



DEPTO. DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAS
UNIDAD DE BIENESTAR

**APRUEBA CONVENIO ENTRE EL SERVICIO
DE BIENESTAR DE LA DIRECCIÓN DEL
TRABAJO Y CENTRO MÉDICO Y DENTAL
FUNDACIÓN LTDA.**

RESOLUCIÓN EXENTA Nº **1584**

SANTIAGO,

VISTOS:

29 NOV 2021

1. Decreto Supremo N°28 de 1994, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que aprueba Reglamento General para los Servicios de Bienestar Fiscalizados por la Superintendencia de Seguridad Social.
2. Decreto Exento N°81, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que deroga el reglamento del Servicio de Bienestar de la Dirección del Trabajo, aprobado por Decreto Supremo N°180/2015 y aprueba nuevo reglamento del Servicio de Bienestar de la Dirección del Trabajo.
3. Lo dispuesto en el artículo N°5, letra f), del Decreto con fuerza de Ley N°2 de 1967, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
4. Lo establecido por el artículo 2° del D.L. N° 3.551, DE 1980, del Ministerio de Hacienda.
5. Resoluciones N°s 6 y 7, de 2019, que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón, de la Contraloría General de la República.
6. El Decreto Supremo N°32, de fecha 28 de agosto de 2020, que nombra a la Sra. Lilia Jerez Arévalo como Directora del Trabajo

CONSIDERANDO:


1. Que, el Servicio de Bienestar tiene por finalidad proporcionar a sus afiliados/as y a sus cargas familiares, ayuda médica, social, económica, cultural y deportiva, en la medida que sus recursos lo permitan, con el objeto de contribuir a su bienestar, cooperando a su adaptación al medio y a la elevación de sus condiciones de vida.
2. Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16° del Decreto Supremo N°28, de 1994, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, los Servicios de Bienestar podrán celebrar convenios entre sí o con profesionales e instituciones del área de la salud y otras entidades, con el propósito de mejorar el nivel de atención y servicios que entreguen a sus afiliados/as.

RESUELVO:

1. **APRUÉBESE**, el convenio celebrado, con esta fecha, entre "Centro Médico y Dental Fundación Ltda." y el Servicio de Bienestar de la Dirección del Trabajo.
2. **DECLÁRASE**, que dicho convenio forma parte integrante de la presente Resolución.

3. **CONSIDÉRASE**, que la celebración del convenio aprobado por este acto no implica ningún tipo de gasto para el Servicio de Bienestar de esta Repartición Pública.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE


[Handwritten signature]
ALIA JEREZ ARÉVALO
ABOGADA
DIRECTORA DEL TRABAJO

[Handwritten signature]
JTP/CBG/PFB/sco
Distribución:
- Oficina Dirección
- Of. De Partes
- Archivo Bienestar.

DIRECCIÓN DEL TRABAJO
29 NOV 2021
OFICINA DE PARTES

CONVENIO ENTRE SERVICIO DE BIENESTAR DIRECCIÓN DEL TRABAJO

Y

CENTRO MÉDICO Y DENTAL FUNDACIÓN LTDA.

En Santiago, a 18 de noviembre de 2021, entre **LA DIRECCIÓN DEL TRABAJO** R.U.T. 61.502.000-1 representada por doña **Lilia María Jerez Arévalo** cédula nacional de identidad N° [REDACTED] ambas domiciliados para estos efectos en Agustinas N°1253 comuna y ciudad de Santiago, en adelante e indistintamente, "**DIRECCIÓN DEL TRABAJO**" y por la otra, el **CENTRO MÉDICO Y DENTAL FUNDACIÓN LTDA.** R.U.T. N° 76.497.445-K, representada legalmente por doña **Sandra Perez Adad**, cédula nacional de identidad N° [REDACTED] ambos, para estos efectos, domiciliados en calle Profesora Amanda Labarca N° 70, comuna de Santiago, en adelante e indistintamente "Centro Médico y Dental Fundación" o "el Centro Médico Fundación", se ha convenido lo siguiente:

PRIMERO: OBJETIVO GENERAL DEL CONVENIO

Por este acto, el Centro Médico y Dental Fundación se compromete a otorgar a los beneficiarios del presente convenio a que alude la cláusula siguiente, el acceso a atenciones médicas, dentales y procedimientos en las diferentes especialidades que éste mantiene, en la forma y condiciones que se establecen en el presente Convenio y sus Anexos.

SEGUNDO: BENEFICIARIOS DEL CONVENIO

Son beneficiarios del presente convenio los afiliados al Servicio de Bienestar de la Dirección del Trabajo y sus respectivas cargas familiares de acuerdo a lo que este Servicio expresamente señale al Centro Médico y Dental Fundación.

Para lo anterior, el Servicio de Bienestar proveerá la nómina de beneficiarios del presente convenio, conteniendo los siguientes datos: Nombre, cédula de identidad y correo electrónico, de manera que Centro Médico y Dental Fundación efectúe una carga previa en sistema y pueda identificarlos para aplicar los beneficios acordados.

TERCERO: DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS DEL CONVENIO

Para todos los efectos legales, los siguientes documentos se consideran integrantes del presente convenio:

- Especialidades Médicas y Dentales (Anexo N° 1).
- Valores de las Prestaciones Médicas y Dentales (Anexo N° 2).
- Procedimiento operativo de presupuesto dental (Anexo N° 3).



CUARTO: DISPOSICIONES GENERALES

a) Lugar y horario de prestación de atenciones médicas y dentales

Las atenciones médicas, dentales y procedimientos se otorgarán por el Centro Médico y Dental Fundación directamente a los beneficiarios en las dependencias ubicadas en calle Profesora Amanda Labarca N° 70, comuna de Santiago, en los siguientes horarios de atención habituales:

Servicio Médico: días lunes a jueves de 8:30 a 19:30 horas y el día viernes de 8:30 a 18:30 horas.

Servicio Dental: días lunes a jueves de 8:00 a 12:30 horas y de 14 a 18.30 hrs. El día viernes de 8:00 a 12:30 horas y de 14:00 a 17:20 horas.

Importante: Actualmente el horario de atención se adecúa a la contingencia sanitaria, variando según la dinámica de la pandemia y las disposiciones de la autoridad de salud.

Los cambios en el lugar de prestación de los servicios médicos y/o en el horario establecido para los mismos, deberán ser comunicados por el Centro Médico y Dental Fundación al servicio de bienestar de la Dirección del Trabajo bienestar@dt.gob.cl con una antelación que permita a éste dar debido aviso a los beneficiarios.

b) Forma de Acceder a las Atenciones Médicas y Dentales

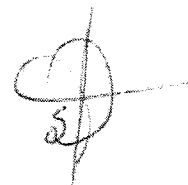
Las atenciones médicas, dentales y procedimientos de que trata el presente convenio serán solicitadas por el beneficiario interesado a través de internet (www.centromedicofundacion.cl), a través del servicio telefónico Call Center 223479100, o directamente en el Centro Médico y Dental Fundación.

c) Valor de las prestaciones

Los valores de las atenciones médicas y dentales a que se refiere el presente convenio, corresponden al arancel particular preferente, para los afiliados al servicio de bienestar de la Dirección del Trabajo y sus cargas familiares.

Anualmente se reajustará el arancel médico de las prestaciones cuyos valores han sido establecidos en pesos, de acuerdo a la variación del IPC acumulado. De esta forma, cualquier modificación a los valores establecidos en el Anexo 2 del presente contrato deberá ser notificada por el Centro Médico al Servicio de Bienestar de la Dirección del Trabajo con una antelación de, al menos, 15 días hábiles respecto de la fecha en que ésta entre en vigencia.

Las prestaciones dentales se reajustarán anualmente de acuerdo a IPC acumulado.



d) Forma de pago de las atenciones médicas y dentales por parte del Paciente

Las **atenciones médicas** que se presten a los beneficiarios en virtud del presente convenio serán de costo exclusivo de éstos, de modo que el Servicio de Bienestar y la Dirección del Trabajo no asumen ningún tipo de responsabilidad por el pago de dichas prestaciones.

El beneficiario podrá utilizar las siguientes modalidades de pago:

- Mediante bono físico o electrónico (huella digital vía lmed) si la Institución previsional del paciente se encuentra en convenio con el Centro Médico y Dental Fundación
- Pago en efectivo
- Pago con cheque
- Pago Tarjeta Débito

En las tres últimas formas el Centro Médico y Dental Fundación Ltda. emitirá una boleta de servicios a nombre del beneficiario, para documentar la prestación efectuada.

En el caso de **prestaciones dentales** el beneficiario podrá pagar las atenciones de las siguientes formas:

- Pago en efectivo
- Pago con cheque
- Tarjetas de débito
- Tarjetas de crédito bancarias.

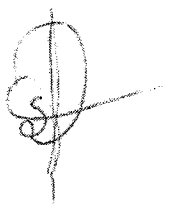
En el caso de los beneficiarios que cuenten con un seguro complementario de salud, el profesional del Servicio Médico Dental deberá llenar el formulario de reembolso correspondiente, al término del tratamiento efectuado.

QUINTO: RESPONSABILIDAD

Por otra parte, **se exime de toda responsabilidad, contractual o extracontractual**, al Servicio de Bienestar y a la Dirección del Trabajo, por el incumplimiento de las obligaciones que los **beneficiarios del presente convenio hayan contraído con el Centro Médico Dental**.

SEXTO: ACTIVIDADES GRATUITAS DE PREVENCIÓN

El Centro Médico y Dental Fundación Ltda. se compromete a realizar, sin costo, al menos una vez al año, actividades de prevención o promoción en las áreas de salud, en las dependencias que el Servicio de Bienestar de la Dirección del Trabajo determine al efecto. Estas pueden consistir en charlas de prevención en temas de salud relevantes, exámenes preventivos masivos u otros, previo acuerdo entre las partes.



SÉPTIMO: EJECUTIVO COMERCIAL

El Centro Médico y Dental Fundación Ltda. designará a un ejecutivo comercial, que proporcione atención permanente a los requerimientos que la implementación del presente convenio implique.

OCTAVO: VIGENCIA

El presente convenio tendrá una vigencia de un año, contado desde la fecha de firma del presente instrumento y se renovará tácitamente, por igual período, si ninguna de las partes manifiesta a la otra su intención de ponerle término, mediante carta certificada emitida con 60 días hábiles de anticipación, a lo menos, a la fecha de su extinción.

NOVENO: GASTOS

Las partes dejan constancia que el presente convenio no irrogará gasto alguno para el Servicio de Bienestar ni para la Dirección del Trabajo.

DÉCIMO: DOMICILIO Y JURISDICCIÓN

Para los efectos del presente convenio, las partes fijan su domicilio en la ciudad y comuna de Santiago y, de ser necesario, se someten a la jurisdicción de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

DÉCIMO PRIMERO: EJEMPLARES


El presente instrumento se suscribe en tres (3) ejemplares del mismo tenor, quedando dos (2) en poder de la Dirección del Trabajo y uno (1) en poder del Centro Médico y Dental Fundación Ltda.

DÉCIMO SEGUNDO: PERSONERÍAS

La personería Jurídica de doña Sandra Pérez Adad, para representar a la Sociedad Centro Médico y Dental Fundación Ltda. consta de escritura pública de fecha 09 de septiembre de 2015, otorgada ante Notario Público de Santiago, doña Miryam Amigo Arancibia.

La personería de Lilia Jerez Arévalo para representar a la Dirección del Trabajo, consta en el Decreto Supremo N°32 de 28 de agosto de 2020, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Suscriben el presente Convenio, en representación de las respectivas Instituciones.



S

Sandra Pérez Adad
Representante Legal
Centro Médico y Dental Fundación
Ltda.



