía diagnóstica trasluminal	77
Ecografía con contraste hepática	240
Ecografía con contraste renal	240
Ecografía con contraste intestinal	240
Ecografía con contraste partes blandas	240
Ecografía con contraste (otras aplicaciones)	240
Tomografía computarizada:	
Tc cerebro:	
Tc cerebro sin contraste	95
Tc cerebro con contraste	287
Tc cerebro sin/con contraste	310
Tc perfusión cerebral	370
Tc cerebro para neuronavegador / radiocirugía	320
Tc cara y base de cráneo:	
Tc de silla turca sin contraste	144
Tc de silla turca sin/con contraste	240
Tc de órbita sin contraste	144
Tc de órbita con contraste	240
Tc facial/senos sin contraste	144
Tc facial/senos con contraste	240
Tc de base de cráneo sin contraste (fosa posterior)	144
Tc de base de cráneo con contraste (fosa posterior)	240
Tc de peñasco, mastoides y cais sin contraste	144
Tc de peñasco, mastoides y cais con contraste	240
Cisternografía tc con contraste	287
Tc de columna:	
Tc de columna cervical sin contraste	144
Tc de columna cervical con contraste	240
Tc de columna dorsal sin contraste	144
Tc de columna dorsal con contraste	240
Tc de columna lumbo-sacra sin contraste	144
Tc de columna lumbo-sacra con contraste	240
Mielo/tc	240
Tc de sacro / sacroilíacas	144
Tc cuello:	
Tc de cuello sin contraste	144
Tc de cuello con contraste	240

Asistencia y procedimientos que no precisan autorización previa en régimen de atención ambulatoria	Límite del reembolso – Euros
Tc torácico-abdomino-pélvico:	
Tc de tórax sin contraste	149
Tc de tórax con contraste	240
Tc de tórax sin/con contraste	271
Tc abdomen sin contraste	149
Tc de abdomen con contraste	240
Tc toraco-abdominal sin contraste	160
Tc toraco-abdominal con contraste	288
Tc abdómino-pélvico sin contraste	149
Tc abdómino-pélvico con contraste	271
Tc de tórax/abdomen/pelvis sin contraste	160
Tc de tórax/abdomen/pelvis con contraste	343
Tc de cuello-tórax-abdomen-pelvis con contraste	343
Tc urografía	201
Tc vascular:	
Tc arterias cerebrales	199
Tc arterias supraórticas	199
Tc arterias pulmonares	310
Tc aorta	310
Tc arteria mesenterica	310
Tc arterias renales	310
Resonancia nuclear magnética (rm):	
Rm sin contraste	374
Rm con contraste	496
Estudios funcionales cerebrales con rm	586
Radiología intervencionista: procedimientos diagnósticos:	
Neuro-diagnóstico:	
Angiografía arco aórtico y tsa	723
Angiografía cerebral	753
Angiografía carótida externa unilateral	502
Angiografía medulo-espinal	983
Arteriografía diagnóstica, no selectiva:	
Arteriografía de miembros inferiores bilateral	627
Arteriografía de miembros inferiores unilateral	587
Arteriografía de miembros superiores bilateral	627
Arteriografía de miembros superiores unilateral	587
Aortografía abdominal	660
Aortografía torácica	638
Arteriografía pulmonar	653
Arteriografía diagnóstica selectiva y/o supraselec:	
Arteriografía renal	509
Arteriografía bronquial	638
Arteriografía pulmonar selectiva	1.241
Arteriografía visceral digestiva	715

Asistencia y procedimientos que no precisan autorización previa en régimen de atención ambulatoria	Límite del reembolso - Euros
Flebografía diagnóstica no selectiva:	
Flebografía de miembros inferiores bilateral	520
Flebografía de miembro inferior unilateral	416
Flebografía de miembros superiores bilateral	642
Flebografía de miembro superior unilateral	416
Iliocavografía	747
Cavografía superior	747
Flebografía diagnóstica selectiva y/o supraselectiva:	
Flebografía venas hepáticas	448
Flebografía renal	448
Flebografía espermática u ovárica bilateral	753
Flebografía espermática u ovárica unilateral	448
Otras flebografías	448
Estudio fístula arteriovenosa hemodiálisis	528
Estudios vasculares percutáneos diagnósticos:	
Portografía directa	303
Estudio malformación vascular	303
Biopsia hepática tras yugular	916
Procedimientos diagnósticos vía biliar:	
Colangiografía trashepática percutánea	276
Colangiografía trascolecística	276
Colangiografía tras yeyunal	356
Procedimientos diagnósticos urológicos:	
Pielografía percutánea	356
Manometría y test urodinámico	163
Estudio videourodinámico	274
Flujometría	110
Cistoscopia	161
Medicina nuclear	
Gammagrafía tiroidea	61
Rastreo corporal con i-131	180
Estudio gammagráfico de cuerpo entero con mibg i123/i131	354
Gammagrafía suprarrenal cortical	617
Gammagrafía suprarrenal medular	247
Gammagrafía con leucocitos	436
Gammagrafía ósea	174
Gammagrafía pulmonar de perfusión	346
Gammagrafía pulmonar de ventilación	185
Gammagrafía pulmonar (ventilación/perfusión)	346
Cálculo función pulmonar preoperatorio	185
Test de schilling	120
Gammagrafía hepática o esplénica	83
Diagnóstico del reflujo gastroesofágico	140
Gammagrafía hepatobiliar	148
Renograma isotópico	199
Gammagrafía renal	113
Mamogammagrafía	296

