

Gastos Médicos

Condiciones generales

Gastos Médicos Mayores

Plus



Índice

Página

I. Definiciones	7
1. Accidente	7
2. Antigüedad	7
3. Asegurado	7
4. Base de Reembolso	7
5. Coaseguro	7
6. Compañía	7
7. Contratante	7
8. Contrato de Seguro o Póliza	8
9. Deducible	8
10. Dependientes Económicos	8
11. Eliminación o Reducción de Periodos de Espera	8
12. Endoso	8
13. Enfermedad	8
14. Enfermedad Mental	8
15. Equipo Tipo Hospital	8
16. Factor de Reembolso	8
17. Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)	8
18. Hospital o Sanatorio	9
19. Hospitalización	9
20. Leyes Aplicables	9
21. Madre Asegurada	9
22. Medicamento	9
23. Médico	9
24. Monto por Procedimiento Terapéutico	9
25. Nivel Hospitalario	9
26. Órtesis	9
27. Padecimiento Congénito	9
28. Padecimientos Preexistentes	10
29. Pago por Reembolso	10
30. Periodo de Espera	10
31. Perito Médico	10
32. Politraumatismo	10
33. Politraumatizado	10
34. Prestadores en Convenio para Pago Directo	10
35. Programación de Cirugías	10

	Página
36. Prótesis y Aparatos Ortopédicos	10
37. Servicio de Pago Directo	10
38. Síndrome de Talla Baja	11
39. Signo	11
40. Síntoma	11
41. Solicitante Titular o Asegurado Titular	11
42. Suma Asegurada	11
43. Tabla de Procedimientos Terapéuticos	11
44. Trauma Contuso	11
45. Urgencia Médica o Emergencia Médica	11
II. Objeto del seguro	12
III. Gastos Médicos Mayores cubiertos	12
a) Gastos Médicos Mayores cubiertos sin Periodo de Espera	12
1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos	12
2. Honorarios por Consultas Médicas	13
3. Gastos Dentro del Hospital	13
4. Equipo de Anestesia y Material Médico	13
5. Gastos del Acompañante	13
6. Tratamientos a Consecuencia de una Enfermedad o Accidente	13
7. Honorarios de Médicos	13
8. Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos	13
9. Consumo de Oxígeno	14
10. Transfusiones de Sangre	14
11. Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos	14
12. Tratamiento Dental por Accidente	14
13. Equipo Tipo Hospital	14
14. Medicamentos	14
15. Práctica Amateur de Deportes	14
16. Uso de Ambulancia	15
17. Uso de Ambulancia Aérea por Urgencia Médica	15
18. Urgencia Médica en el Extranjero	15
19. Honorarios de Enfermeras	16
20. Estudios de Laboratorio y Gabinete	16
21. Padecimientos Congénitos	17

	Página
22. Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no cubiertos	17
23. Consulta Médica Psiquiátrica o Psicológica	17
24. Trasplante de Órganos	17
25. Protección Dental (servicio de asistencia incluido)	17
26. Politraumatismos	18
b) Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera	18
1. A partir de 4 meses	18
2. A partir de 10 meses	19
3. A partir de 12 meses	20
4. A partir de 24 meses	20
5. A partir de 48 meses	20
IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos	21
V. Cláusulas generales	22
1. Cobertura del Contrato de Seguro	22
2. Periodo de Pago del Beneficio	23
3. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones	23
4. Vigencia	24
5. Residencia	24
6. Primas	24
7. Cancelación	24
8. Revelación de Comisiones	25
9. Altas	25
10. Bajas	25
11. Ajustes	25
12. Privilegio de Conversión	25
13. Renovación	25
14. Rehabilitación	26
15. Prescripción	26
16. Moneda	26
17. Omisiones o Inexactas Declaraciones	27
18. Competencia	27
19. Edad	28
20. Siniestros	28
21. Garantía de Pago por Reembolso	29
22. Pago de Indemnizaciones	29

	Página
23. Servicio de Pago Directo	29
24. Sistema de Pago por Reembolso	30
25. Aplicación de Deducible y Coaseguro	30
26. Interés Moratorio	32
27. Beneficios Fiscales	32
VI. Coberturas adicionales con costo para	
Pólizas individuales / familiares	32
1. Tradicional (Trad)	32
2. Elite (Eli)	33
3. Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental (DOxA)	36
4. Programa Cliente Especial (PCE)	36
5. Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)	45
6. Paquete de Beneficios Adicionales (BAd)	47
7. Cobertura de Dinero en Efectivo (DEf)	54
8. Extensión de Cobertura (ExtC)	55
9. Incremento en Tabla de Procedimientos Terapéuticos (ITPT)	56
10. Cobertura de Vida en Vida (VeV)	57
11. Protección Dental Integral (DENT)	
(servicio de asistencia con costo)	58
VII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos	60
VIII. Artículos citados en las condiciones generales	111
IX. Registro	119

AXA Seguros, S.A. de C.V.

Gastos Médicos Mayores Plus

Individual / familiar

Condiciones generales

I. Definiciones

Para efectos del siguiente Contrato de Seguro se considerarán las siguientes definiciones:

1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado.

Los Accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un mismo Accidente. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente se consideran como un solo evento.

No se consideran Accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

2. Antigüedad

Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto de forma continua en una póliza de Gastos Médicos con esta u otra Compañía, siempre y cuando esta situación sea reconocida por la Compañía expresamente al momento de la contratación del seguro.

3. Asegurado

Persona incluida en la Póliza expuesta a cualquier Accidente o Enfermedad cubierto por ésta con derecho a los beneficios contratados.

4. Base de Reembolso

Es la cantidad monetaria establecida en la carátula de la póliza, la cual servirá para determinar el monto máximo a pagar por concepto de Honorarios Médicos y quirúrgicos por la Compañía por procedimiento terapéutico y/o quirúrgico.

5. Coaseguro

Cantidad a cargo del Asegurado como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el Deducible. Dicho porcentaje, así como el monto máximo a cargo del Asegurado por este concepto, quedan indicados en la carátula de la póliza. **Por lo tanto este concepto no es reembolsable.**

6. Compañía

AXA Seguros, S.A. de C.V.

7. Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí o para terceras personas y que se compromete a realizar el pago de las primas.

8. Contrato de Seguro o Póliza

Este Contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
- b) La carátula de póliza.
- c) Las cláusulas adicionales o Endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato de Seguro.
- d) Las condiciones generales.
- e) La Tabla de Procedimientos Terapéuticos.
- f) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

9. Deducible

Cantidad fija que aplica a los primeros gastos a cuenta del Asegurado hasta el límite establecido en la carátula de la póliza por cada Accidente o Enfermedad cubierta. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto comienza la obligación de la Compañía. **Por lo tanto, este concepto no es reembolsable.**

10. Dependientes Económicos

Cónyuge o concubinario que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la Ley de Orden Común que resulte aplicable, así como los ascendientes en línea recta menores de 65 años para el primer año de contratación y los descendientes en línea recta.

11. Eliminación o Reducción de Periodos de Espera

Es el beneficio que la Compañía otorga con base en el tiempo durante el cual el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra aseguradora, aplica exclusivamente para eliminar o reducir el Periodo de Espera de los padecimientos citados en el inciso b) de la sección III. Gastos Médicos Mayores cubiertos de estas condiciones generales.