Lilia Jerez Arevalo

LILIA JEREZ AREVALO
ABOGADA
DIRECTORA DEL TRABAJO

Anexo 1

Especialidades médicas:

- Broncopulmonar
- Cardiología
- Cirugía Digestiva
- Cirugía General
- Cirugía Oncológica de mamas
- Cirugía Vascul Periférica
- Dermatología
- Diabetología
- Endocrinología Adulto
- Gastroenterología
- Geriátria
- Ginecología
- Hematología
- Medicina General y Familiar
- Medicina Interna
- Neurología
- Nutrición (Médico)
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría
- Pediatría
- Reumatología
- Traumatología
- Urología

Exámenes y procedimientos:

- Fototerapia
- Ecografías
- Mamografías
- Radiología
- Scanner
- Densitómetro óseo
- Exámenes de otorrinolaringología
- Exámenes respiratorios
- Exámenes oftalmología
- Electrocardiogramas
- Holter de presión
- Holter de arritmia
- Endoscopia digestiva alta
- Kinesiología

- Kinesiología Piso Pélvico
- Laboratorio Clínico
- Vacunatorio

Especialidades dentales:

- Cirugía Odontológica
- Disfunción Temporomandibular
- Endodoncia
- Implantes
- Odontopediatría
- Odontología General
- Odontología Geriátrica
- Ortodoncia
- Periodoncia
- Rehabilitador oral
- Rehabilitación sobre implantes
- Radiografías:
 - ✓ Radiografía Retroalveolar
 - ✓ Radiografía Retroalveolar total
 - ✓ Radiografía Oclusal
 - ✓ Radiografía Panorámica
 - ✓ Radiografía Bite Wing
 - ✓ Telerradiografía
 - ✓ Análisis cefalométrico

Otros servicios profesionales:

- Enfermería
- Fonoaudiología
- Matrona
- Nutricionista
- Podología clínica
- Psicología adultos

Medicina preventiva:

- Programa preventivo del embarazo
- Programa preventivo del niño
- Programa preventivo del adulto y adulto mayor: hombres y mujeres desde 15 años
- Programas preventivos especiales para empresas
- Programas preventivos laborales

Servicios Telemedicina:

- Broncopulmonar
- Cardiología
- Cirugía Oncológica en Mamas
- Dermatología
- Diabetología
- Endocrinología Adulto
- Hematología
- Matrona
- Medicina General
- Medicina Interna
- Nutrición
- Otorrinolaringología
- Patologías Endocrinas
- Psicología adultos

ANEXO N° 2 - ARANCEL MÉDICO

PRESTACIONES GENERALES EN CENTRO MÉDICO FUNDACIÓN 2020		Valor Pcte. Particular Convenio Empresa	
CODIGO	DESCRIPCION	Arancel convenio	Arancel particular
CONSULTAS MEDICAS			
\$ 101.702	CONSULTA MEDICA - CARDIOLOGIA	\$ 21.795	\$ 26.152
\$ 101.709	CONSULTA MEDICA - CIRUGIA GENERAL	\$ 20.003	\$ 24.009
0101710	CONSULTA MEDICA - CIRUGIA INFANTIL	\$ 20.003	\$ 24.009
0101713	CONSULTA MEDICA - CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	\$ 20.209	\$ 24.257
0101714	CONSULTA MEDICA - COLOPROCTOLOGIA	\$ 20.003	\$ 24.009
0101716	CONSULTA MEDICA - DIABETOLOGIA	\$ 25.503	\$ 30.612
0101719	CONSULTA MEDICA - ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTOS	\$ 21.795	\$ 26.152
0101721	CONSULTA MEDICA - GASTROENTEROLOGIA	\$ 20.188	\$ 24.226
\$ 101.724	CONSULTA MEDICA - GERIATRIA	\$ 25.256	\$ 30.303
0101727	CONSULTA MEDICA - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	\$ 20.003	\$ 24.009
0101729	CONSULTA MEDICA - HEMATOLOGIA	\$ 25.276	\$ 30.334
0101732	CONSULTA MEDICA - INMUNOLOGIA	\$ 25.276	\$ 30.334
\$ 101.735	CONSULTA MEDICA - MEDICINA GENERAL ADULTO	\$ 19.549	\$ 23.453
0101737	CONSULTA MEDICA - MEDICINA INTERNA	\$ 20.188	\$ 24.226
0101743	CONSULTA MEDICA - NEUROLOGIA	\$ 25.503	\$ 30.612
0101745	CONSULTA MEDICA - OFTALMOLOGIA	\$ 29.242	\$ 35.092
0101747	CONSULTA MEDICA - OTORRINOLARINGOLOGIA	\$ 25.503	\$ 30.612
0101748	CONSULTA MEDICA - PEDIATRIA	\$ 20.188	\$ 24.226
0101749	CONSULTA MEDICA - PSICOLOGIA	\$ 17.170	\$ 20.610
0101751	CONSULTA MEDICA - PSIQUIATRIA	\$ 33.877	\$ 40.644
0101752	CONSULTA MEDICA - PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA	\$ 33.877	\$ 40.644
0101755	CONSULTA MEDICA - TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	\$ 20.003	\$ 24.009
\$ 101.756	CONSULTA MEDICA - TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA INFANTIL	\$ 20.003	\$ 24.009
0101757	CONSULTA MEDICA - UROLOGIA	\$ 23.700	\$ 28.438
0101759	CONSULTA MEDICA - ENDOCRINOLOGIA	\$ 25.503	\$ 30.612
0101761	CONSULTA MEDICA - DERMATOLOGIA	\$ 25.256	\$ 30.303
0101762	CONSULTA MEDICA - REUMATOLOGIA	\$ 25.503	\$ 30.612
		\$ -	\$ -
OTRAS CONSULTAS PROFESIONALES			
\$ 104.702	CONSULTA PSICOPEDAGOGO	\$ 13.689	\$ 16.418
0104704	CONSULTA NUTRICIONISTA	\$ 16.779	\$ 20.137
\$ 8.801.001	ACUPUNTURA	\$ 16.758	\$ 20.106
		\$ -	\$ -
EXAMEN EN CENTRO MÉDICO			
0302047	HEMOGLUCOTEST	\$ 1.844	\$ 2.215
		\$ -	\$ -
KINESIOLOGIA			
0601001	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR ARTICULAR POSTURAL NEUROLOGICA Y FUNCIONAL (MAXIMO 2 POR TRAT)	\$ 3.121	\$ 3.739
0601005	* RADIACION INFRARROJA HORNO BAÑO PARAFINA COMPRESAS HUMEDAS C/U (PROC.AUT.)	\$ 1.504	\$ 1.803
0601007	* TURBION TANQUE CON REMOLINO (HIPER O HIPOTERMAL BAÑO DE CONTRASTE) (PROC.AUT.)	\$ 3.440	\$ 4.130
0601008	* LASERTERAPIA (PROC.AUT.)	\$ 3.646	\$ 4.378
0601009	* ONDA CORTA (ULTRATERMIA) MICROONDAS C/U (PROC.AUT.)	\$ 3.100	\$ 3.729
0601010	* RADIACION ULTRAVIOLETA LOCALIZADA (PROC.AUT.)	\$ 1.586	\$ 1.906
0601011	* ULTRASONIDO (PROC.AUT.)	\$ 3.440	\$ 4.130
0601012	* ANALGESIA TRANSCUTANEA (TENS) (PROC.AUT.)	\$ 1.916	\$ 2.297
0601013	* ESTIMULACION ELECTRICA (INTERFERENCIAL DIADINAMICAS EXPONENCIALES GALVANICA FARADICA ULTRAEXC	\$ 3.100	\$ 3.729
\$ 601.016	* COMPRESION NEUMATICA (MASAJE COMPRESIVO) (PROC.AUT.)	\$ 2.039	\$ 2.441
0601017	* EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y PROCEDIMIENTOS DE KINESITERAPIA TORACICA (VENTILACION PULMONAR LOCALIZA	\$ 4.378	\$ 5.253
0601018	* ENTRENAMIENTO ERGOMETRICO CON TREADMILL O CICLOERGOMETRO (PROC.AUT.)	\$ 4.027	\$ 4.841
\$ 601.020	* ENTRENAMIENTO PROTESICO EXTREMIDADES (PROC.AUT.)	\$ 3.100	\$ 3.729
\$ 601.021	* MANIPULACION OSTEOPATICA (LIBERACION ARTICULAR MANIPULACION VERTEBRAL) (PROC.AUT.)	\$ 2.287	\$ 2.750
0601022	* MASOTERAPIA POR SESION (PROC.AUT.)	\$ 4.027	\$ 4.841
0601024	* REEDUCACION MOTRIZ (EJERCICIOS TERAPEUTICOS PARA RECUPERACION MUSCULAR CAPACIDAD DE TRABAJO COO	\$ 2.575	\$ 3.090
0601025	* TECNICAS DE FACILITACION TECNICAS DE INHIBICION (KABAT Y/O BOBATH) (PROC.AUT.)	\$ 2.400	\$ 2.874
0601026	* TECNICAS DE RELAJACION (ENTRENAMIENTO AUTOGENO SCHULTZ JACOBSON O SIMILAR) (PROC.AUT.)	\$ 5.356	\$ 6.438
0601027	* TRACCION CERVICAL Y/O LUMBAR (MECANICA O MANUAL) (PROC.AUT.)	\$ 1.730	\$ 2.081
0601028	* ENTRENAMIENTO CARDIORESPIRATORIO (SESIONES INDIVIDUALES MINIMO 30 MINUTOS) (PROC.AUT.)	\$ 3.255	\$ 3.914
0601029	ATENCION KINESIOLOGICA INTEGRAL c/s	\$ 13.349	\$ 16.017
0601029PP	TTO. KINESIOLOGIA INTEGRAL PISO PÉLVICO c/s	\$ 31.600	\$ 37.914
0601030	* DRENAJES POSTURALES BRONQUIALES (PROC.AUT.)	\$ 1.586	\$ 1.906
		\$ -	\$ -
SALUD MENTAL			
0901005	ATENCION PSIQUIATRICA O PSICOTERAPIA DE FAMILIA INDIVIDUAL DE RELAJACION O DE MANEJO (CON FAMILIA	\$ 33.877	\$ 40.644
0901010	PSICOTERAPIA DE PAREJA (POR CADA MIEMBRO DE LA PAREJA)	\$ 33.877	\$ 40.644
0902002	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (SESIONES 45)	\$ 17.170	\$ 20.610
0902003	PSICOTERAPIA DE PAREJA (CADA MIEMBRO DE LA PAREJA) (SESION 45)	\$ 17.170	\$ 20.610
0902010	TEST DE RORSCHACH	\$ 47.668	\$ 57.206
0902011	TEST DE RELACIONES OBJETALES	\$ 37.657	\$ 45.186
0902012	TEST DE APERCEPCION TEMATICA T.A.T. C.A.T.H O C.A.T.A.	\$ 37.657	\$ 45.186
0902013	TEST DE EDWARDS	\$ 17.695	\$ 21.228
0902015	TEST DE WESCHLER WAIS WISC O WPPSI	\$ 27.656	\$ 33.187
0902017	TEST DE BENDER	\$ 17.695	\$ 21.228
0902018	BENDER BIP	\$ 17.695	\$ 21.228
\$ 902.019	TEST DE GOLDSTEIN	\$ 27.656	\$ 33.187
		\$ -	\$ -
PROCEDIMIENTOS DIAG. NEUROLOGIA			
\$ 1.101.043	ELECTROENCEFALOGRAMA 32 canales con y sin privación de sueño adultos, niños y lactantes	\$ 54.322	\$ 65.189
		\$ -	\$ -
PROCEDIMIENTOS DIAG. OFTALMOL			
1201001	& CAMPIMETRIA DE PROYECCION C/OJO (PROC.AUT.)	\$ 9.270	\$ 11.124
1201003	& CUANTIFICACION DE LAGRIMACION (TEST DE SCHIRMER) UNO O AMBOS OJOS	\$ 3.502	\$ 4.192