Asistencia y procedimientos que no precisan autorización previa en régimen de atención ambulatoria	Límite del reembolso – Euros
Detección de ganglio centinela de ca. Mama.	709
Cálculo de volumen eritrocítico.	244
Análisis clínicos	
Análíticas básicas:	
Análítica 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
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 b o c o drb1 o 3/4/5 o dqb1).	143
Prueba cruzada linfocitaria.	20
Escrutinio de anticuerpos anti hla.	125
Cuantificación células cd-34.	55
Hibridación cromosómica (fish).	88
Ciclo celular.	52
Quimerismo post-tmo.	115
Reordenamiento clonal cobre dna.	74
Reordenamiento clonal sobre rna.	108
Secuenciación automática de productos de pcr o clones.	41
Inmunofenotipo en leucemias agudas y linfomas.	190
Pruebas diagnósticas 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:	
Pruebas de biología molecular.	323
Pruebas de coagulación.	14

Asistencia y procedimientos que no precisan autorización previa en régimen de atención ambulatoria	Límite del reembolso – Euros
Pruebas de serie blanca	89
Pruebas de serie roja	73
Análisis genéticos	
Cariotipo sangre	210
Cariotipos de líquido amniótico	334
Cariotipos de biopsia	620
Cariotipos de tejidos	351
Cariotipos de médula ósea	257
Protocolo lig. Amniótico (cultivo y bioquímica)	556
Otros	260
Anatomía patológica	
Citología	83
Estudio de biopsia hepática transyugular	156
Estudio biopsia preoperatoria	115
Estudio biopsia simple (para pieza quirúrgica mayor)	218
Estudio biopsia simple (para pieza quirúrgica menor)	140
Diagnóstico microscópico electrónico	494
Inmunofluorescencia-estudio	274
Autopsia / necropsia	2.714
Otros procedimientos por especialidades	
Alergología:	
Pruebas alergias a medicamentos (varios)	58
Pruebas epicutáneas (por sesión) (varios)	211
Aparato digestivo:	
Anoscopias	80
Biopsia ciega de esófago o estomago	88
Biopsia ciega de hígado	164
Biopsias hepáticas con ecografía	363
Biopsias hepáticas con tac	530
Colocación drenaje biliar	884
Dilataciones esofágicas únicas con eder-puerto	729
Dilatación esofágica sesión	56
Extracción cuerpo extraño	1.894
Laparoscopia con o sin biopsia	494
Manometría (esofágica)	308
Manometría rectal	135
Paracentesis	438
Phmetría	290
Polipectomía endoscópica	165
Rectoscopias con o sin biopsia	58
Sonda de gastrotomía endoscópica	540
Test del aliento helicobacter pylori	54
Ecoendoscopia gástrica	584
Gastroscopia	224
Gastroscopia diagnóstica	175
Gastroscopia terapéutica	105
Endoscopia biliar	377