12. Endoso

Documento que, por acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, modifica las condiciones del Contrato de Seguro y forma parte de éste.

13. Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, que altere el estado fisiológico del organismo y amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones o Enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

14. Enfermedad Mental

Todas aquellas catalogadas en el DSM IV. Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

15. Equipo Tipo Hospital

Cualquier mobiliario, material, maquinaria o herramienta distintos a un fármaco que resulte indispensable para continuar la atención del Asegurado en su domicilio, siempre y cuando esté justificado por el padecimiento.

16. Factor de Reembolso

Es el porcentaje que se aplicará a la Base de Reembolso para determinar el monto máximo a pagar por la Compañía, por procedimiento terapéutico.

El Factor de Reembolso de cada procedimiento terapéutico incluido en estas condiciones generales está expresado de manera porcentual, por lo que para cualquier efecto dicho factor deberá dividirse entre 100.

17. Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)

Se entiende como el costo promedio cobrado por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica y Nivel Hospitalario, que sea de la misma categoría o equivalente a aquella en donde sea atendido

el Asegurado; el cual corresponde a intervenciones o tratamientos iguales o similares, libres de complicaciones y que, de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, se encuentran cubiertos.

18. Hospital o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuente las 24 horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas y con Médicos y enfermeras titulados. **Para efectos de esta Póliza, no se considera Hospital o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.**

19. Hospitalización

Estancia continua en un Hospital o Sanatorio, siempre y cuando ésta sea médicamente justificada y comprobable para la atención de una Enfermedad o Accidente; dicha estancia inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta que otorgue el Médico tratante.

20. Leyes Aplicables

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, Ley Sobre el Contrato de Seguro y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

21. Madre Asegurada

Es aquella persona en quien se lleva a cabo el proceso de gestación y pare el producto.

22. Medicamento

Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético con efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Cuando un producto contenga nutrimentos, será considerado como Medicamento, siempre que se trate de un preparado que contenga de manera individual o asociada: vitaminas, minerales, electrolitos, aminoácidos o ácidos grasos, en concentraciones superiores a las de los alimentos naturales, se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos preventivos o rehabilitatorios.

23. Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser Médico general, Médico especialista, cirujano u homeópata.

24. Monto por Procedimiento Terapéutico

Resultado de multiplicar la Base de Reembolso que se indica en la carátula de la póliza, por el Factor de Reembolso correspondiente, de manera porcentual, al procedimiento de la Tabla de Procedimientos Terapéuticos que se anexa en estas condiciones generales; la cual establece el límite máximo de Pago por Reembolso. Este monto incluye los honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos.

25. Nivel Hospitalario

Es el grupo de Hospitales a los que el Asegurado tendrá acceso, de acuerdo con la clasificación establecida previamente e incluida en las condiciones generales del plan contratado.

Existen 5 niveles de mayor a menor acceso hospitalario: 360, 270, 180, 90 y 45.

26. Órtesis

Cualquier aparato que ayuda al correcto funcionamiento de un órgano.

27. Padecimiento Congénito

Padecimiento o Enfermedad con que se nace o que se contrae en el útero materno.

28. Padecimientos Preexistentes:

Se entienden por Padecimientos Preexistentes:

- 1) Las enfermedades o padecimientos que se hayan iniciado con anterioridad a la celebración del Contrato de Seguro; comprobables mediante el diagnóstico dictaminado por un Médico, pruebas de laboratorio, gabinete, histológicas (de tejidos orgánicos), por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido o basado en el análisis etiológico (de las causas) de la evolución de la historia natural del padecimiento o Enfermedad de que se trate.
- 2) Las Enfermedades o padecimientos por las que el Asegurado o un tercero a su favor haya hecho gastos, comprobables documentalmente y con anterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, para recibir una atención médica de la misma Enfermedad o padecimiento de que se trate.

29. Pago por Reembolso

Restitución por parte de la Compañía de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo a lo estipulado en el Contrato de Seguro.

30. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir la fecha de alta del Asegurado para cubrir un padecimiento de acuerdo a las especificaciones del Contrato.

31. Perito Médico

Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia de controversia y certificado por el consejo médico y/o autoridad correspondiente.

32. Politraumatismo

Conjunto de lesiones producidas en forma simultánea a causa de un Accidente.

Los siguientes Politraumatismos pueden presentarse solos o en combinación:

- a. Traumatismo craneoencefálico II/III.
- b. Hemorragias internas y daño en órganos del tórax y/o abdomen, por trauma contuso o penetrante.
- c. Fractura en tres huesos distintos de diferente región anatómica.

Tales Politraumatismos deberán ser descritos en el mismo accidente y se consideran como un sólo siniestro.

33. Politraumatizado

El Asegurado que a consecuencia de un accidente presenta un conjunto de lesiones (Politraumatismo).

34. Prestadores en Convenio para Pago Directo

Hospitales, Médicos, laboratorios y gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico con los que la Compañía ha celebrado Convenios de Pago Directo. Dicho conjunto podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso.

35. Programación de Cirugías

Confirmación que la Compañía proporciona al Asegurado por escrito, la cual valora el Servicio de Pago Directo previo a la realización de alguna intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o Tratamiento a Consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo a lo estipulado en el Contrato de Seguro.

36. Prótesis y Aparatos Ortopédicos

Aquellos aparatos o tejidos para corregir, ayudar o reemplazar de forma parcial o total un órgano o función.

37. Servicio de Pago Directo

Pago que realiza directamente la Compañía al Prestador en Convenio para Pago Directo, por la atención médica a un Asegurado por un Accidente o Enfermedad cubierta.

Nota

El Asegurado elige el Médico, Hospital, laboratorio, gabinete o farmacia para su tratamiento, en caso de Accidente o Enfermedad cubierto.

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, laboratorio, gabinete o farmacia con quien desea atenderse, AXA Seguros, S.A. de C.V. no se hace responsable por la práctica médica, ni por los servicios de Hospitales, laboratorios, gabinetes o farmacias utilizados por el Asegurado.

AXA Seguros, S.A. de C.V. únicamente es responsable del pago directo a los Prestadores en Convenio para el Pago Directo o por el Reembolso al Asegurado de los gastos efectuados con motivo del tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubiertos por la Póliza de Seguro contratada. El Asegurado es libre de acudir con el prestador de servicios médicos de su elección.

38. Síndrome de Talla Baja

Es cuando el menor Asegurado se sitúa por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) de acuerdo a su edad y sexo; también engloba a aquellos niños con una velocidad de crecimiento baja de forma mantenida; es decir, una velocidad de crecimiento inferior al percentil 25 (veinticinco) durante más de 2 (dos) o 3 (tres) años consecutivos.

39. Signo

Cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica y/o resultado de laboratorio y/o gabinete.

40. Síntoma

Fenómeno o anormalidad subjetiva que manifiesta el Asegurado, el cual revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

41. Solicitante Titular o Asegurado Titular

Asegurado que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la solicitud del seguro.

42. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en el Contrato de Seguro.