1201004	& CURVA DE TENSION APLANATICA (POR CADA DIA) C/OJO	\$ 8.662	\$ 10.393
1201005	& DIPLOSCOPIA CUANTITATIVA AMBOS OJOS	\$ 5.026	\$ 6.026
1201009	& EXPLORACION SENSORIOMOTORA: ESTRABISMO ESTUDIO COMPLETO AMBOS OJOS	\$ 20.023	\$ 24.030
1201010	& PERIMETRIA DE GOLDMAN O PERIMETRIA CINETICA C/OJO	\$ 17.160	\$ 20.590
1201011	& PRUEBAS DE PROVOCACION PARA GLAUCOMA (PRUEBA DE OSCURIDAD U OTRAS) UNO O AMBOS OJOS	\$ 10.712	\$ 12.854
1201014	& TONOMETRIA APLANATICA C/OJO	\$ 2.946	\$ 3.533
1201015	& TRATAMIENTO ORTOPTICO Y/ O PLEOPTICO (POR SESION) AMBOS OJOS	\$ 6.489	\$ 7.797
\$ 1.201.019	EXPLORACION VITREORRETINAL AMBOS OJOS	\$ 10.444	\$ 12.535
1201020	& ECOBIOMETRIA CON CALCULO DELENTE INTRAOCULAR AMBOS OJOS.	\$ 35.875	\$ 43.054
1201042	& CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA C/OJO	\$ 26.265	\$ 31.518
1201043	& TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA C/OJO	\$ 42.518	\$ 51.016
		\$ -	\$ -
PROCEDIMIENTOS DIAG. OTORRINO			
1301008	AUDIOGRAMA # EN NIÑOS	\$ 15.048	\$ 18.056
1301009	# IMPEDANCIOMETRIA	\$ 9.610	\$ 11.536
\$ 1.301.010	# PRUEBA DE AUDIFONOS	\$ 7.210	\$ 8.652
1301016	# PERMEABILIDAD TUBARIA ESTUDIO INSTRUMENTAL DE	\$ 6.489	\$ 7.797
1301017	# PRUEBA CALORICA (PROC.AUT.)	\$ 6.489	\$ 7.797
\$ 1.301.019	# TEST DE GLICEROL (CON DOS AUDIOMETRIAS)	\$ 25.812	\$ 30.972
1301020	# VIII PAR ESTUDIO DE (EXAMEN COCLEOVESTIBULAR) (INCLUYE AUDIOMETRIA COMPLETA EXAMEN CEREBELOSO	\$ 28.541	\$ 34.258
1301021	AUDIOGRAMA # EN ADULTOS	\$ 12.844	\$ 15.419
PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICO OTORRINO			
\$ 1.301.025	** TAPONAMIENTO ANTERIOR (PROC. AUT.)	\$ 6.211	\$ 7.457
\$ 1.301.026	** TAPONAMIENTO POSTERIOR	\$ 18.602	\$ 22.320
1301029	CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NAALES EN ADULTOS	\$ 8.858	\$ 10.630
1301030	CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NAALES EN NIÑOS	\$ 18.602	\$ 22.320
1301042	CUERPO EXTRAÑO EN OIDO EXTRACCION DE (INCLUYE TAPON DE CERUMEN) EN ADULTOS	\$ 6.211	\$ 7.457
1301043	CUERPO EXTRAÑO EN OIDO EXTRACCION DE (INCLUYE TAPON DE CERUMEN) EN NIÑOS	\$ 18.602	\$ 22.320
		\$ -	\$ -
FONDAUDIOLÓGIA			
1303001	EVALUACION DE LA VOZ (INCLUYE RESPIRACION TONICIDAD MUSCULAR PERFIL VOCAL E INFORME) (PROC.AUT.)(1	\$ 12.257	\$ 14.708
1303002	EVALUACION DEL HABLA (INCLUYE ARTICULACION PROSODIA DISCRIMINACIONES AUDITIVAS ETC. E INFORME) (P	\$ 12.257	\$ 14.708
1303003	EVALUACION DEL LENGUAJE (INCLUYE VOZ HABLA Y ASPECTO SEMANTICO SINTACTICO Y FONOLOGICO ETC. E INF	\$ 15.996	\$ 19.189
1303004	REHABILITACION DE LA VOZ (MAXIMO SESIONES ANUALES) (CADA SESION MINIMO 30)	\$ 12.257	\$ 14.708
1303005	REHABILITACION DEL HABLA Y/O DEL LENGUAJE (MAXIMO SESIONES ANUALES)(CADA SESION MINIMO 30)	\$ 12.257	\$ 14.708
		\$ -	\$ -
PROCEDIMIENTOS DERMATOLÓGICOS			
1601110	CURETAJE DE LESIONES VIRALES Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES	\$ 37.080	\$ 44.496
1601111	APLICACION DE INMUNOMODULADORES, QUIMICOS Y SIMILARES HASTA	\$ 24.720	\$ 29.664
1601116	CRIOTERAPIA HASTA 5 LESIONES	\$ 24.720	\$ 29.664
1601117	CRIOTERAPIA 6 A 10 LESIONES	\$ 37.080	\$ 44.496
1601118	TUMOR MALIGNO POR CRIOCIRUGIA (POR CADA LESION)	\$ 70.565	\$ 84.687
1601119	INYECCION INTRACUTANEA EN AREAS HASTA 9 CMS2	\$ 24.710	\$ 29.654
1601120	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTANEO MECANICO	\$ 49.440	\$ 59.328
1601121	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTANEO QUIMICO	\$ 37.080	\$ 44.496
		\$ -	\$ -
CIRUGIAS DERMATOLÓGICAS			
1602201	BIOPSIA DE PIEL Y/O MUCOSA POR CURETAJE O SECCION TANGENCIAL	\$ 98.355	\$ 118.028
1602202	- CABEZA, CUELLO, GENITALES HASTA 3 LESIONES	\$ 172.226	\$ 206.670
1602203	- RESTO DEL CUERPO HASTA 3 LESIONES	\$ 114.804	\$ 137.763
1602204	- CABEZA, CUELLO Y GENITALES DESDE 4 Y HASTA 6 LESIONES	\$ 344.473	\$ 413.360
1602205	- RESTO DEL CUERPO DESDE 4 Y HASTA 6 LESIONES	\$ 229.608	\$ 275.535
1602206	EXTIRPACION DE LESIONES BENIGNAS POR SEC TANGENCIAL,	\$ 114.804	\$ 137.763
1602207	TRATAMIENTO POR ELECTRO DE HEMANGIOMAS O TELANGECTASIAS	\$ 114.804	\$ 137.763
1602211	- CABEZA, CUELLO, GENITALES	\$ 358.801	\$ 430.561
1602212	- RESTO DEL CUERPO	\$ 287.051	\$ 344.463
1602213	- CABEZA, CUELLO, GENITALES O MELANOMA CUALQUIER UBICACION	\$ 287.051	\$ 344.463
1602214	- RESTO DEL CUERPO	\$ 215.291	\$ 258.355
1602215	TUMORES VASCULARES PROFUNDOS CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO,	\$ 358.801	\$ 430.561
1602216	TUMORES VASCULARES PROFUNDOS RESTO DEL CUERPO	\$ 287.051	\$ 344.463
1602221	HERIDA CORTANTE O CONTUSA COMPLICADA, REPARACION Y SUTURA	\$ 163.925	\$ 196.709
1602222	HERIDA CORTANTE O CUNTUSA NO COMPLICADA, REPARACION Y SUTURA	\$ 44.156	\$ 52.994
1602223	- CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, GENITALES	\$ 215.291	\$ 258.355
1602224	- RESTO DEL CUERPO	\$ 179.302	\$ 215.167
1602225	VACIAMIENTO Y CURETAJE QUIRURGICO DE LESIONES QUISTICAS O	\$ 114.804	\$ 137.763
1602231	ONICECTOMIA TOTAL O PARCIAL SIMPLE	\$ 45.917	\$ 55.095
1602232	CIRUGIA REPARADORA UNGUEAL POR PROCESO INFLAMATORIO	\$ 143.541	\$ 172.247
1602233	CORRECCION QUIRURGICA DE DEFECTO CONGENITO O POR TUMOR	\$ 229.608	\$ 275.535
1602240	CURACION POR MEDICO, QUEMADURA O SIMILAR MENOR AL 5%	\$ 31.920	\$ 38.306
1602241	CURACION POR MEDICO, QUEMADURA O SIMILAR 5 A 10% SUPERFICIE	\$ 57.443	\$ 68.928
1602242	CURACION POR MEDICO, QUEMADURA O SIMILAR MAYOR AL 10%	\$ 103.350	\$ 124.022
		\$ -	\$ -
EXAMENES CARDIOLÓGICOS			
1701001	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLEJOS POR DERIVACION)	\$ 10.980	\$ 13.184
1701006	E.C.G. CONTINUO (TEST HOLTEN O SIMILARES POR EJ. VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA Y/O ALTA RES	\$ 52.221	\$ 62.665
\$ 1.701.009	MONITOREO CONTINUO DE PRESION ARTERIAL O HOLTEN DE PRESION A	\$ 37.770	\$ 45.330
		\$ -	\$ -
EXAMENES RESPIRATORIOS			
1707002	ESPIROMETRIA BASAL Y CON BRONCODILATADOR	\$ 17.901	\$ 21.486
1707004	PROVOCACION CON EJERCICIO TEST DE	\$ 26.924	\$ 32.311
1707005	PROVOCACION CON HISTAMINA (PD 20) TEST DE (INCLUYE LA ESPIROMETRIA BASAL Y EL TRATAMIENTO DE LOS EF	\$ 28.387	\$ 34.062
1707011	CURVA RELACION FLUJO VOLUMEN	\$ 14.214	\$ 17.067
		\$ -	\$ -
PROCEDIMIENTOS RESPIRATORIOS			
1707030	AEROSOLTERAPIA CON AIRE COMPRIMIDO Y OXIGENO (EN ATENCION CERRADA INCLUIDA EN VALOR DIA CAMA)	\$ 2.462	\$ 2.956