Asistencia y procedimientos que no precisan autorización previa en régimen de atención ambulatoria	Límite del reembolso – Euros
Ecoendoscopia rectal	526
Colonoscopia	263
Colonoscopia corta diagnóstica y terapéutica	140
Colonoscopia larga diagnóstica y terapéutica	245
Cápsula endoscópica (incluido coste de cápsula)	1.215
Crep. Conclangiografía endoscópica retro/colangiografía retrograda endoscópica cpre	709
Cambio de catéter de gastrostomía	738
Retirada de catéter de gastrostomía	339
Control gastrostomía	395
Control drenaje biliar-endoprótesis	488
Dilatación biliar	1.435
Cardiología:	
Ergometría (prueba de esfuerzo)	177
Holter	175
Ecocardiograma / estudio e informe	108
Ecocardiograma stress farmacológico	376
Eco transesofágico	208
Estudio electrofisiología (eef)	892
Cirugía maxilofacial:	
Ortopantomografía	41
Sialografía	139
Bloqueo intermaxilar	666
Drenaje (absceso)	360
Quistectomía	646
Ginecología-obstetricia:	
Amniocentesis	148
Amniocentesis control ecográfico	450
Biopsia corial	77
Citología	29
Ecografía selectiva de malformaciones fetales	43
Ecografía transvaginal	194
Ecografía y diagnóstico prenatal	36
Histerosalpingografía	112
Histeroscopia diagnóstica ambulatoria	358
Histerosonografía	139
Microgrado (biopsia endometrial)	230
Monitorización de la ovulación	119
Punción-citología de masas anexiales	80
Neumología:	
Biopsia pleural	197
Difusión alveolo capilar	488
Espirometría simple	92
Gasometría	49
Mantoux	36
Pletismografía	155
Tbd	72
Toracocentesis evacuadora	185
Toracocentesis diagnóstica	151

Asistencia y procedimientos que no precisan autorización previa en régimen de atención ambulatoria	Límite del reembolso - Euros
Broncoscopia enf. Intersticial	375
Broncoscopia neoplasias	626
Broncoscopia enf. Infecciosas	526
Broncoscopia simple	260
Test del sudor	65
Test del ejercicio	104
Test de metacolina	139
Neurofisiología:	
Electroencefalograma /simple	130
Eeg con privación de sueño	320
Estudio patología del sueño	385
Electroencefalograma con cuantificación	236
Electromiograma	146
Emg electromiografía	183
Emg estudio de plexo nervioso	315
Polisomnografía	310
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
Oftalmología:	
Tratamiento con láser oftalmológico en régimen ambulatorio	114
Laserterapia en malformaciones vasculares congénitas	181
Campimetría	91
Nistagmograma	257
Otorrinolaringología:	
Audiometría	189
Laringoscopia	123
Pruebas vestibulares	204
Otoemisiones	195
Urología:	
Exploración urodinámica (varios)	163
Estudio videourodinámico	274
Flujometría aislada	110
Citoscopia	161
Cambio de catéter de nefrostomía	380
Control nefrostomía	376
Retirada catéter nefrostomía	388
Cepillado y biopsia endourológica	1.165
Espermograma	10
Tratamiento del dolor:	
Anestesia epidural	272
Bloqueo puntos trigger	129
Carga y/o precarga bomba	129
Infiltración subcutánea plus analgesia con presencia de anestesista	161

Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
Cirugía cardiaca infantil	
Valvulas cardiacas con cateterismo	16.785
Valvulas cardiacas sin cateterismo.	13.307
Proced.cardiovasculares mayores con cc	10.675
Proced.cardiovasculares mayores sin cc	7.600
Intervencionismo en tórax	
Colocación de prótesis en vias respiratorias	2.286
Drenaje de abscesos en tórax con control de tac	489
Pleurodesis con control de tac	570
Toracotomía	5.421
Esternotomía	1.960
Toracoscopia + talcaje	553
Toracot. Axilar resección bulla	1.268
Drenaje pleural	237
Traqueotomía	358
Medicina nuclear	
Spect de perfusión miocárdica	283
Spect de cerebral con anestesia general	510
Spect, otros	148
Pet-tc	1.143
Pet corporal	1.012
Pet craneal	803
Oftalmología	
Reparación de retina con láser.	352
Terapia fotodinámica	1.777
Oncología médica. Quimioterapia	
Sesión de quimioterapia oncológica (coste del fármaco aparte)	151
Sesion de quimioterapia oncológica (incluido el coste de la medicación)	765
Radiología intervencionista: procedimientos terapéuticos	
Procedimientos terapéuticos: angioplastia arterial periférica:	
Angioplastia ilíaca bilateral	2.860
Angioplastia ilíaca unilateral	2.680
Angioplastia troncos distales (femoro-poplítea bilateral)	2.920
Angioplastia troncos distales (femoro-poplítea unilateral)	2.169
Angioplastia troncos distales (tibioperonea).	2.169
Angioplastia injertos vasculares	2.169
Angioplastia otras arterias:	
Angioplastia aórtica	1.798
Fenestración y angioplastia aórtica en disección.	2.550
Angioplastia renal bilateral	2.841
Angioplastia renal unilateral	2.160
Angioplastia trocos viscerales digestivos	2.160
Angioplastia miembro superior unilateral	2.603
Angioplastia otras arterias	2.603

Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
Procedimiento terapéutico: endoprótesis vascular:	
Endoprótesis aorta	2.698
Endoprótesis arterial en miembros	2.916
Endoprótesis cava o vena periférica	2.668
Filtro de cava	2.618
Shunt porto cava	7.714
Shunt porto cava percutáneo	6.925
Retirada de filtro de cava	387
Otros procedimientos vasculares y hemodinámicos:	
Angioplastia ateroma fistula a.v.	232
Angioplastia fistula a.v. Hemodiálisis	1.279
Endoprótesis venosa: cava u otras	2.668
Embolización. Malformación a.v.c.	2.440
Embolización aneurisma cerebral	16.733
Embolización bronquiales	1.916
Embolización a. Pulmonar	1.917
Embolización carotida externa	2.266
Embolización esplénica	1.744
Embolización varices esofágicas	2.092
Embolización malformación	2.224
Embolización tracto digestivo	1.975
Embolización hepática	2.682
Embolización otras	1.744
Valvuloplastia	4.914
Coronariografía + actp	3.309
Coronariografía + actp + aterectomía	6.321
Coronariografía + actp + aterectomía + stent	9.834
Coronariografía + actp + stent	7.823
Procedimientos terapéuticos: digestivo:	
Drenaje biliar percutáneo interno-externo	810
Dilatación biliar	1.273
Endoprótesis biliar	3.033
Tratamiento percutáneo de la litiasis biliar	1.415
Colecistostomía percutánea	538
Gastrostomía y gastroyeyunostomía percutánea	899
Ileostomía y colostomía percutáneas	899
Dilatación de estenosis esófago con eder-puerto	1.766
Endoprótesis colon	3.450
Procedimientos terapéuticos: urología:	
Nefrostomía percutánea	1.206
Endoprótesis ureteral y uretral	2.894
Dilatación percutánea de estenosis ureterales	1.175
Tratamiento percutáneo de la litiasis renoureteral	1.374
Catéter ureteral	619
Dilatación de estenosis uretrales	1.064

Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
Radioterapia. Oncología radioterápica	
Radioterapia (tratamiento completo)	2.645
Radioterapia solo consulta	134
Radioterapia paliativa sencilla nivel i	833
Radioterapia nivel II	1.753
Radioterapia nivel III.	3.099
Radioterapia nivel IV	3.453
Radioterapia compleja y tratamientos especiales nivel v.	7.500
Sesión-campo de radioterapia superficial	24
Sesión-campo de radioterapia profunda	64
Braquiterapia	
Aplicación de br. Intersticial (boost) de mama alta	712
Aplicación de braquit. Cervix y e. No operado	815
Aplicación de braquit. Endom. Y c. Operado	858
Braquiterapia oftálmica.	8.475
Braquiterapia prostática	12.172
Braquiterapia en otras localizaciones.	827
Braquiterapia consulta	134
Braquiterapia planificación	447
Planificaciones sucesivas.	224
Braquiterapia intersticial nivel i.	600
Braquiterapia endocavitaria nivel ii.	3.600
Braquiterapia gran complejidad nivel iii	8.700

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
<i>Procedimientos e intervenciones quirúrgicas</i>		
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

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
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 nervio o ganglio periférico	700
04.92	Implantación sistema completo neuroestimulación	721
Operaciones sobre el sistema endocrino		
6	Procedimientos sobre tiroides	1.500
6	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		
8	Procedimientos extraoculares excepto órbita edad>17	804
8	Procedimientos extraoculares excepto órbita edad<18	601
08.20	Eliminación de lesión de párpado, n. E. O. M	341
08.21	Escisión de chalazion	303
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 entropion o ectropion	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 pterigion / 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

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
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	Diseción 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
15.4	Otras operaciones s/dos o más músculos extraoculares, uno o ambos ojos	1.046
15.7	Operación 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 órbita	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	721
18.5	Corrección quirúrgica de pabellón auricular prominente	1.046

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
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

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
27.49	Otra escisión de boca	550
27.54	Reparación de labio fisurado	868
27.62	Corrección de paladar fisurado	868
27.64	Inserción de implante de paladar	893
27.69	Otra reparación plastica 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	Amigdalectomía sin adenoidectomía	541
28.3	Amigdalectomía 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 fistula 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 traqueostomía	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 traqueobronquial	2.217
33	Biopsia (neumología)	302
Operaciones sobre el aparato cardiovascular		
35.20	Recambio valvular mitro-aórtico	12.770
35.22	Recambio valvular aortico	7.834
35.24	Recambio valvula mitral	12.775
36.03	Endarterectomía carotidea	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, desfibr. o sust. generador	5.905