43. Tabla de Procedimientos Terapéuticos

Relación de procedimientos terapéuticos que indica el porcentaje a considerar para el pago del Monto por Procedimiento Terapéutico para cada Enfermedad o Accidente cubierto, por concepto de honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos.

La Tabla de Procedimientos Terapéuticos se encuentra en la sección VII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos de estas condiciones generales.

44. Trauma Contuso

Lesiones causadas por objetos de superficie roma o sin filo que puedan producir un daño, por determinado peso o velocidad, en donde no existe lesión abierta en la piel.

45. Urgencia Médica o Emergencia Médica

Alteración repentina de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de Síntomas agudos que ponen en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos; y, por lo tanto, causan que el Asegurado requiera de atención médica inmediata.

II. Objeto del seguro

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad que tenga tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la Póliza, el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados más adelante, y exclusivamente dentro de territorio nacional, la Compañía pagará directamente a los Prestadores en Convenio para Pago Directo o reembolsará al Asegurado el costo de los mismos hasta por la Suma Asegurada, estipulada en la carátula de póliza, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato de Seguro; siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento del Accidente o Enfermedad.

III. Gastos Médicos Mayores cubiertos

Gastos de Hospitalización y Gastos Médicos.

Siempre que los tratamientos y/o procedimientos sean médicamente necesarios y aprobados por el Consejo de Salubridad General del Gobierno Federal Mexicano, prescritos por un Médico y proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad; se cubren los gastos correspondientes en los siguientes términos:

a) Gastos Médicos Mayores cubiertos sin Periodo de Espera

A partir del momento en que el seguro al que corresponda esta Póliza inicie su vigor y durante el periodo estipulado de su vigencia, se cubren los siguientes gastos:

1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos

Los honorarios de los Médicos que pertenezcan a los Prestadores en Convenio para Pago Directo serán cubiertos con base en los montos económicos y políticas de aplicación la Tabla de Procedimientos Terapéuticos convenido. **En este caso no se reembolsarán otros gastos por concepto de honorarios por procedimientos al Médico perteneciente a los Prestadores en Convenio para Pago Directo.**

En caso de atenderse con un Médico que no pertenezca a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, se aplicará Terapéutico, indicado en la sección VII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos, **el exceso no será reembolsable y correrá a cargo del Asegurado.**

En el caso de Pago por Reembolso, la cantidad que se liquide por este concepto incluirá las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, consultas postoperatorias, así como por visitas hospitalarias, de acuerdo al límite establecido por el Monto por Procedimiento Terapéutico, indicado en la sección VII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos.

Los procedimientos terapéuticos realizados que no se encuentren en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos se valorarán por similitud a los comprendidos en ella.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos terapéuticos, la Compañía pagará únicamente el importe del mayor que resulte del Monto por Procedimiento Terapéutico, o uno de ellos si los montos son iguales. Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios serán cubiertos al 100% para la intervención que tenga el valor más alto y al 50% de la o las siguientes.

En el caso de un Politraumatizado, se seguirá el procedimiento anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios de éste serán cubiertos al 100% según el Monto por Procedimiento Terapéutico.

Si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicare dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola; si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.

Se cubren, únicamente a través de Pago por Reembolso, los honorarios por concepto de terapias de rehabilitación para padecimientos y Accidentes cubiertos, de acuerdo a la Tabla de Procedimientos Terapéuticos.

En el caso de terapias de rehabilitación física, cuando la Compañía lo estime conveniente podrá solicitar la documentación que considere necesaria para comprobar que dichas terapias sean médicamente indispensables.

2. Honorarios por Consultas Médicas

La cantidad que se liquide por este concepto será de acuerdo a la Tabla de Procedimientos Terapéuticos adjunta a las presentes condiciones generales.

Esto únicamente aplicará para los Médicos que no se encuentren dentro del convenio para Pago directo.

Los honorarios de los Médicos que pertenezcan a los Prestadores en Convenio para Pago Directo serán cubiertos con base en los montos económicos y las políticas de aplicación del tabulador convenido. **En este caso no se reembolsarán otros gastos por concepto de honorarios por procedimientos al Médico perteneciente a los Prestadores en Convenio para Pago Directo.**

En caso de atenderse con un Médico que no pertenezca a los Prestadores en Convenio para Pago Directo se aplicará la Tabla de Procedimientos Terapéuticos, **el exceso no será reembolsable y correrá a cargo del Asegurado.**

3. Gastos Dentro del Hospital

La cantidad que se liquide será por el costo de una habitación privada estándar con baño.

Quedan cubiertos alimentos, Medicamentos, Estudios de Laboratorio y Gabinete, atención general de enfermeras, sala de operaciones o de curaciones y terapia intensiva.

4. Equipo de Anestesia y Material Médico

Quedan cubiertos los gastos por concepto de equipo de anestesia y material médico.

5. Gastos del Acompañante

Se cubre únicamente el costo de la cama extra para el acompañante del Asegurado, durante su estancia en el Hospital.

6. Tratamientos a Consecuencia de una Enfermedad o Accidente

Quedan cubiertas las terapias de rehabilitación como: radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia, fototerapia, crioterapia y otros semejantes a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo a lo estipulado en el Contrato de Seguro. Cuando la Compañía lo considere conveniente podrá solicitar la documentación que necesite para comprobar que dichas terapias sean médicamente indispensables.

7. Honorarios de Médicos

La cantidad que se liquide por este concepto será de acuerdo al Monto por Procedimiento Terapéutico y quedarán cubiertos los siguientes conceptos:

- a) Honorarios Médicos sin intervención quirúrgica.
- b) Honorarios Médicos con intervención quirúrgica.
- c) Honorarios de quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, siempre y cuando sean recomendados por el Médico tratante.

8. Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos

Se cubre la cirugía reconstructiva médicamente necesaria y solamente a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos.

9. Consumo de Oxígeno

Quedan cubiertos los gastos por consumo de oxígeno.

10. Transfusiones de Sangre

Quedan cubiertos los gastos por transfusiones de sangre, aplicaciones del plasma, suero y otras sustancias semejantes, así como las pruebas de compatibilidad que correspondan al número de donaciones que reciba el Asegurado.

11. Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta de Prótesis, implantes, injertos y Aparatos Ortopédicos que se requieran a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado, siempre que sean indicados por el médico y con aprobación previa de la Compañía.

Se cubren sólo una vez implantes, injertos, Prótesis y Aparatos Ortopédicos por un mismo Accidente o Enfermedad. **No se cubrirán los reemplazos de los mismos.**

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas condiciones generales.

12. Tratamiento Dental por Accidente

Se cubren los tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un Accidente cubierto, incluyendo prótesis dentales, siempre que el tratamiento dental de emergencia se lleve a cabo dentro de los primeros 90 días siguientes a dicho Accidente.

13. Equipo Tipo Hospital

Se cubre el Equipo Tipo Hospital para la recuperación en casa o el tratamiento domiciliario, siempre y cuando la Compañía haya proporcionado la autorización para dicho gasto.

Para esta cobertura siempre aplica un Coaseguro de 20% independiente al tope de Coaseguro contratado.

Para el caso de sillas de ruedas manuales, muletas, andaderas y bastones aplicará el Coaseguro contratado en la Póliza.