1707054	SATURACION DE O2 EN REPOSO Y/O EJERCICIO (CON OXIMETRO) (EN ATENCION CERRADA INCLUIDA EN VALOR DIA	\$ 5.675	\$ 6.808
\$ 307.024	REACCION CUTANEA ALERGENOS (INCLUYE EL VALOR DE LOS ANTIGENOS)c/set.	\$ 9.260	\$ 11.114
		\$ -	\$ -
ENDOSCOPIA			
1801001	GASTRODUODENOSCOPIA (INCLUYE ESOFAGOSCOPIA).	\$ 60.162	\$ 72.193
1801037	UREASA TEST DE (PARA HELICOBACTER PYLORI) O SIMILAR	\$ 9.754	\$ 11.701
		\$ -	\$ -
PROCEDIMIENTOS UROLOGICOS			
\$ 1.901.019	INSTILACION VESICAL (INCLUYE COLOCACION DE SONDA) PROC. AUT.	\$ 12.762	\$ 15.306
\$ 1.901.022	VAC. VESICAL POR SONDA URETRAL (PROC. AUT.)	\$ 12.762	\$ 15.306
		\$ -	\$ -
PROCEDIMIENTOS GINECOLOGICOS			
2001015	& COLOCACION O EXTRACCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (NO INCLUYE EL VALOR DEL DISPOSITIVO)	\$ 14.976	\$ 17.974
		\$ -	\$ -
PROCEDIMIENTOS TRAUMATOLOGICOS			
2101001	INFILTRACION LOCAL MEDICAMENTOS (BURSAS TENDONES YUXTAARTICULARES Y/O INTRAARTICULARES) Y/O PUNCI	\$ 12.762	\$ 15.306
\$ 2.104.100	PANADIZO, TRAT. QUIR.	\$ 31.487	\$ 37.780
\$ 2.105.004	RODILLERA BOTA LARGA O CORTA DE YESO	\$ 26.615	\$ 31.940
2105006	YESO ANTEBRAQUIAL C/S FERULA DIGITAL	\$ 26.615	\$ 31.940
2105007	YESO BRAQUICARPIANO	\$ 26.615	\$ 31.940
\$ 2.107.003	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MENORES (EL RESTO)	\$ 42.209	\$ 50.655
		\$ -	\$ -
PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA			
\$ 1.601.700	CURACION PLANA	\$ 5.377	\$ 6.448
\$ 1.601.701	CURACION SIMPLE QUEMADOS GRADO 1	\$ 10.063	\$ 12.082
\$ 1.601.702	CURACION MEDIANA	\$ 13.205	\$ 15.841
\$ 1.601.703	CURACION COMPLICADA	\$ 16.882	\$ 20.250
\$ 1.601.704	INYECCION ENDOVENOSA	\$ 11.000	\$ 13.205
\$ 1.601.705	INYECCION INTRAMUSCULAR, SUBCUTANEA, INTRADERMICA C/U	\$ 7.622	\$ 9.157
		\$ -	\$ -
ANATOMIA PATOLOGICA			
0801001	CITODIAGNOSTICO CORRIENTE, EXFOLIATIVA (PAPANICOLAU Y SIMILARES)(POR CADA ORGANO)	\$ 10.084	\$ 12.103
0801002	CITOLOGIA ASPIRATIVA (POR PUNCIÓN); POR CADA ORGANO	\$ 14.945	\$ 17.932
0801003	** ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON MICROSCOPIA ELECTRONICA (POR CADA ORGANO)	\$ 47.020	\$ 56.423
0801004	** ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TECNICAS DE INMUNOHISTOQUIMICA O INMUNOFLOURESCENCIA (POR CADA OR	\$ 40.726	\$ 48.874
0801005	** ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TECNICAS HISTOQUIMICAS ESPECIALES (INCLUYE DESCALCIFICACION) (POR CADA	\$ 30.622	\$ 36.750
0801006	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE BIOPSIA CONTEMPORANEA (RAPIDA) A INTERVENCIONES QUIRURGICAS (POR CADA C	\$ 40.726	\$ 48.874
0801007	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TINCION CORRIENTE DE BIOPSIA DIFERIDA CON ESTUDIO SERIADO (MINIMO 10 MUE	\$ 40.726	\$ 48.874
0801008	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CORRIENTE DE BIOPSIA DIFERIDA (POR CADA ORGANO)	\$ 20.518	\$ 24.617
		\$ -	\$ -
SALA PROCEDIMIENTO Y CIRUGIA MENOS AMB			
9998001	SALA DE PROCEDIMIENTOS 1	\$ 27.357	\$ 32.836
9998002	SALA DE PROCEDIMIENTOS 2	\$ 30.107	\$ 36.132
9998003	SALA DE PROCEDIMIENTOS 3	\$ 34.062	\$ 40.870
9999001	PABELLON 1	\$ 31.889	\$ 38.265
9999002	PABELLON 2	\$ 35.051	\$ 42.065
9999003	PABELLON 3	\$ 38.574	\$ 46.288
9999004	PABELLON 4	\$ 41.581	\$ 49.893
		\$ -	\$ -
Otras prestaciones			
7001703A	INSUMOS PABELLON N°2	\$ 10.867	\$ 13.040
7001703B	INSUMOS PABELLON N°3	\$ 26.955	\$ 32.342
7002013	INSUMOS SALA PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA	\$ 17.397	\$ 20.878
7002014A	HUMIDIFICADOR VASO PLASTICO DE OXIGENO	\$ 2.843	\$ 3.409
7005707B	EXTRACCION YESO COLOCADO EXTERNO	\$ 7.962	\$ 9.548
7501001	VIADIL SIMPLE AMP.	\$ 2.276	\$ 2.730
7501002VC	VIADIL COMPUESTO AMP.	\$ 2.843	\$ 3.409
7501004	BERODUAL SOLUCION 20ML.	\$ 8.528	\$ 10.228
7501005	BETAMETASONA 4 MG. AMP.1ML	\$ 1.133	\$ 1.360
7501009	CAPOTEN O CAPTOPRIL SUBLINGUAL 25MG.	\$ 3.749	\$ 4.501
7501011	FUROSEMIDA AMP 20 MG	\$ 1.133	\$ 1.360
7501014	DIPIRONA (METAMIZOL)	\$ 567	\$ 680
7501018	SUERO GLUCOSADO 10% 1000 CC	\$ 4.089	\$ 4.913
7501019	SUERO GLUCOSADO 5% 500 CC	\$ 3.636	\$ 4.367
7501020	SUERO GLUCOSALINO 1000 CC	\$ 3.976	\$ 4.779
7501022	PENICILINA BENZATINA 1.200.000	\$ 3.409	\$ 4.089
7501023	CLORFENAMINA 10MG X1ML.	\$ 1.133	\$ 1.360
7501024	CIDOTÉN INYECTABLE	\$ 10.228	\$ 12.278
7501025	DICLOFENACO SÓDICO, CATAFLAM, ARTEN, LERTUS AMP.	\$ 1.710	\$ 2.050
7501027	PRONTOSAN GEL	\$ 17.057	\$ 20.466
7501028	APOSITO SILNET	\$ 4.553	\$ 5.459
7501029	PENICILINA SODICA 1.000.000	\$ 3.409	\$ 4.089
7501030	NEFERSIL O CLONIXINATO DE LISINA 200MG.AMP.	\$ 4.779	\$ 5.727
7501032	PROFENID INYECTABLE (KETOPROFENO 100 MG)	\$ 10.228	\$ 12.278
7505001	VASELINA LIQUIDA ESTERIL AMP	\$ 793	\$ 958
7505003	BAJADA DE SUERO	\$ 2.101	\$ 2.524
7505004	BISTURI	\$ 340	\$ 412
7505005	LIDOCAINA AMPOLLA	\$ 340	\$ 412
7505006	GASA ud.	\$ 227	\$ 268
7505010	BANDA DE EJERCICIO AMARILLA	\$ 3.409	\$ 4.089
7505016	APOSITO ESPUMA HIDROFILICA PLATA (UD.)	\$ 11.371	\$ 13.648
7505028	NEBULIZACIÓN ADULTO (PROCESO COMPLETO) SIN MEDICAMENTO	\$ 3.409	\$ 4.089
7505029	NEBULIZACION NIÑOS(PROCESO COMPLETO)SIN MEDICAMENTO	\$ 3.409	\$ 4.089
7505034	NEBULIZACION CON MEDICAMENTO	\$ 6.252	\$ 7.498
7505035	APOSITO ADHESIVO TRANSPARENTE (TEGADERM) 6X7	\$ 2.050	\$ 2.451
7505035A	GASA ESTERIL ADAPTIC	\$ 567	\$ 680
7505035B	APOSITO ADHESIVO TRANSPARENTE (TEGADERM) 3X5	\$ 1.133	\$ 1.360
7505036	APOSITO TEGADERM CON GASA	\$ 4.553	\$ 5.459
7505037	ALGINATO DE PLATA EN CREMA	\$ 10.805	\$ 12.957
7505038	APOSITO TRADICIONAL 10X20	\$ 1.133	\$ 1.360
7505042	BRAUNULA	\$ 1.133	\$ 1.360

7505043	GASA PARAFINADA CON PLATA	\$	5.346	\$	6.417
7505049	SUERO FISIOLÓGICO 1.000 MG	\$	1.761	\$	2.112
7505050	SUERO FISIOLÓGICO 500 ML	\$	1.360	\$	1.638
7505051	SUERO FISIOLÓGICO 250 ML	\$	793	\$	958
7505052	SUERO FISIOLÓGICO 100 ML	\$	1.246	\$	1.504
7506006	TAPA AMARILLA	\$	567	\$	680
7506007	APOSITO TEGADERM CON GASA 6X10	\$	2.276	\$	2.730
7506008	JERINGA 20 CC	\$	793	\$	958
7506009	MANIOBRAS DE REPOSICIÓN	\$	28.418	\$	34.103
7506011	APOSITO CARBON ACTIVADO + PLATA ACTISORB PLUS 6.5 X 9.5	\$	11.371	\$	13.648
7506013	EJERCICIOS DE REHABILITACION VESTIBULAR	\$	28.418	\$	34.103
7506015	DOMPERIDONA AMPOLLA	\$	1.710	\$	2.050
7506016	PRIMAPORE UNIDAD	\$	1.133	\$	1.360
7506017	SAFGEL 85 GR.	\$	5.686	\$	6.819
7506018	PERLAS DE NITRATO DE PLATA	\$	1.710	\$	2.050
7506019	APOSITO CON ALGINATO DE CALCIO LAMINA 10X10	\$	4.553	\$	5.459
7506019A	APOSITO CON ALGINATO DE CALCIO LAMINA 6X6	\$	3.976	\$	4.779
7506019B	APOSITO CON ALGINATO DE CALCIO LAMINA 15X15	\$	7.962	\$	9.548
7506020	APOSITO ESPUMA HIDROFILICA 10X10	\$	10.001	\$	12.010
7506020A	APOSITO ESPUMA HIDROFILICA 5X5	\$	6.252	\$	7.498
7506024	APOSITO DACC (APOSITO)	\$	5.686	\$	6.819
7506024A	APOSITO DACC (GASA)	\$	3.976	\$	4.779
7506026	CAVILON, PROTECTOR DE SUPERFICIES	\$	2.843	\$	3.409
7506033	APOSITO ALGINATO PLATA EN CREMA	\$	13.648	\$	16.367
7506034	EQUIPO CURACION DESECHABLE	\$	3.976	\$	4.779
7506036	EPINEFRINA 1 MG AMP	\$	567	\$	680
7506037	INSUMOS ESCLEROTERAPIA	\$	1.133	\$	1.360
7601001	CONSULTA PODOLOGIA	\$	9.888	\$	11.866