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
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 popliteo	1.675
39.42	Revisión de derivación arteriovenosa para diálisis renal	917
39.43	Extracción de desviación arteriovenosa para diálisis renal	1.429
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	Hemodialisis en régimen abulatorio 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 esofagicas unicas 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.bariatrica)	4.042
44.66	Proc. para creación de competencia a esfínter esof./gástr.	1.515
44.66	Gastropligratura 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

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
48.5	Resección anterior de recto	2.009
48.6	Otra resección de recto	652
48.6	Sigmoidectomía+histerectomía	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)	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 laparoscopica 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
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 ombil.	615
54.11	Laparotomía exploratoria	839
54.19	Otra laparotomía	727

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso - Euros
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 quirurgicos sobre riñon y tracto urinario	1.535
56.0	Extracción transuretral de obstruc. 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	Cistouretroplastia 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	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 prostata ecodirigida con inmunohistoquímica.	2.069
60.11	Biopsia de prostata ecodirigida sin inmunohistoquímica	897
60.2	Resección transuretral de próstata.	1.075
60.3	Prostatectomía-técnica cliuret (suprapubica concertado)	818
60.3	Prostatectomía-técnica milly (suprapubica concertado).	839
60.4	Prostatectomía retropúbica	1.580
60.62	Prostatectomía perineal (suprapubica 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

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
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
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 tubarica 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 ginecologica	955
68.1	Laparoscopia operativa	964

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
68.1	Laparoscopia quirurgica fiv.	1.739
68.12	Histeroscopia	930
68.12	Histeroscopia diagnostica ambulatoria.	705
68.12	Histeroscopia quirurgica ambulatoria terapeutica	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
70.33	Escisión o destrucción de lesión de vagina	654
70.50	Reparación de cistocele y rectocele.	641
70.51	Reparación de cistocele	641
70.52	Reparación de rectocele.	622
70.53	Reparación de cistocele y rectocele con injerto o prótesis.	789
70.54	Reparación de cistocele con injerto o prótesis.	789
70.55	Reparación de rectocele 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, cervix 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	Induccion al parto	760
73.51	Parto gemelar y-o podálico.	1.199
73.59	Parto normal.	1.199
74.0	Cesárea	1.199
74.3	Embarazo ectópico.	819
75	Interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E.) < 12 sem.	444
	12.1 -14 sem.	500
	14.1 -16 sem.	570

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
	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 muñeca	1.737
77.23	Osteotomía en muñeca radio y cúbito	1.195
77.25	Osteotomía en muñeca-fémur	1.737
77.27	Osteotomía en muñeca-tibia y peroné	1.737
77.28	Osteotomía en muñeca-tarsianos y metatarsianos	813
77.29	Osteotomía en muñeca-otro	813
77.33	Osteoartrotomía de radio y cúbito	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
77.4	Biopsias de hueso	511
77.51	Bursect.con corrección de tejido blando y osteotomía del 1.º 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

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
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 humero 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 reparación u operaciones plásticas 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

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – 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 rótula	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	Excision local y eliminacion disp. fijacion interna de cadera y femur	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

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso - Euros
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	Quimionucleolisis 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
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-o	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- falángica	1.155
81.17	Otra fusión de pie	1.119
81.18	Artroeresis 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. procedimientos sobre la rodilla sin cc	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

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
81.53	Recambio prótesis cadera	2.723
81.53	Recambio de vástago y cabeza	1.614
	Procedimientos sobre espalda y cuello exc. fusion espinal sin cc	3.508
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 reparación de codo (prótesis no incluida)	1.449
81.93	Sutura de capsula 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	Escisión de lesión de vaina de tendón de mano / ganglionectomía	441
82.22	Escisión de lesión de músculo de mano	333
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

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
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.quirurgicos de s.musculoesqueletico 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 excision local por proceso no maligno	843
85.19	Proc. sobre mama por proceso no maligno excepto biopsia y excision 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 mio-cutáneo	1.109
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

Código CIE-9	Asistencia y procedimientos que pueden precisar autorización previa	Límite del reembolso – Euros
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	Quimioterapia 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	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	554
89.50	Implantación holter 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 traqueobronquial	1.960
98.52	Litotricia renal extracorpórea	1.143
	Tratamiento cámara hiperbárica	2.429
	Cápsula endoscópica	976
	Histerosonografía	139
	Analgesia epidural	86
	Atención amenaza parto prematuro	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 hematopoyéticos	2.592
	Trast.mieloproliferativo o neo. mal difer. con otro procedimiento	2.200
	Proc. quirúrgico con diag. de otro contacto con servicios sanitarios	1.083