14. Medicamentos

Quedan cubiertos los Medicamentos consumidos por el Asegurado en el Hospital o Sanatorio y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los Médicos tratantes, que estén relacionados con el padecimiento, cuya comercialización en territorio nacional esté autorizada y se presente la factura de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.

Para Medicamentos adquiridos fuera del Hospital, en farmacias que pertenezcan a los Prestadores en Convenio para Pago Directo no se aplicará Coaseguro; en caso contrario aplicará 35% de Coaseguro, independiente al tope de Coaseguro contratado y será mediante Pago por Reembolso.

15. Práctica Amateur de Deportes

Aquellos gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica no profesional y ocasional de cualquier deporte, incluyendo peligrosos.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas condiciones generales.

16. Uso de Ambulancia

Sólo cuando sea médicamente necesario, queda cubierto el servicio de ambulancia terrestre, hacia o desde el Hospital.

En caso de Urgencia Médica originada por un padecimiento cubierto queda amparada la ambulancia terrestre, totalmente equipada o con servicios de terapia intensiva, cuando se requiera.

Este beneficio opera únicamente a través de Pago por Reembolso.

17. Uso de Ambulancia Aérea por Urgencia Médica

Queda cubierta la transportación en ambulancia aérea en territorio nacional si, a consecuencia de una Urgencia Médica cubierta, el Asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad en donde se encuentra no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención.

Esta cobertura no aplica cuando:

- a) **El motivo del traslado no sea por indicación médica.**
- b) **El traslado del paciente, por cualquier circunstancia, sea impedido por una autoridad competente, con motivo de sus funciones legalmente reconocidas y hasta que esta circunstancia se solucione.**
- c) **El paciente no esté autorizado por un Médico para el traslado hacia el destino elegido.**
- d) **El paciente no tenga confirmada su reservación de Hospital y de ambulancia terrestre en el destino.**
- e) **Los horarios o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el helipuerto.**

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas condiciones generales.

Este beneficio solamente opera mediante Pago por Reembolso y a toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará un Coaseguro de 20% sobre el monto total de la factura de vuelo.

18. Urgencia Médica en el Extranjero

Quedan cubiertos los gastos del Asegurado originados en caso de sufrir alguna Enfermedad o Accidente que pueda ser considerada como Urgencia Médica fuera del territorio nacional, en viaje de placer o negocios.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la Urgencia Médica y, por lo tanto, los efectos del beneficio.

La Compañía pagará la reclamación en Moneda Nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de erogación de los gastos cubiertos.

Para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

- a) Suma Asegurada de 50,000 USD (cincuenta mil dólares americanos).
- b) Deducible de 50 USD (cincuenta dólares americanos).
- c) No aplica Coaseguro.
- d) Aplica Pago por Reembolso.
- e) La Suma Asegurada y Deducible que corresponden a la presente cláusula son independientes de los contratados en cualquier otra cobertura y serán efectivos durante la vigencia de la Póliza.

Quedan cubiertos los gastos por concepto de:

- a) Cuarto semiprivado y alimentos del Asegurado.
- b) Honorarios por intervención quirúrgica, consultas médicas y servicios médicos profesionales como anestesiólogos y enfermeras.
- c) Suministros en el Hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
- d) Servicio de diagnóstico: exámenes de laboratorio y gabinete.
- e) Servicio de ambulancia terrestre: en la localidad hacia o desde el Hospital, siempre y cuando sea médicamente necesario.
- f) Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos necesarios para el tratamiento médico, a excepción de reemplazos.

Esta cobertura no aplica:

- a) Para las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas condiciones generales.**
- b) Para los tratamientos que no sean catalogados como Urgencia Médica, de común acuerdo por el Médico tratante de la Compañía.**
- c) Para las complicaciones del embarazo y del(los) recién nacido(s), el parto y la cesárea, posteriores a la semana 28 de gestación.**

19. Honorarios de Enfermeras

Quedan cubiertos los honorarios de enfermeras que, bajo prescripción del Médico tratante, sean necesarias para la convalecencia domiciliaria, hasta el Gasto Usual y Acostumbrado por 30 días continuos y con un máximo de 720 horas.

La cobertura de enfermería se incluye únicamente en las siguientes patologías o tratamientos:

- a) Tratamientos de radioterapia y quimioterapia en periodo de recuperación post aplicación.
- b) Tratamiento para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones (no en ventana inmunológica), que sean para aplicación de Medicamentos.
- c) Tratamiento postquirúrgico de cirugías de corazón y sistema nervioso central.
- d) Tratamiento de recuperación de un Politraumatismo o quemaduras de más de 20% o Grado III.
- e) Reemplazos articulares mayores de cadera durante la recuperación.

Esta cobertura aplica únicamente mediante Pago por Reembolso.

20. Estudios de Laboratorio y Gabinete

Quedan cubiertos análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico o tratamiento de una Enfermedad o Accidente cubierto.

Para estudios de laboratorio y gabinete realizados fuera del Hospital, en laboratorios y gabinetes pertenecientes a los Prestadores en Convenio para Pago Directo no se aplicará Coaseguro; en caso contrario, aplicará 35% de Coaseguro independiente al tope de Coaseguro contratado.

Los laboratorios y gabinetes dentro de los Hospitales, pertenecientes a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, tendrán el mismo Nivel Hospitalario que el Hospital en que se encuentren.

Los laboratorios y gabinetes fuera de los Hospitales, pertenecientes a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, tendrán el Nivel Hospitalario 45.

21. Padecimientos Congénitos

Se cubren, los Padecimientos Congénitos de los Asegurados incluidos en la Póliza, siempre y cuando sus Signos o Síntomas hayan pasado desapercibidos, no sean aparentes a la vista o no hayan sido diagnosticados previamente a la fecha de alta del Asegurado en la póliza.

22. Complicaciones de Gastos Médicos Mayores no cubiertos

Queda cubierto el tratamiento médico y quirúrgico de cualquier complicación de los padecimientos, lesiones, afecciones o procedimientos siguientes:

- a) Tratamientos o procedimientos terapéuticos de carácter estético o plástico.
- b) Tratamientos de calvicie, obesidad, reducción de peso, anorexia, bulimia o esterilidad.
- c) Procedimientos terapéuticos o tratamientos para control de fertilidad, natalidad, infertilidad e impotencia sexual.
- d) Tratamientos o procedimientos terapéuticos de nariz o senos paranasales por Enfermedad.
- e) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales.

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando se puedan considerar como una Urgencia Médica.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente cesará la Urgencia Médica; y por lo tanto, los efectos del beneficio de esta cobertura.

23. Consulta Médica Psiquiátrica o Psicológica

Se cubren las consultas psiquiátricas o psicológicas hasta un tope de \$8,000.00 (ocho mil pesos 00/100 M.N.) solamente por las siguientes causas y siempre que, a juicio del Médico tratante, sean necesarias:

- a) Cáncer en fase terminal.
- b) Insuficiencia renal crónica.
- c) Accidente vascular cerebral con daño permanente o cuando se diagnostique invalidez total y permanente a causa de estas Enfermedades.
- d) Infarto al miocardio que requiera de revascularización coronaria o *bypass*, o exista daño neurológico irreversible.
- e) Amputación de al menos una mano o un pie a consecuencia de Accidente o Enfermedad.
- f) Politraumatismo con lesiones que impliquen cambio radical en la calidad de vida del Asegurado.
- g) Haber sido víctima de asalto con violencia.
- h) Haber sido víctima de violación.