ARANCEL DENTAL C. MEDICO Y DENTAL FUNDACION

Código Propio	Código Isapre	Código Sonda	Descripción	Arancel 2021
50-01-001	50-01-001	5001001	EXAMEN INICIAL,PLAN DE TTO. Y PRESUPUESTO	\$ 12.210
50-01-001-1	50-01-001	50010011	EXAMEN INICIAL,PLAN DE TTO. Y PRESUPUESTO	\$ 12.210
50-01-003	50-01-003	5001003	CONSULTA DE URGENCIA Y/O URGENCIA SIMPLE	\$ 8.130
50-01-003-1	50-01-003	50010031	CONSULTA DE URGENCIA Y/O URGENCIA SIMPLE	\$ 8.130
50-01-004	50-01-004	5001004	HIGIENE BUCAL, EN ADULTOS	\$ 16.270
50-01-005	50-01-005	5001005	APLICACIÓN DE SELLANTE POR HEMIARCADA	\$ 12.210
50-01-006	50-01-006	5001006	ESTUDIO PRELIMINAR CLÍNICO, RADIOGRÁFICO Y MODELOS	\$ -
50-01-007	50-01-007	5001007	INFORMES PERICIALES	\$ -
50-01-008	50-01-008	5001008	RECEMENTACIÓN DE CORONA SIN CORRECCIONES	\$ 15.750
50-01-009	50-01-009	5001009	RECEMENTACIÓN DE CORONAS CON AJUSTE OPERATORIO	\$ 31.480
50-01-010	50-01-010	5001010	RECEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN CON AJUSTE OPERATORIO	\$ 23.620
50-01-012	50-01-012	5001012	RECEMENTACIÓN DE PUENTE CON AJUSTE OPERATORIO	\$ 31.480
50-01-013	50-01-013	5001013	RECEMENTACIÓN DE PUENTE DEFINITIVO SIN CORRECCIONES	\$ 19.680
50-01-014	50-01-014	5001014	RECEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN SIN CORRECCIONES	\$ 15.750
50-01-015	50-01-015	5001015	TRATAMIENTO DE ALVEOLITIS-ALVEOLORRAGIA	\$ 23.370
50-01-016	50-01-016	5001016	FLUORACIÓN TÓPICA (GEL) TOTAL NIÑOS Y ADULTOS	\$ 15.580
50-01-017	50-01-017	5001017	CONTROL Y EXAMEN PERIÓDICO DE RIGOR	\$ 8.130
50-01-017-1	50-01-017	50010171	CONTROL Y EXAMEN PERIÓDICO DE RIGOR	\$ 8.130
50-01-018	50-01-018	5001018	TREPANACIÓN DE INCRUSTACIONES Y FÉRULAS	\$ 15.580
50-01-018-1	50-01-018	50010181	TREPANACIÓN DE INCRUSTACIONES Y FÉRULAS	\$ 15.580
50-01-019	50-01-019	5001019	TREPANACIÓN POR URGENCIA	\$ 20.340
50-01-019-1	50-01-019	50010191	TREPANACIÓN POR URGENCIA	\$ 20.340
50-01-020	50-01-020	5001020	RETIRO ESPIGA METÁLICA DEL CONDUCTO	\$ 36.610
50-01-020-1	50-01-020	50010201	RETIRO ESPIGA METÁLICA DEL CONDUCTO	\$ 36.610
50-01-100	50-01-100	5001100	CONSULTA ESTUDIO	\$ -
50-01-100-1	50-01-100	50011001	CONSULTA ESTUDIO	\$ -
50-02-001	50-02-001	5002001	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR (1 PZA.)	\$ 4.340
50-02-001P	50-02-001	5002001P	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR (1 PZA.)	\$ 2.170
50-02-001-1	50-02-001	50020011	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR (1 PZA.)	\$ 4.340
50-02-002	50-02-002	5002002	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR TOTAL	\$ 28.920
50-02-002P	50-02-002	5002002P	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR TOTAL	\$ 14.460
50-02-002-1	50-02-002	50020021	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR TOTAL	\$ 28.920
50-02-003	50-02-003	5002003	RADIOGRAFÍA OCLUSAL	\$ 8.670
50-02-003P	50-02-003	5002003P	RADIOGRAFÍA OCLUSAL	\$ 4.330
50-02-004	50-02-004	5002004	RADIOGRAFÍA POR ALETA MORDIDA O BITE-WING ADULTO	\$ 6.270
50-02-004P	50-02-004	5002004P	RADIOGRAFÍA POR ALETA MORDIDA O BITE-WING ADULTO	\$ 3.130
50-02-004-1	50-02-004	50020041	RADIOGRAFÍA POR ALETA MORDIDA O BITE-WING ADULTO	\$ 6.270
50-02-005	50-02-005	5002005	SCANNER O TOMOGRAFIA PARCIAL	\$ -
50-02-006	50-02-006	5002006	CONE BEAN	\$ -
50-02-007	50-02-007	5002007	TELERADIOGRAFÍA	\$ 9.300
50-02-007-P	50-02-007	5002007P	TELERADIOGRAFÍA	\$ 6.510
50-02-0071	50-02-007	50020071	TELERADIOGRAFÍA	\$ 9.300
50-02-010	50-02-010	5002010	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA	\$ 26.020
50-02-010	50-02-010P	5002010P	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA	\$ 18.210
50-02-010-1	50-02-010	50020101	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA	\$ 26.020
50-02-011	50-02-011	5002011	ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO	\$ 10.330
50-02-011	50-02-011	50020111	ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO	\$ 10.330
50-02-019	50-02-019	5002019	RADIOGRAFÍA POR ALETA MORDIDA O BITE-WING NIÑO	\$ 3.000
50-03-001	50-03-001	5003001	EXTRACCIÓN SIMPLE	\$ 24.400
50-03-002	50-03-002	5003002	EXTRACCIÓN PIEZA SEMI-INCLUÍDA O EXTRACCIÓN A COLGAJO	\$ 32.540
50-03-003	50-03-003	5003003	EXTRACCIÓN PIEZA INCLUÍDA	\$ 65.070
50-03-004	50-03-004	5003004	REGULARIZACIÓN DE REBORDES POR HEMIARCADA	\$ 40.670
50-03-005	50-03-005	5003005	FLEGMONES	\$ 162.670
50-03-006	50-03-006	5003006	EXTIRPACIÓN DE MUCOCELES	\$ 81.330
50-03-007	50-03-007	5003007	EXTRACCIÓN SUPERNUMERARIO INCLUIDO	\$ 62.960
50-03-008	50-03-008	5003008	CIRUGÍA APICAL Y PARARADICULAR CON / SIN RELLENO A RETRO (INCISIVOS Y CANINOS)	\$ 65.070
50-03-009	50-03-009	5003009	EXTRACCIÓN COMPLEJA PARA IMPLANTES	\$ 31.480
50-03-010	50-03-010	5003010	BIOPSIAS DE MUCOSA	\$ 32.540
50-03-011	50-03-011	5003011	CIRUGÍA APICAL Y PARARADICULAR CON / SIN RELLENO A RETRO (PREMOLARES Y MOLARES)	\$ 81.330
50-03-012	50-03-012	5003012	PLASTÍAS BUCOSINUSALES Y BUCONASALES	\$ 113.870
50-03-013	50-03-013	5003013	CIRUGÍA PRE-PRÓTESIS FRENILLOS BRIDAS	\$ 40.670
50-03-014	50-03-014	5003014	FENESTRACIONES	\$ 56.940
50-03-015	50-03-015	5003015	TRATAMIENTO HERIDAS MUCOSA BUCAL	\$ 32.540
50-03-016	50-03-016	5003016	RADECTOMÍA U ODONTOSECCIÓN	\$ 65.070
50-03-017	50-03-017	5003017	CONTROL POST OPERATORIO	\$ 16.270

50-03-018	50-03-018	5003018	REDUCCIÓN LUXACIÓN DENTARIA-CONTENCIÓN SIMPLE	\$ 40.670
50-03-019	50-03-019	5003019	BIOPSIAS DE HUESO	\$ 65.070
50-03-020	50-03-020	5003020	ENUCLEACIÓN DE QUISTE O TUMOR SIMPLE	\$ 113.870
50-03-021	50-03-021	5003021	ENUCLEACIÓN DE QUISTE O TUMOR CON TTO. DEL LECHO OPERATORIO	\$ 203.340
50-03-022	50-03-022	5003022	VACIAMIENTO DE ABSCESOS	\$ 24.400
50-03-023	50-03-023	5003023	CIRUGIA OSEA POR PIEZA	\$ 40.670
50-03-024	50-03-024	5003024	CIRUGIA OSEA RESECTIVA POR SEXTANTE	\$ 65.070
50-03-025	50-03-025	5003025	RECONSTRUCCIÓN DE REBORDES CON AUTOINJERTO	\$ 162.670
50-03-026	50-03-026	5003026	RECONSTRUCCIÓN DE REBORDES CON HOMO O HETEROINJERTOS	\$ 162.670
50-03-027	50-03-027	5003027	RECONSTRUCCIÓN DE REBORDES CON ELEMENTOS HALOPLÁSTICOS	\$ 162.670
50-03-028	50-03-028	5003028	ELEVACIÓN DE PISO DEL SENOS MAXILAR	\$ 244.000
50-03-029	50-03-029	5003029	PERICORONARITIS	\$ 36.610
50-03-030	50-03-030	5003030	ABSCESO CUTÁNEO TRATAMIENTO	\$ 47.230
50-03-033	50-03-033	5003033	FENESTRACIÓN OSEA COMPLEJA	\$ 47.230
50-03-034	50-03-034	5003034	FLEGMON (CELULITIS) CÉRVICO-FACIAL: TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO	\$ 157.400
50-03-035	50-03-035	5003035	INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO POR ZONA	\$ 157.400
50-03-036	50-03-036	5003036	INJERTO DE TEJIDOS BLANDOS: TOMA (PIEL, MUCOSA)	\$ 157.400
50-03-037	50-03-037	5003037	INJERTO ÓSEO INTRAORAL: TOMA	\$ 157.400
50-03-038	50-03-038	5003038	LUXACIÓN DENTARIA: REDUCCIÓN E INMOVILIZACIÓN (POR SEGMENTO)	\$ 78.710
50-03-039	50-03-039	5003039	MICROTORNILLOS (COLOCACIÓN)	\$ 19.680
50-03-040	50-03-040	5003040	ODONTOSECCIÓN POR PIEZA	\$ 31.480
50-03-041	50-03-041	5003041	PUNCIONES ASPIRATIVAS (HEMATOMA ETC.)	\$ 78.710
50-04-001	50-04-001	5004001	TRATAMIENTO APARATOS FIJOS UNA ARCADEA (ANUAL)	\$ 223.690
50-04-002	50-04-002	5004002	TRATAMIENTO APARATO REMOVIBLE DOS ARCADAS (ANUAL)	\$ 366.010
50-04-003	50-04-003	5004003	ADULTO: TRATAMIENTO SEMESTRAL	\$ 303.020
50-04-004	50-04-004	5004004	TRATAMIENTO APARATO REMOVIBLE UNA ARCADEA	\$ 183.010
50-04-005	50-04-005	5004005	APARATOS FIJOS CON TÉCNICA ARCO RECTO CON SLOT VERTICAL	\$ 216.440
50-04-006	50-04-006	5004006	APARATOS FIJOS CON TÉCNICA LINGUAL (ANUAL)	\$ 787.050
50-04-007	50-04-007	5004007	APARATOS FIJOS CON TÉCNICA LINGUAL: SEMESTRAL	\$ 385.660
50-04-008	50-04-008	5004008	REPOSICIÓN DE BRACKETS METÁLICOS	\$ 13.420
50-04-009	50-04-009	5004009	ESTUDIO MODELOS Y RX, PLAN DE TTO. Y ESTIMACIÓN DE TPO.	\$ 44.740
50-04-010	50-04-010	5004010	TRATAMIENTO DE CONTENCIÓN POR ARCADEA	\$ 113.870
50-04-011	50-04-011	5004011	REPOSICIÓN APARATO REMOVIBLE	\$ 32.540
50-04-014	50-04-014	5004014	APARATOS FIJOS: TÉCNICA ARCO RECTO AUTOLIGANTE	\$ 216.440
50-04-015	50-04-015	5004015	APARATOS FIJOS: TRATAMIENTO PARCIAL FIJO C/ APAT. CERÁMICO	\$ 285.700
50-04-016	50-04-016	5004016	CONTENCIÓN RÍGIDA	\$ 28.460
50-04-017	50-04-017	5004017	APARATOS REMOVIBLES : TRATAMIENTO SEMESTRAL	\$ 194.400
50-04-018	50-04-018	5004018	HIGIENIZACIÓN Y/O RETIRO APARATOS FIJOS UNA ARCADEA	\$ 65.070
50-04-019	50-04-019	5004019	MONTAJE EN ARTICULADOR	\$ 44.740
50-04-020	50-04-020	5004020	CONFECIÓN Y AJUSTE DE PLANO DEPROGRAMADOR	\$ 44.740
50-04-021	50-04-021	5004021	TRATAMIENTO ADULTOS APARATO FIJO DOS ARCADAS (ANUAL)	\$ 569.350
50-04-022	50-04-022	5004022	TRATAMIENTO CON APTO. FIJO DOS ARCADAS (ANUAL)	\$ 447.340
50-04-023	50-04-023	5004023	CONTROL PASIVO AP. REMOVIBLE 1 ARCADEA	\$ 19.520
50-04-024	50-04-024	5004024	CONTROL PASIVO AP. REMOVIBLE 2 ARCADAS	\$ 13.670
50-04-025	50-04-025	5004025	CONTROL PASIVO ADULTO AP. FIJO 2 ARCADAS	\$ 21.310
50-04-026	50-04-026	5004026	CONTROL PASIVO MENORES AP. FIJO (<18 AÑOS) 2 ARCADAS	\$ 16.750
50-04-027	50-04-027	5004027	TRATAMIENTO DE CONTENCIÓN, PRESUPUESTO ANUAL	\$ 227.730
50-04-028	50-04-028	5004028	CONTROL PASIVO AP. FIJOS 1 ARCADEA	\$ 8.950
50-04-029	50-04-029	5004029	APARATOS REMOVIBLES COSTO POR CADA ARCO: INSTALACIÓN SIN COSTO	\$ 47.230
50-04-032	50-04-032	5004032	CEFALOMÉTRICO ESTUDIO	\$ -
50-04-033	50-04-033	5004033	CEMENTACIÓN DE ADITAMENTOS (NO INCLUYE COSTO DE ADITAMENTOS)	\$ 7.870
50-04-034	50-04-034	5004034	CLEAR ALIGNER TRATAMIENTO (ANUAL)	\$ 472.220
50-04-035	50-04-035	5004035	CONTENCIÓN ESTAMPADA	\$ 30.300
50-04-036	50-04-036	5004036	CONTENCIÓN TRATAMIENTO: SEMESTRAL	\$ 121.210
50-04-037	50-04-037	5004037	ESTUDIO CON MODELOS PARA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA	\$ 13.380
50-04-038	50-04-038	5004038	ESTUDIO FOTOGRÁFICO ORTODÓNICO	\$ 18.880
50-04-039	50-04-039	5004039	INTERFERENCIAS CUSPÍDEAS (DESGASTE SELECTIVO)	\$ 19.680
50-04-045	50-04-045	5004045	INVASALIGN TRATAMIENTO (ANUAL)	\$ 787.050
50-04-046	50-04-046	5004046	MICROTORNILLOS: INSTALACIÓN, RETIRO, EVALUACIÓN (MÁS INSUMOS)	\$ 95.230
50-04-047	50-04-047	5004047	RE-ESTUDIO CON MODELOS	\$ 47.230
50-04-048	50-04-048	5004048	REPARACIÓN CONTENCIÓN ORTODÓNICA	\$ 15.750
50-04-049	50-04-049	5004049	REPARACIONES CON SOLDADURA	\$ 7.870