24. Trasplante de Órganos

Se cubren los gastos del Asegurado por trasplante de órganos cuando él mismo sea el receptor.

Nota: sólo se pagará el trasplante de células madre para tratamientos de leucemia, linfomas y enfermedades hematopoyéticas.

25. Protección Dental (servicio de asistencia incluido)

Este servicio de asistencia será proporcionado por la Compañía a los Asegurados que se encuentren cubiertos en la póliza, a través del prestador de servicios dentales que designe la Compañía; este beneficio aplica únicamente en territorio nacional.

Los servicios de asistencia otorgados por este beneficio serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos a consecuencia de una patología derivada de un Accidente o Enfermedad que sufran los Asegurados de esta Póliza, el Asegurado contará con precios preferenciales para su atención médica dental (consultar el folleto anexo a la Póliza).

Servicios de asistencia otorgados:

Descripción del procedimiento	Limitación o garantías por procedimiento
Radiografía panorámica.	Una en cinco años.
Raspado y alisado periodontal por cuadrante.	Una en dos años en el mismo cuadrante. Máximo dos cuadrantes.
Radiografías periapicales.	Cuatro en doce meses.
Amalgamas.	Una en tres años en un mismo diente o superficie.
Resinas.	Una en tres años en un mismo diente o superficie.
Extracción simple.	Una por diente.
Endodoncia.	Una por diente.

Condiciones especiales de Protección Dental:

- Se cubren resinas en piezas posteriores permanentes (muelas) en caras oclusales (caras masticatorias) siempre y cuando no cuenten con restauraciones previas.
- **No se cubre la sustitución de amalgamas o resinas por motivos estéticos.**
- **La consulta periodontal aplica únicamente a pacientes con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de 5 mm o más) y deberá realizarse por un periodoncista.**
- **La evaluación completa se cobrará solamente en la evaluación inicial del odontólogo.**

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas condiciones generales.

La Compañía anexará a la Póliza un folleto de los servicios de asistencia que proporcionará el prestador de servicios dentales, el cual le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de este servicio de asistencia.

Para recibir los servicios dentales aquí descritos, el Asegurado deberá mostrar la credencial del Seguro de Gastos Médicos Mayores vigente, en donde se indique el nombre del Asegurado y el plan contratado, acompañado de una identificación oficial con fotografía.

26. Politraumatismos

Las lesiones a consecuencia de un Accidente cubierto que presenten el carácter de Politraumatismo se cubrirán por esta Póliza sin considerar Periodos de Espera.

b) Gastos Médicos Mayores Cubiertos con Periodo de Espera

Para los siguientes padecimientos se cubren los gastos resultantes del tratamiento médico o procedimiento terapéutico por Accidente o Enfermedad, una vez que se hayan cumplido los Periodos de Espera que en cada caso se estipulan, contados a partir del inicio de vigencia del seguro:

1. A partir de 4 meses

Complicaciones del embarazo

A partir de 4 meses del alta de la Madre Asegurada afectada se cubren los gastos resultantes por tratamiento médico o procedimiento terapéutico por:

- a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo del embarazo extrauterino.
- b) Embarazo molar.

Aplica suma asegurada, deducible y coaseguro contratado.

2. A partir de 10 meses

A partir de 10 meses del alta de la Madre Asegurada afectada se cubren los siguientes gastos resultantes por tratamiento médico o procedimiento terapéutico por Accidente o Enfermedad; siempre y cuando se encuentre en una Póliza de Gastos Médicos Mayores individual / familiar de la Compañía:

- a) Los estados de fiebre puerperal.
- b) Los estados de eclampsia y Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- c) Placenta acreta.
- d) Placenta previa.
- e) Atonía uterina.
- f) Cualquier complicación del embarazo, parto o puerperio, siempre y cuando puedan ser consideradas como una Urgencia Médica. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la Urgencia Médica y, por lo tanto, los efectos del beneficio de esta cobertura.

Aplica suma asegurada, deducible y coaseguro contratado.

Maternidad

Se cubre la maternidad por parto normal o cesárea, siempre y cuando la Madre Asegurada tenga 10 meses de Antigüedad en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar en un mismo plan y Nivel Hospitalario de la Compañía, con las siguientes características:

- a) La Suma Asegurada para esta cobertura se basará en el Nivel Hospitalario contratado y el plan como sigue:

Nivel Hospitalario dentro de un plan Plus de la Compañía	Suma Asegurada
360	\$14,000
270	\$14,000
180	\$12,000
90	\$12,000
45	\$10,000

- b) No aplica el Deducible ni Coaseguro para esta cobertura.

Recién Nacido

Se cubren desde el primer día de nacido, los tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido inmaduro y/o prematuro, así como los Padecimientos Congénitos y Enfermedades ocurridas al nacimiento, siempre y cuando al nacimiento del menor la Madre Asegurada tenga 10 meses de cobertura continua en una Póliza individual o familiar de la Compañía y se haya notificado el nacimiento a la misma a más tardar a los 30 días de ocurrido, mediante la obligación del pago del alta del(de los) nuevo(s) Asegurado(s).

Aplica suma asegurada, deducible y coaseguro contratado.

Síndrome de Talla Baja

Se cubre el Síndrome de Talla Baja siempre y cuando el Asegurado haya sido dado de alta en la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días del nacimiento del Menor y no haya perdido continuidad en una Póliza de Gastos Médicos Mayores individual / familiar de la Compañía, y la Madre Asegurada tenga 10 meses de cobertura continua en una Póliza individual o familiar de la Compañía.

Aplica suma asegurada, deducible y coaseguro contratado.

3. A partir de 12 meses

Se cubren, a partir de 12 meses del alta del Asegurado afectado, los gastos resultantes por los siguientes tratamientos médicos o procedimientos terapéuticos por Accidente o Enfermedad; siempre y cuando no hayan sido detectados antes o durante este periodo:

- a) Padecimientos de la columna vertebral, **excepto hernias de disco.**
- b) Padecimientos de la vesícula y vías biliares.
- c) Padecimientos ginecológicos.
- d) Los tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias.
- e) Insuficiencia venosa, varicocele y várices de miembros inferiores.
- f) Tratamientos de endometriosis que no estén relacionados con la esterilidad.

Aplica suma asegurada, deducible y coaseguro contratado.

4. A partir de 24 meses

Se cubren a partir de 24 meses de antigüedad reconocida al Asegurado afectado, los gastos resultantes por los siguientes tratamientos médicos o procedimientos terapéuticos por Accidente o Enfermedad; siempre y cuando no hayan sido detectados antes o durante este periodo:

- a) Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- b) Nariz o senos paranasales.
- c) Padecimientos de glándulas mamarias.
- d) Amigdalitis y adenoiditis.
- e) Hernias (incluyendo las de disco) y eventraciones.

Aplica suma asegurada, deducible y coaseguro contratado.

Padecimientos Preexistentes

Se cubren únicamente cuando el Asegurado haya tenido cobertura continua o antigüedad reconocida en una Póliza emitida por la Compañía, no haya recibido atención médica ni haya manifestado Signo o Síntoma de dicha condición preexistente.

No obstante lo señalado en el inciso anterior, en ningún caso la Compañía cubrirá los Padecimientos Preexistentes que se mencionan en el apartado 1. de las sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, de estas mismas condiciones generales.

Aplica suma asegurada, deducible y coaseguro contratado.

5. A partir de 48 meses

Se cubren después de 48 meses de alta del Asegurado afectado, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando no hayan sido detectados antes o durante este periodo; es decir, deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que se ha cubierto el Periodo de Espera ya mencionado y siempre y cuando se encuentre en una póliza de Gastos Médicos Mayores individual/familiar de la Compañía.

Aplica suma asegurada, deducible y coaseguro contratado.

Asimismo, no se cubrirán durante el mismo lapso, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas condiciones generales.

IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos

El presente Contrato de Seguro no cubre gastos de cualquier especie que se originen a consecuencia de:

1. **Padecimientos Preexistentes, con excepción de los señalados en el inciso b) de la sección III de Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera de 24 meses de estas condiciones generales.**
No obstante lo anterior, en ningún caso se cubrirán gastos originados por los siguientes Padecimientos Preexistentes:
 - a) **Enfermedades crónicas y degenerativas, Diabetes Mellitus, insuficiencia renal.**
 - b) **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
 - c) **Padecimientos oncológicos.**
 - d) **Padecimientos neurológicos.**
 - e) **Padecimientos cardiacos, Accidentes Vasculares Cerebrales.**
 - f) **Cualquier padecimiento o tratamiento que requiera de un trasplante de órganos y las consecuencias del mismo.**
 - g) **Los indicados en los endosos de exclusión de la Póliza correspondientes, en caso de haberlos.**
2. **Los siguientes procedimientos o tratamientos, aun cuando pudieran considerarse médicamente necesarios y prescritos por un Médico:**
 - a) **Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante.**
 - b) **Abortos y legrados no necesarios.**
 - c) **Para corregir o controlar las afecciones que resulten o deriven del alcoholismo o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.**
 - d) **Procedimientos o tratamientos de carácter estético o plástico.**
 - e) **Calvicie.**
 - f) **Bulimia y/o anorexia.**
 - g) **Procedimientos o tratamientos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo las cirugías bariátricas.**
 - h) **Para corregir la apnea del sueño.**
 - i) **Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad o la natalidad.**
 - j) **Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, aun cuando sean causados por padecimientos, enfermedades o accidentes cuyos gastos estén cubiertos.**
 - k) **Las lesiones autoinflingidas y el intento de suicidio, aun cuando se hayan cometido en estado de enajenación mental.**
3. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar, en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
4. **Lesiones que el Asegurado sufra derivado de la práctica profesional de cualquier deporte.**
5. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida, y concesionada, para el servicio regular de pasajeros.**

6. **Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales.**
7. **Aparatos auditivos e implantes cocleares.**
8. **Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos.**
9. **Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.**
10. **Tratamientos preventivos.**
11. **Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar en línea recta del Asegurado.**
12. **Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos de las presentes condiciones generales.**
13. **Tratamiento psicológico o psiquiátrico, Enfermedad Mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas, así como el tratamiento para prevenir trastornos de la conducta o el aprendizaje.**
14. **Los siguientes Medicamentos y productos:**
 - a) **Fórmulas lácteas.**
 - b) **Suplementos y complementos alimenticios.**
 - c) **Multivitamínicos.**
 - d) **Cosméticos.**
 - e) **Medicamentos que no estén amparados por una receta médica.**
 - f) **Medicamentos no autorizados para su venta en México.**
 - g) **Medicamentos de acción de terapia celular.**
 - h) **Medicamentos que no tengan relación con el padecimiento.**
15. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad. Excepto lo mencionado en el inciso 25. Protección Dental de la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos de las condiciones generales.**
16. **La renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin no está amparada.**

V. Cláusulas generales

1. Cobertura del Contrato de Seguro

- a) **Accidente.** Los Asegurados inscritos en la presente Póliza quedarán amparados en el caso de Accidente cubierto, a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, con excepción de lo previsto en el inciso b) de la sección III. Gastos Médicos Mayores cubiertos con periodos de espera.
- b) **Enfermedad.** Si se trata de una Enfermedad, salvo mención contraria, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 días de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones, Emergencias Médicas y para los padecimientos del Recién Nacido, de acuerdo al inciso b) de la sección III. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera de 10 meses de estas condiciones generales.
- c) **La Suma Asegurada por el padecimiento cuyos gastos se hayan comenzado a cubrir en cualquier momento de la vigencia de la póliza no se reinstalará en ninguna renovación de este Contrato de Seguro.**

2. Periodo de Pago del Beneficio

En el caso de cancelación del Contrato de Seguro por parte del Contratante o Solicitante Titular, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada Accidente o Enfermedad cubierto mientras el Contrato de Seguro se encuentre en vigor, hasta el límite de la Suma Asegurada o hasta 5 (cinco) días naturales posteriores a la cancelación del mismo, lo que ocurra primero.

En el caso de Asegurados con siniestros en curso de pago, si a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o de delincuencia demuestran que se encontraban totalmente impedidos o incapacitados para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación; la Compañía, a solicitud del Asegurado dentro de los 30 días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo de la presunta incapacidad o impedimento exceda de un año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la Antigüedad que dicho plan tenía, así como la contraprestación que resulte de los gastos médicos que se hubiesen derivado de padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión. El Asegurado deberá cubrir el pago de las primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo de incapacidad.

En el caso de Asegurados en los que no existan siniestros en curso de pago, si a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o de delincuencia demuestran que se encontraban totalmente impedidos o incapacitados para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación; la Compañía, a solicitud del Asegurado, dentro de los 30 días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo del presunto impedimento o incapacidad exceda a un año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la Antigüedad que tenía dicho plan, así como la contraprestación que resulte de los gastos médicos que se hubiesen derivado de padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión surgidos cuando el seguro se encontraba vigente. El Asegurado deberá cubrir las primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo de incapacidad. **En estos casos la Compañía no cubrirá los gastos por Enfermedades o Accidentes que hubiesen surgido posterior a los 30 días siguientes a la fecha de conclusión del periodo inmediato anterior de vigencia del seguro.**

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas condiciones generales.

3. Corrección del Contrato de Seguro y Notificaciones

a) Corrección del Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Sólo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los Endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus Endosos.

b) Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la Póliza. El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la Póliza. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

4. Vigencia

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este Contrato de Seguro será de un año y entra en vigor desde la fecha estipulada en la carátula de la póliza.

5. Residencia

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente dentro de la República Mexicana.

6. Primas

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas en nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

La prima correspondiente a cada uno de los recibos vencerá al inicio de cada periodo pactado, salvo el primer recibo, por el cual el Contratante dispondrá de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima, plazo en el cual el seguro continuará en pleno vigor.