50-04-050	50-04-050	5004050	REPOSICIÓN DE ARCOS	\$ 12.990
50-04-051	50-04-051	5004051	REPOSICIÓN DE BRACKETS CERÁMICOS	\$ 15.750
50-04-052	50-04-052	5004052	REPOSICIÓN DE BRACKETS LINGUAL	\$ 19.680
50-04-053	50-04-053	5004053	URGENCIA ORTODÓNICA	\$ 12.990
50-05-001	50-05-001	5005001	AMALGAMA SIMPLE	\$ 12.210
50-05-002	50-05-002	5005002	OBTURACIÓN DE AMALGAMA COMPUESTA	\$ 20.340
50-05-003	50-05-003	5005003	FERULIZACIONES POR SEXTANTE	\$ 24.400
50-05-004	50-05-004	5005004	IONÓMERO	\$ 20.340
50-05-005	50-05-005	5005005	COMPOSITE FOTOCURADO SIMPLE ANTERIOR	\$ 24.400
50-05-006	50-05-006	5005006	COMPOSITE FOTOCURADO COMPUESTO ANTERIOR	\$ 32.540
50-05-007	50-05-007	5005007	INCRUSTACIONES ESTÉTICAS O CARILLAS INDIRECTAS	\$ 48.810
50-05-009	50-05-009	5005009	CARILLA ESTÉTICA DIRECTA (FOTOCURADO)	\$ 36.610
50-05-026	50-05-026	5005026	CIERRE DE DIASTEMA	\$ 31.480
50-05-010	50-05-010	5005010	INCRUSTACIONES (ONLAY U OVERLAY) CERÓMEROS	\$ 92.300
50-05-011	50-05-011	5005011	INCRUSTACION (INLAY) PORCELANA	\$ 92.300
50-05-012	50-05-012	5005012	SELLANTE POR HEMIARCADA DEFINITIVA	\$ 12.210
50-05-013	50-05-013	5005013	HIGIENE BUCAL O PROFILAXIS	\$ 16.270
50-05-014	50-05-014	5005014	INCRUSTACIÓN SIMPLE	\$ 28.460
50-05-015	50-05-015	5005015	INCRUSTACIÓN COMPUESTA	\$ 92.300
50-05-016	50-05-016	5005016	ONLAY	\$ 56.940
50-05-017	50-05-017	5005017	COMPOSITE FOTOCURADO SIMPLE POSTERIOR	\$ 28.460
50-05-018	50-05-018	5005018	COMPOSITE FOTOCURADO COMPUESTO POSTERIOR	\$ 36.610
50-05-019	50-05-019	5005019	INCRUSTACION (ONLAY UN OVERLAY): PORCELANA	\$ 92.300
50-05-020	50-05-020	5005020	INCRUSTACIONES (INLAY) CERÓMEROS	\$ 92.300
50-05-021	50-05-021	5005021	INCRUSTACIONES (INLAY) METÁLICO TRES CARAS	\$ 55.090
50-05-022	50-05-022	5005022	PERNO: TÉCNICA ADHESIVA CEMENTACIÓN Y COLOCACIÓN	\$ 39.350
50-05-023	50-05-023	5005023	RECEMENTACIÓN DE INCRUSTACIONES CON AJUSTE OPERATORIO	\$ 23.620
50-05-024	50-05-024	5005024	RECEMENTACIÓN DE INCRUSTACIONES SIN CORRECCIONES	\$ 15.750
50-05-025	50-05-025	5005025	SENSIBILIDAD CERVICAL POR PIEZA: TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO	\$ 7.870
50-06-001	50-06-001	5006001	TRATAMIENTO CONDUCTO DIENTES ANTERIORES	\$ 65.070
50-06-002	50-06-002	5006002	TRATAMIENTO CONDUCTOS PREMOLARES	\$ 73.210
50-06-003	50-06-003	5006003	TRATAMIENTO CONDUCTOS MOLARES INFERIORES VITALES	\$ 97.600
50-06-004	50-06-004	5006004	RECUBRIMIENTO PULPAR	\$ 24.400
50-06-005	50-06-005	5006005	DESObTURACIÓN PARA REPETIR TRATAMIENTO POR CONDUCTO	\$ 16.270
50-06-006	50-06-006	5006006	PULPOTOMÍA VITAL PIEZA PERMANENTE JOVEN PARCIAL O TOTAL	\$ 40.660
50-06-007	50-06-007	5006007	TRATAMIENTO CONDUCTO DIENTE ANTERIOR CON LESIÓN APICAL	\$ 69.150
50-06-008	50-06-008	5006008	TRATAMIENTO CONDUCTOS PREMOLARES CON LESIÓN APICAL	\$ 81.330
50-06-009	50-06-009	5006009	TRATAMIENTO CONDUCTOS MOLARES INFERIORES CON LESIÓN APICAL	\$ 113.870
50-06-010	50-06-010	5006010	TRATAMIENTO INDUCCIÓN AL CIERRE APICAL POR SESIÓN	\$ 40.670
50-06-011	50-06-011	5006011	BLANQUEAMIENTO POST-ENDODÓNTICO	\$ 23.370
50-06-012	50-06-012	5006012	AISLACIÓN UNITARIA COMPLEJA	\$ 7.870
50-06-014	50-06-014	5006014	GINGIVECTOMÍA UNITARIA	\$ 16.270
50-06-015	50-06-015	5006015	TRATAMIENTO CONDUCTOS MOLARES SUPERIORES VITALES	\$ 105.730
50-06-016	50-06-016	5006016	TRATAMIENTO CONDUCTOS MOLARES SUPERIORES CON LESIÓN APICAL	\$ 122.000
50-06-017	50-06-017	5006017	INSTRUMENTACIÓN MECANIZADA	\$ 24.400
50-06-018	50-06-018	5006018	CONDUCTO CALCIFICADO	\$ 24.400
50-06-019	50-06-019	5006019	CONTROL DE LA ESPECIALIDAD	\$ 15.750
50-06-020	50-06-020	5006020	DIAGNÓSTICO CON VITALOMETRÍA	\$ 11.800
50-06-021	50-06-021	5006021	RECONSTRUCCIÓN PARA AISLAMIENTO	\$ 19.680
50-06-022	50-06-022	5006022	RETIRO DE INSTRUMENTO FRACTURADO EN EL CONDUCTO	\$ 15.750
50-06-023	50-06-023	5006023	RETRATAMIENTO DE INCISIVOS Y CANINOS CON LESION	\$ 133.800
50-06-024	50-06-024	5006024	RETRATAMIENTO DE INCISIVOS Y CANINOS SIN LESION	\$ 129.860
50-06-025	50-06-025	5006025	RETRATAMIENTO DE MOLARES CON LESIÓN	\$ 188.890
50-06-026	50-06-026	5006026	RETRATAMIENTO DE MOLARES SIN LESIÓN	\$ 173.150
50-06-027	50-06-027	5006027	RETRATAMIENTO DE PREMOLARES CON LESIÓN	\$ 145.610
50-06-028	50-06-028	5006028	RETRATAMIENTO DE PREMOLARES SIN LESIÓN	\$ 137.730
50-06-029	50-06-029	5006029	SELLADO DE PERFORACIONES Y FALSAS VÍAS	\$ 31.480
50-07-001	50-07-001	5007001	CANTILEVER O VOLADIZO	\$ 110.190
50-07-002	50-07-002	5007002	PRÓTESIS FIJA SINGULAR O INSERCIÓN PFP	\$ 146.400
50-07-003	50-07-003	5007003	SISTEMA ESPIGA-MUÑÓN COLADO	\$ 65.070
50-07-004	50-07-004	5007004	INTERMEDIARIO PFP	\$ 113.870
50-07-005	50-07-005	5007005	CORONA PROVISORIA	\$ 28.460
50-07-006	50-07-006	5007006	ATACHEMENT O BROCHE	\$ 20.340
50-07-007	50-07-007	5007007	INSERCIÓN PFP (INCRUSTACIÓN)	\$ 92.300
50-07-008	50-07-008	5007008	MUÑONES PLÁSTICOS CON PERNO AL CONDUCTO	\$ 40.670
50-07-009	50-07-009	5007009	RETIRO PERNO METÁLICO DEL CONDUCTO	\$ 36.610
50-07-010	50-07-010	5007010	CONFECCIÓN DE MUÑÓN DE RESINA	\$ 40.670