Para los pagos subsecuentes al primero, en caso de pago fraccionado, el Contratante deberá efectuar el pago de prima al comienzo de vigencia de cada recibo.

Transcurridos los plazos citados, si el pago no se ha realizado, los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente.

Nota

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Lugar de pago

Las primas convenidas podrán ser pagadas mediante pago referenciado en banco o a través de transferencia electrónica de fondos a favor de AXA Seguros, S.A. de C.V.; para lo cual, el Contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.

Los pagos de primas también podrán efectuarse mediante domiciliación bancaria; servirán como recibo el estado de cuenta del cliente o el comprobante de pago del banco emisor.

7. Cancelación

Esta Póliza será cancelada si el Contratante no realiza el pago de la prima respectiva dentro del plazo señalado en el recibo de pago de primas.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato de Seguro después de los 30 días naturales de inicio de vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza sin incluir derechos de póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en que solicita la cancelación.

En caso de que alguno de los Asegurados que forman parte de la Póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisiones, la Compañía podrá rescindir el Contrato en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, devolviendo la prima neta correspondiente.

8. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará por escrito dicha información en un plazo que no excederá 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

9. Altas

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos en la Póliza podrá ser incluida en la cobertura mediante solicitud del Contratante y aceptación de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que queda facultada para pedir. Esta inclusión deberá ser reportada a la Compañía en los 30 días siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan. La Compañía no requerirá al solicitante realizarse un examen médico.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato nacidos durante la vigencia de la presente Póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando la Madre Asegurada tenga 10 meses de Antigüedad en una póliza Individual o Familiar de Gastos Médicos Mayores de la Compañía, se haya notificado a la Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento y se realice el pago de la prima correspondiente.

10. Bajas

Causarán baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de ser Dependientes Económicos del Asegurado Titular. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

11. Ajustes

En caso de altas de Dependientes Económicos o de aumento de beneficios, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Dependientes Económicos o disminución de beneficios, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante 60% de la prima no devengada.

12. Privilegio de Conversión

Cualquier Dependiente Económico del Asegurado Titular que haya sido excluido de la Póliza por la situación señalada en la cláusula de Bajas, tendrá derecho a que, si lo solicita, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que causó baja de la presente póliza, le sea expedida una Póliza individual de Gastos Médicos Mayores cubriendo la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

13. Renovación

Este Contrato de Seguro se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, el Contratante no da aviso por escrito de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La Compañía acuerda otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato de Seguro en los términos y condiciones de los productos que la misma tenga registrados y autorizados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha renovación se realizará a petición del Contratante o Asegurado Titular, y previa aceptación de la Compañía. Asimismo, la Compañía se compromete a que dicha renovación se realizará con productos que contengan información estadística suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial.

La Compañía establece que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de este Contrato de Seguro debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones.

14. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula 6. Primas de las sección V. Cláusulas generales, de estas condiciones generales, el Contratante podrá, dentro de los 30 días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si ésta se hubiera pactado de manera fraccionada. En este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

Sin embargo, si a más tardar al hacer tal pago, el Asegurado solicita por escrito que se amplíe la vigencia del seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

En ningún caso, la Compañía responderá de siniestros ni sus complicaciones, ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula. **No aplica preexistencia declarada para los siniestros ocurridos en dicho periodo.**

15. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 que establece lo siguiente: Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán en dos años, "... el plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización".

La prescripción se interrumpirá no sólo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por las causas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. La suspensión de la prescripción sólo procede al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

16. Moneda

Todos los pagos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos de conformidad con el artículo 8º de la Ley Monetaria vigente al momento de hacer el pago.

La moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de moneda en Suma Asegurada ni Prima.

Cuando los gastos se hagan en moneda extranjera y procedan de acuerdo a las condiciones del Contrato, serán reembolsados en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones en Moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realice el reembolso de dichos gastos.

17. Omisiones o Inexactas Declaraciones

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Asegurado o Solicitante Titular declarar por escrito en la solicitud del seguro elaborada por la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si el Contrato de Seguro se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado de acuerdo a lo estipulado en el artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando se proponga un seguro por cuenta de un tercero, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de omisión, inexacta o falsa declaración del Asegurado y/o representante de éste, al momento de anotar las declaraciones en la solicitud de seguro de gastos médicos, la Compañía podrá rescindir el Contrato de pleno derecho aunque no hayan influido en la realización del siniestro de acuerdo a lo estipulado en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. **Por Agravación del Riesgo se entiende: cuando se produce un nuevo estado distinto al que existía al celebrarse el Contrato de Seguro, respecto de lo declarado en la solicitud y que sirvió de base para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía; así como lo derivado de situaciones en las que el Asegurado se haya expuesto en incumplimiento a los artículos 52, 53 y 54 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Si el Asegurado omitiere el aviso de agravación de riesgo o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo de acuerdo a lo estipulado en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionada con el siniestro de acuerdo a lo estipulado en el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

18. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68, 70, 71 y 72 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Las reclamaciones por riesgos cubiertos bajo el presente contrato deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que les dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del Usuario, como lo dispone el artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, o de quien ésta o la Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al Asegurado que se haya sometido al examen médico al que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

19. Edad

- a) La Compañía aceptará el ingreso a la Póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación, la Póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de Renovación, Altas y Bajas para los Asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras viva el Asegurado y se pague la prima vigente al momento de la renovación. En la cobertura básica del presente producto no existe un límite de edad para la renovación.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y la Compañía reintegrará al Contratante 60% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.
- d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

20. Siniestros

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro. Cuando cualquiera de los Asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de urgencia, el Asegurado Titular deberá notificarlo cuando menos con 5 (cinco) días hábiles de anticipación a la fecha en que éste deba internarse. El Asegurado Titular tiene la obligación de presentar las pruebas que determinaron dicha cirugía.
- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.
- c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales se derive una obligación para ella. La obstaculización por parte del Contratante o Asegurados para que se lleve a cabo esa comprobación liberará a la Compañía de cualquier obligación.
- d) La Compañía sólo pagará los Honorarios de Médicos titulados y enfermeras tituladas legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos de internamiento efectuados en Sanatorios y Hospitales legalmente autorizados.
- e) Para el caso de Padecimientos Preexistentes, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- f) En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de Preexistencia, el reclamante podrá acudir a un Perito Médico que sea designado por el reclamante y la Compañía, a un arbitraje privado.
- La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.
- La Compañía pagará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.
- g) La Compañía solicitará como requisito indispensable el acta levantada ante el Ministerio Público para proceder al pago de la Cobertura de Tratamiento Psiquiátrico o Psicológico por asalto con violencia o violación.

21. Garantía de Pago por Reembolso

En caso de proceder el pago de una reclamación, la Compañía se compromete a indemnizar los gastos cubiertos en un plazo máximo de 5 (cinco) días hábiles, plazo sujeto a políticas bancarias.

En caso de no realizar el pago de la indemnización dentro de los 5 (cinco) días hábiles, la Compañía pagará a partir del sexto día hábil la cantidad de \$100 (cien pesos M.N.) por día hábil y como máximo hasta \$1,000 (mil pesos M.N.) independientemente del monto de la reclamación original, lo anterior sin perjuicio de lo previsto en la cláusula 26. Interés Moratorio de la sección V. Cláusulas generales de estas condiciones generales.