50-07-011	50-07-011	5007011	ENCERADO DE DIAGNÓSTICO	\$ 39.350
50-07-012	50-07-012	5007012	REHABILITACIÓN CON SISTEMA CÉREC (VALOR CLÍNICO INCLUYE INSUMOS)	\$ 113.870
50-07-013	50-07-013	5007013	ESPIGA MUÑÓN BIPARTITO O PASANTE	\$ 62.960
50-07-014	50-07-014	5007014	ESPIGA MUÑÓN PREFABRICADO (NO INCLUYE VALOR DE ESPIGA)	\$ 39.350
50-07-015	50-07-015	5007015	MOCK-UP	\$ 55.090
50-07-016	50-07-016	5007016	RECEMENTACIÓN DE CORONA CON AJUSTE OPERATORIO	\$ 23.620
50-07-017	50-07-017	5007017	RECEMENTACIÓN DE CORONA SIN CORRECCIONES	\$ 15.750
50-07-018	50-07-018	5007018	RECEMENTACION DE PUENTE FIJO SIN CORRECCIONES	\$ 15.750
50-07-019	50-07-019	5007019	RECEMENTACIÓN DE PUENTE FIJO CON AJUSTE OPERATORIO	\$ 31.480
50-07-020	50-07-020	5007020	RETIRAR PRÓTESIS FIJAS EXISTENTES	\$ 15.750
50-07-021	50-07-021	5007021	PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES AD-MODUM	\$ 865.760
50-08-001	50-08-001	5008001	PRÓTESIS UNILATERAL SUPERIOR O INFERIOR : DE BASE METÁLICA	\$ 125.930
50-08-002	50-08-002	5008002	PRÓTESIS UNILATERAL SUPERIOR O INFERIOR DE BASE ACRÍLICO	\$ 118.060
50-08-003	50-08-003	5008003	JUEGO DE PRÓTESIS TOTALES	\$ 374.150
50-08-004	50-08-004	5008004	PRÓTESIS INMEDIATA	\$ 130.140
50-08-005	50-08-005	5008005	REBASADO TOTAL O ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS	\$ 28.460
50-08-006	50-08-006	5008006	REPARACIONES CON IMPRESIÓN	\$ 24.400
50-08-007	50-08-007	5008007	REPARACIONES SIN IMPRESIÓN	\$ 16.270
50-08-008	50-08-008	5008008	CONTROL DE PRÓTESIS	\$ 8.130
50-08-009	50-08-009	5008009	DISEÑO PROTÉSICO	\$ 4.680
50-08-010	50-08-010	5008010	PRÓTESIS TOTAL SUPERIOR DE ACRÍLICO	\$ 183.010
50-08-011	50-08-011	5008011	PRÓTESIS TOTAL INFERIOR DE ACRÍLICO	\$ 195.210
50-08-012	50-08-012	5008012	PRÓTESIS SUPERIOR O INFERIOR PARCIAL ACRÍLICA	\$ 122.000
50-08-013	50-08-013	5008013	PRÓTESIS SUPERIOR O INFERIOR PARCIAL METÁLICA	\$ 130.140
50-08-014	50-08-014	5008014	SOBREDENTADURA REMOVIBLE SOBRE IMPLANTE	\$ 191.150
50-08-015	50-08-015	5008015	ARTIFICIOS DE ANCLAJE PARA PRÓTESIS DE COMPLEMENTACIÓN	\$ 31.480
50-09-001	50-09-001	5009001	TRATAMIENTO GINGIVITIS ULCERO NECRÓTICA, POR SESIÓN	\$ 36.610
50-09-002	50-09-002	5009002	DESGASTE SELECTIVO POR SESIÓN	\$ 40.670
50-09-003	50-09-003	5009003	PULIDO RADICULAR INCIPIENTES A MODERADAS POR SEXTANTE (INCL . FLUORACIÓN)	\$ 40.670
50-09-004	50-09-004	5009004	COLGAJO PERIODONTAL (POR SITIO QUIRÚRGICO)	\$ 56.940
50-09-005	50-09-005	5009005	PLANO DE ALIVIO OCLUSAL	\$ 61.010
50-09-006	50-09-006	5009006	DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL Y LIMPIEZA CORONARIA POR SEXTANTE	\$ 12.210
50-09-007	50-09-007	5009007	ADIESTRAMIENTO EN TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL	\$ 28.460
50-09-008	50-09-008	5009008	GINGIVECTOMÍA UNITARIA	\$ 16.270
50-09-009	50-09-009	5009009	CONTROL PLANO DE ALIVIO	\$ 16.270
50-09-010	50-09-010	5009010	CONTROL PERIODONTAL	\$ 16.270
50-09-011	50-09-011	5009011	EXAMEN PERIODONTAL Y CONFECCIÓN DE PERIODONTOGRAMA	\$ 28.460
50-09-012	50-09-012	5009012	PULIDO RADICULAR MODERADAS A AVANZADAS POR SEXTANTE	\$ 48.810
50-09-013	50-09-013	5009013	DESTARTRAJE SUBGINGIVAL POR SEXTANTE	\$ 12.210
50-09-014	50-09-014	5009014	TRATAMIENTO DEL ABSCESO PERIODONTAL	\$ 20.340
50-09-015	50-09-015	5009015	TRATAMIENTO QUÍMICO DEL SACO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	\$ 32.540
50-09-016	50-09-016	5009016	CIRUGÍA PLÁSTICA PERIODONTAL	\$ 65.070
50-09-017	50-09-017	5009017	INJERTOS ALOPLÁSTICOS, NO INCLUYE MATERIAL NI COLGAJO	\$ 38.950
50-09-018	50-09-018	5009018	CIRUGÍA PERI-IMPLANTARIA DE MANEJO DE TEJIDOS BLANDOS.	\$ 73.210
50-09-019	50-09-019	5009019	PLACA ACRÍLICA COBERTORA (CLÍNICA)	\$ 40.670
50-09-020	50-09-020	5009020	TERAPIA DE MANTENCIÓN PERIODONTAL DE ENFERMEDAD INACTIVA (POR SESIÓN)	\$ 40.670
50-09-021	50-09-021	5009021	TERAPIA DE MANTENCIÓN CON PULIDO RADICULAR Y TTO.DE LA INFECCIÓN (POR SESIÓN)	\$ 56.940
50-09-022	50-09-022	5009022	TERAPIA DE MANTENCIÓN DE IMPLANTES (POR SESIÓN)	\$ 44.740
50-09-023	50-09-023	5009023	GINGIVECTOMÍA POR SEXTANTE	\$ 56.940
50-09-024	50-09-024	5009024	TRATAMIENTO HIPERSENSIBILIDAD DENTINARIA POST-TERAPIA, POR SESIÓN	\$ 32.540
50-09-025	50-09-025	5009025	REEVALUACIÓN POST- TERAPÉUTICA (CON PERIODONTOGRAMA)	\$ 28.460
50-09-026	50-09-026	5009026	TRATAMIENTO DE URGENCIA GUNA	\$ 36.610
50-09-027	50-09-027	5009027	CIRUGÍAS MUCO-GINGIVALES OTRAS	\$ 55.090
50-09-028	50-09-028	5009028	COLGAJO REPOSICIONADO DESPLAZADO LATERAL, CORONARIO O APICAL	\$ 62.960
50-09-029	50-09-029	5009029	CONTROL POST-QUIRÚRGICO C/S RETIRO DE PUNTOS O RECAMBIO DE CEMENTO	\$ 15.750
50-09-030	50-09-030	5009030	DISECCIÓN QUIRÚRGICO DEL INJERTO EN ZONA DONANTE	\$ -
50-09-031	50-09-031	5009031	ELIMINACIÓN MECÁNICA DE FACTORES SECUNDARIOS	\$ -
50-09-032	50-09-032	5009032	FERULIZACIÓN (NO INCLUYE MATERIAL NI LABORATORIO)	\$ 27.550
50-09-033	50-09-033	5009033	INFECCIÓN PERI-IMPLANTARIA TRATAMIENTO: POR SESIÓN	\$ 51.160
50-09-034	50-09-034	5009034	INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO POR ZONA A INJERTAR	\$ 31.480

50-09-035	50-09-035	5009035	INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO POR ZONA DONANTE DISECCIÓN	\$ 66.900
50-09-036	50-09-036	5009036	INJERTO ÓSEO : NO INCLUYE COLGAJO DE ACCESO	\$ 39.350
50-09-037	50-09-037	5009037	PERI-IMPLANTITIS:INFECCION PERI-IMPLANTARIA TRATAMIENTO POR SESIÓN	\$ 27.550
50-09-038	50-09-038	5009038	RECAMBIO DE CEMENTO QUIRÚRGICO O CONTROL POST QUIRÚRGICO	\$ 39.350
50-09-039	50-09-039	5009039	REGENERACIÓN TISULAR GUIADA POR SITIO, NO INCLUYE VALOR DE MEMBRANA	\$ 78.710
50-09-040	50-09-040	5009040	TUNELIZACIÓN RADICULAR PARA RECUBRIMIENTO RADICULAR	\$ 78.710
50-09-041	50-09-041	5009041	PULIDO RADICULAR PERIODONTITIS AVANZADAS Y COMPLEJAS	\$ 55.090
50-10-001	50-10-001	5010001	AMALGAMA SIMPLE	\$ 16.270
50-10-002	50-10-002	5010002	OBTURACIÓN DE AMALGAMA COMPUESTA	\$ 20.340
50-10-003	50-10-003	5010003	PULPOTOMÍA PIEZAS TEMPORALES	\$ 16.270
50-10-004	50-10-004	5010004	TRATAMIENTO CONDUCTOS PIEZAS TEMPORALES ANTERIORES	\$ 24.400
50-10-005	50-10-005	5010005	MANTENEDOR ESPACIO FIJO	\$ 32.540
50-10-006	50-10-006	5010006	ORTODONCIA INTERCEPTIVA (DESGASTES INTERFERENCIAS CÚSPIDES)	\$ 20.340
50-10-007	50-10-007	5010007	APLICACIÓN DE SELLANTE POR HEMIARCADA TEMPORAL	\$ 12.210
50-10-008	50-10-008	5010008	CORONA DE RESINA CON ANCLAJE	\$ 24.400
50-10-009	50-10-009	5010009	IONÓMERO	\$ 20.340
50-10-010	50-10-010	5010010	APLICACIÓN FLUOR GEL TOTAL	\$ 16.270
50-10-011	50-10-011	5010011	HIGIENE BUCAL O PROFILAXIS	\$ 16.270
50-10-012	50-10-012	5010012	TÉCNICAS DE CEPILLADO	\$ 16.270
50-10-029	50-10-029	5010029	ART MODIFICADA TÉCNICA POR PIEZA	\$ 15.750
50-10-014	50-10-014	5010014	CONTROL DE NIÑO SANO	\$ 11.800
50-10-015	50-10-015	5010015	CORONA METÁLICA EN ODONTOPEDIATRÍA	\$ 40.670
50-10-016	50-10-016	5010016	AMELOPLASTÍA	\$ 40.670
50-10-017	50-10-017	5010017	OBTURACIÓN PREVENTIVA: SELLANTE Y OBTURACIÓN PZA. DENTARIA	\$ 24.400
50-10-018	50-10-018	5010018	CONTROL DE TRATAMIENTOS QUE CONSIDERE APARATOS (MÁXIMO 6)	\$ 11.800
50-10-019	50-10-019	5010019	FOTOCURADO PIEZA TEMPORAL SIMPLE	\$ 20.340
50-10-020	50-10-020	5010020	FOTOCURADO PIEZA TEMPORAL COMPUESTA	\$ 24.400
50-10-021	50-10-021	5010021	ATENCIÓN CON PREMEDICACIÓN (MÁXIMO 4 SS)	\$ 24.400
50-10-022	50-10-022	5010022	ACONDICIONAMIENTO PARA TRATAMIENTO POR SESIÓN	\$ 12.210
50-10-023	50-10-023	5010023	TRATAMIENTO CONDUCTOS PIEZAS TEMPORALES POSTERIORES	\$ 32.540
50-10-024	50-10-024	5010024	FRACTURA CORONARIA RESTAURACIÓN CON RESINA	\$ 31.480
50-10-025	50-10-025	5010025	INMOVILIZACIÓN EN TRAUMATISMO	\$ 39.350
50-10-026	50-10-026	5010026	MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE	\$ 31.480
50-10-027	50-10-027	5010027	OBTURACIÓN SEMIPERMANENTE EN P. PERMANENTES O TEMPORALES	\$ 19.680
50-10-028	50-10-028	5010028	TREPANACIÓN DE URGENCIA EN PIEZA TEMPORAL	\$ 19.680
50-11-001	50-11-001	5011001	ACONDICIONADOR DE TEJIDOS :CAMBIO	\$ 15.750
50-11-002	50-11-002	5011002	ANCLAJE DE PRECISIÓN SOBRE IMPLANTES (EJ.: O-RING)	\$ 125.930
50-11-003	50-11-003	5011003	CONTROLES	\$ 16.270
50-11-004	50-11-004	5011004	RECONSTRUCCIÓN DE REBORDES CON HOMO O HETEROINJERTOS	\$ 162.670
50-11-005	50-11-005	5011005	ANTROTOMÍA (ELEVACIÓN DEL SENOS MAXILAR)	\$ 244.000
50-11-006	50-11-006	5011006	TRATAMIENTO DE INFECCIÓN PERI-IMPLANTARIA	\$ 52.880
50-11-007	50-11-007	5011007	ESTUDIO CLÍNICO- RADIOGRÁFICO DE MODELOS	\$ 40.670
50-11-009	50-11-009	5011009	PILAR MUÑÓN SOBRE IMPLANTES	\$ 48.810
50-11-010	50-11-010	5011010	CORONA TEMPORAL SOBRE IMPLANTES	\$ 40.670
50-11-011	50-11-011	5011011	PRÓTESIS FIJA IMPLANTE SOPORTADA ATORNILLADA O CEMENTADA POR IMPLANTE	\$ 195.210
50-11-012	50-11-012	5011012	INTERMEDIARIO	\$ 77.900
50-11-013	50-11-013	5011013	PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL IMPLANTOSOPORTADA POR MAXILAR	\$ 284.670
50-11-014	50-11-014	5011014	BARRA PARA PRÓTESIS SOBRE IMPLANTE	\$ 203.340
50-11-015	50-11-015	5011015	CONEXIÓN (PACIENTE EXTERNO)	\$ 23.620
50-11-016	50-11-016	5011016	CONEXIÓN DE IMPLANTE: NO INCLUYE VALOR DE ADITAMENTOS	\$ 23.620
50-11-017	50-11-017	5011017	DESMONTAJE DE PRÓTESIS Y PROFILAXIS	\$ 62.960
50-11-019	50-11-019	5011019	URGENCIA IMPLANTES: TRATAMIENTO: NO INCLUYE INSUMOS	\$ 39.350
50-11-020	50-11-020	5011020	PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES: AD-MODUM	\$ 865.760
50-11-021	50-11-021	5011021	PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE IMPLANTE RETENIDA (NO INCLUYE BROCHES)	\$ 157.400
50-11-022	50-11-022	5011022	RECAMBIO DE O,RING O CLIP PARA BARRA	\$ 47.230
50-11-101	50-11-101	5011101	IMPLANTE OSEOINTEGRADO (INCLUYE VALOR IMPLANTE)	\$ 436.090
50-11-102	50-11-102	5011102	IMPLANTE OSEOINTEGRADO (INCLUYE VALOR IMPLANTE)	\$ 370.680
50-11-103	50-11-103	5011103	IMPLANTE OSEOINTEGRADO (INCLUYE VALOR IMPLANTE)	\$ 348.880
50-11-104	50-11-104	5011104	IMPLANTE OSEOINTEGRADO (INCLUYE VALOR IMPLANTE)	\$ 327.060
50-11-105	50-11-105	5011105	REIMPLANTE DENTARIO ÚNICO	\$ 47.230
50-11-106	50-11-106	5011106	REMOCIÓN IMPLANTE FIBRO-INTEGRADO (PACIENTE EXTERNO)	\$ 62.960
50-11-107	50-11-107	5011107	REMOCIÓN IMPLANTE OSEO-INTEGRADO (PACIENTE EXTERNO)	\$ 94.440

50-11-108	50-11-108	5011108	TORNILLOS PROTÉSICOS: CAMBIO O REAPRIETE (NO INCLUYE VALOR DE LOS TORNILLOS)	\$ 19.680
50-12-012	50-12-012	5012012	ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE CEPILLADO	\$ 16.270
50-12-020	50-12-020	5012020	APLICACIÓN DE SELLANTE POR HEMIARCADA	\$ 12.210
50-12-021	50-12-021	5012021	HIGIENE BUCAL -DESMANCHADOR	\$ 28.780
50-12-021-1	50-12-021	50120211	DESMANCHADOR	\$ 28.780
50-12-022	50-12-022	5012022	APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ	\$ 40.670
50-12-023	50-12-023	5012023	APLICACIÓN BARNIZ DE CLORHEXIDINA	\$ 32.540
50-13-001	50-13-001	5013001	INFILTRACIONES TRONCULARES EXTRAORALES	\$ 47.230
50-13-002	50-13-002	5013002	INFILTRACIONES TRONCULARES INTRAORALES	\$ 31.480
50-13-003	50-13-003	5013003	TERAPIA BIOCONDUCTUAL	\$ 31.480
50-13-008	50-13-008	5013008	EVALUACIÓN ATM, COLUMNA CERVICAL Y OCLUSIÓN	\$ 33.400
50-13-009	50-13-009	5013009	CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD	\$ 23.370
50-13-010	50-13-010	5013010	ATENCIÓN DE URGENCIA ESPECIALIDAD	\$ 23.370
50-13-011	50-13-011	5013011	EVALUACIÓN FUNCIONAL	\$ -
50-13-012	50-13-012	5013012	ESTUDIO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	\$ -
50-13-013	50-13-013	5013013	MONTAJE EN ARTICULADOR	\$ -
50-13-014	50-13-014	5013014	SET UP DE MODELOS	\$ -
50-13-015	50-13-015	5013015	AXIOGRAFÍA	\$ -
50-13-016	50-13-016	5013016	SONOGRAFÍA	\$ -
50-13-017	50-13-017	5013017	ELECTROMIOGRAFÍA DE SUPERFICIE	\$ -
50-13-018	50-13-018	5013018	BLOQUEO ANESTÉSICO	\$ 23.370
50-13-019	50-13-019	5013019	DIAGNÓSTICO, PLAN E TRATAMIENTO Y ESTIMACIÓN DE TIEMPO	\$ 23.370
50-13-020	50-13-020	5013020	PROGRAMA TERAPÉUTICO NEUROMUSCULAR EJE I	\$ 233.720
50-13-021	50-13-021	5013021	PROGRAMA TERAPÉUTICO NEUROMUSCULAR EJE I Y EJE II	\$ 701.170
50-13-022	50-13-022	5013022	PROGRAMA TERAPÉUTICO ARTICULAR EJE I	\$ 467.440
50-13-023	50-13-023	5013023	PROGRAMA TERAPÉUTICO ARTICULAR EJE I Y EJE II	\$ 934.900
51-07-001	51-07-001	5107001	ARCADA DE BRACKETTS	\$ 134.210
51-07-002	51-07-002	5107002	BANDAS PARA TÉC. ARCO RECTO	\$ 171.400
51-07-004	51-07-004	5107004	BARRA PALATINA	\$ 27.260
51-07-005	51-07-005	5107005	FUERZA EXTRAORAL	\$ 31.310
51-07-006	51-07-006	5107006	MÁSCARA DE DELAIRE	\$ 195.210
51-07-007	51-07-007	5107007	DISYUNTOR CEMENTADO Y ESQUELÉTICO HYRAX (INSTALACIÓN)	\$ 48.810
51-07-008	51-07-008	5107008	ARCO TRANSPALATINO O LINGUAL (INSTALACIÓN)	\$ 31.310
51-07-009	51-07-009	5107009	QUAD - HELIX INSTALACIÓN	\$ 53.680
51-07-010	51-07-010	5107010	REPOSICIÓN DE BANDAS CON TUBO DE ARCO RECTO	\$ 26.840
51-07-502	51-07-502	5107502	PILAR DE CICATRIZACIÓN	\$ 18.790
51-07-503	51-07-503	5107503	KIT PILARES DE REHABILITACIÓN UNITARIA (INCLUYE COFIA DE IMPRESIÓN, ANÁLOGO DE IMPLANTE Y PILAR DEFINITIVO)	\$ 99.490
51-07-504	51-07-504	5107504	PILAR MULTI UNIT RECTO O ANGULADO	\$ 41.120
51-08-001	51-08-001	5108001	PABELLÓN PARA CIRUGÍA BUCAL Y/O PERIODONTAL	\$ 43.110
51-08-002	51-08-002	5108002	PABELLÓN AT. ODONTOL. NIÑOS Y ADULTOS CON INDICACIÓN MÉDICA	\$ -
51-08-003	51-08-003	5108003	PABELLÓN IMPLANTES DENTARIOS	\$ -
51-08-004	51-08-004	5108004	PABELLÓN CIRUGÍA ORAL MENOR COMPLEJIDAD	\$ 22.600
51-08-005	51-08-005	5108005	ARSENALERA	\$ 20.260
51-08-006	51-08-006	5108006	PRIMER AYUDANTE CIRUGÍA (SÓLO CON AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR)	\$ 45.190
		5001101	PREVENTIVO SUPER SONRISA	\$ 42.440
		5001617	CONSULTA ODONTOLÓGICA PREVENTIVA 6 MESES	\$ 11.100
		5001618	CONSULTA ODONTOLÓGICA PREVENTIVA 1-5 AÑOS	\$ 11.100
		5101001	PROTESIS EN GENERAL	\$ 45.740
		5101002	PUENTE REMOVIBLE ACRILICO	\$ 23.890
		5101003	PLANO DE RELAJACION	\$ 28.700
		5101004	REPARACION FRACTURA SIMPLE	\$ 15.690
		5101005	REPARACION FRACTURA COMPUESTA	\$ 20.910
		5101006	REAJUSTE O REBASADO TOTAL	\$ 23.460
		5101009	REBASADO CON ACONDICIONADOR DE TEJIDOS	\$ 23.460
		5101010	PLANO DE RELAJACION BANDO-DURO	\$ 43.140
		5102001	PROTESIS METALICA TERMINADA	\$ 68.960
		5102003	PUENTE METALICO UNILATERAL SUPERIOR O INFERIOR	\$ 40.180
		5102005	SOCHAPA METALICA POR PIEZA	\$ 20.840
		5103001	CORONA SING. PERIF. PORCELANA SOBRE METAL O ALUMINOSA	\$ 52.760
		5103002	PERNO MUNON COLADO C/METAL INCL.	\$ 24.080
		5103003	CORONA PERIFERICA COLADA	\$ 32.160
		5103004	CORONAS EN GENERAL (PROVISORIA)	\$ 8.140
		5103005	FRENTE CERAMICO	\$ 48.700
		5103006	INTERMEDIARIO PARA PUENTE FIJO	\$ 52.760
		5103007	INSERCIÓN PERIFERICA PLURAL	\$ 52.760
		5103008	CORONA ZIRCONIO	\$ 97.520
		5103011	PERNO SANDRI	\$ 24.110

	5103013	CORONA SINGULAR SISTEMA IN - CERAM	\$ 52.760
	5103014	REHABILITACION SOBRE IMPLANTE UCLA DIRECTO	\$ 66.030
	5103015	REHABILITACION SOBRE IMPLANTE UCLA PLATA PALADIO	\$ 66.320
	5103016	REHABILITACION SOBRE IMPLANTE PILAR COC	\$ 66.320
	5103018	REHABILITACION SOBRE IMPLANTE PROTESIS AD MODUM	\$ 66.320
	5104001	1 PLACA O ARCADA REM. S/ TORNILLO	\$ 25.780
	5104002	1 PLACA O ARCADA REM. C/ TORNILLO	\$ 27.140
	5104007	QUAD HELIX, ARCO PALATINO ACTIVADOR CON ARTI.O PLACA RPM	\$ 25.780
	5104008	DISYUNTOR- VERDON PALATINO	\$ 32.370
	5106001	INCRUSTACIONES CHICAS (VALOR METAL)	\$ 17.800
	5106002	INCRUSTACIONES MEDIANAS (VALOR METAL)	\$ 19.460
	5106003	INCRUSTACIONES GRANDES (VALOR METAL)	\$ 21.570
	5106004	COLADO DIRECTO	\$ 14.040
	5106009	CARILLA FOTOCURADO	\$ 39.470
	5106010	INCRUSTACION ESTETICA RESINA	\$ 39.200
	5106011	INCRUSTACION ESTETICA CERAMICA	\$ 52.040
	5106012	CORONA SINGULAR O INTERMEDIARIO SOBRE FIBRA DE VIDRIO	\$ 66.320
	5101007	MODELOS: VACIADO DE IMPRESIONES	\$ 8.140