Si la Compañía requiere información adicional para la determinación de la procedencia de la indemnización, se solicitará dentro de los 5 (cinco) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de pago de siniestros. El tiempo que tarde el Asegurado en entregar la información adicional requerida no contará para el pago de la indemnización citada. Una vez entregada dicha información reiniciarán los 5 (cinco) días hábiles de la Compañía para realizar la indemnización.

22. Pago de Indemnizaciones

Siempre y cuando los gastos médicos rebasen el Deducible contratado la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato de Seguro.
- A la cantidad resultante se descontará, primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro, de acuerdo al porcentaje y Coaseguro máximo establecido en la carátula de la póliza.
- El Deducible, Coaseguro así como sus límites citados en el Contrato de Seguro se aplicarán para cada Enfermedad o Accidente cubierto.
- En caso de que los gastos equivalentes al monto del Deducible sean cubiertos por otras Pólizas de Seguro, de esta u otra institución, será requisito indispensable presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar dicha erogación.

23. Servicio de Pago Directo

En el caso de que el Asegurado requiera y solicite la atención de los Prestadores en Convenio para Pago Directo, podrá hacer uso de este servicio previa autorización de la Compañía, quien efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de la Compañía para verificar la situación de procedencia del caso.

Durante el periodo de gracia de 30 días para el pago del primer recibo de prima **no se otorgará el Servicio de Pago Directo si la Póliza no ha sido pagada.**

Una vez otorgado el Servicio de Pago Directo pactado con el prestador de servicios médicos por concepto de honorarios profesionales por un procedimiento, **la Compañía no reembolsará ninguna otra cantidad por este mismo concepto.**

24. Sistema de Pago por Reembolso

Funciona para aquellos gastos cubiertos por la póliza que:

- El servicio médico se hubiere proporcionado por prestadores que no tengan firmado con la Compañía un Convenio para Pago Directo.
- La Compañía no hubiera contado con la oportunidad y viabilidad para verificar la situación de procedencia del caso, de tal forma que no se hubiera autorizado el Servicio de Pago Directo.

Una vez otorgado el Servicio de Pago Directo pactado al prestador de servicios médicos por concepto de honorarios profesionales por un procedimiento, **la Compañía no reembolsará ninguna otra cantidad por este mismo concepto.**

25. Aplicación de Deducible y Coaseguro

- Si el Asegurado recibe atención médica con los Prestadores en Convenio para Pago Directo, y se utiliza el Servicio de Pago Directo, se aplicará la siguiente tabla para manejo de Deducible y Coaseguro.

Nivel Hospitalario contratado	Nivel Hospitalario donde se atendió el servicio médico				
	360	270	180	90	45
360	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.
270	Aumento de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.
180	Aumento de 30 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aumento de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.
90	Aumento de 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aumento de 30 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aumento de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.	Eliminación de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.
45	Aumento de 50 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aumento de 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aumento de 30 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aumento de 5 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	Aplican Coaseguro y Deducible contratados.

- b) Cuando el Asegurado recibe atención médica y alguno de los prestadores no pertenece a los Prestadores en Convenio para Pago Directo (Hospitales y Médicos), se aplicará la siguiente tabla para manejo de Deducible y Coaseguro.

Nivel Hospitalario contratado	Nivel Hospitalario donde se recibió el servicio médico				
	360	270	180	90	45
360	Aplican Coaseguro y Deducible contratados	Aplican Coaseguro y Deducible contratados	Aplican Coaseguro y Deducible contratados	Aplican Coaseguro y Deducible contratados	Aplican Coaseguro y Deducible contratados
270	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aplican Coaseguro y Deducible contratados	Aplican Coaseguro y Deducible contratados	Aplican Coaseguro y Deducible contratados	Aplican Coaseguro y Deducible contratados
180	Aumento de 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aplican Coaseguro y Deducible contratados	Aplican Coaseguro y Deducible contratados	Aplican Coaseguro y Deducible contratados
90	Aumento de 50 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aumento de 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aplican Coaseguro y Deducible contratados	Aplican Coaseguro y Deducible contratados
45	Aumento de 60 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aumento de 50 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aumento de 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado Aplica Deducible contratado	Aplican Coaseguro y Deducible contratados

- c) Si el Asegurado recibe atención médica en Hospitales fuera de los Prestadores en Convenio para Pago Directo se aplicara la siguiente tabla para manejo de Deducible y Coaseguro:

Nivel Hospitalario contratado	Nivel Hospitalario donde se atendió el servicio médico	
	180	
360	Aplica Coaseguro y Deducible contratados.	
270		
180		
90	Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	
45	Aumento de 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado. Aplica Deducible contratado.	

Ver tabla de Hospitales anexa donde se hace referencia a qué nivel corresponde cada Hospital. Todos los Hospitales que no formen parte de los Prestadores en Convenio para Pago Directo pertenecen al Nivel Hospitalario 180.

En cualquier situación donde el Asegurado reciba atención médica en un Hospital, laboratorio o gabinete de mayor nivel al del plan contratado, se elimina el límite del monto máximo por concepto de Coaseguro.

Para todos los incisos de esta cláusula, en gastos posteriores al inicial tramitados vía Sistema de Pago por Reembolso se aplicarán el Coaseguro y las limitaciones de la Póliza.

En todos los casos existe un tope de Coaseguro a pagar por el Asegurado, que varía de acuerdo al porcentaje de Coaseguro y plan contratado.

26. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Suma Asegurada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio de acuerdo con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas durante el lapso que dure la mora.

27. Beneficios Fiscales

Constituyen deducciones personales para el Asegurado las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el Beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes en línea recta, conforme al Artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

VI. Coberturas adicionales con costo para Pólizas individuales / familiares

1. Tradicional (Trad)

En caso de estar descrita como amparada en la carátula de la póliza se consideran las siguientes modificaciones a las condiciones generales del Contrato de Seguro:

- a) Reinstalación de Deducible.
Adicional a lo citado en la cláusula 22. Pago de Indemnizaciones de la sección V. Cláusulas generales de estas condiciones generales, se considera la siguiente condición para determinar la cuantía del pago:
 - El Deducible se reinstalará por cada año transcurrido desde la fecha en que se generó el primer gasto del siniestro; es decir, cada año siniestro se reinstalará el Deducible en 3 Salarios Mínimos Generales Mensuales.
- b) Suma Asegurada de \$3,000,000.00 (tres millones de pesos 00/100 M.N.)
- c) Aplica coaseguro contratado.

Exclusiones adicionales a las citadas en las condiciones generales.

Adicionalmente a lo estipulado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, esta cobertura excluye:

- **Las coberturas citadas en el apartado Maternidad, del inciso b) de la sección III. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera de 10 meses de las presentes condiciones generales.**

Nota: esta cobertura no podrá ser contratada de manera simultánea con la de cobertura Elite.

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren modificación alguna.

2. Elite (Eli)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a esta cobertura se obtendrán las siguientes coberturas:

a) Cobertura en territorio extranjero.

Se modifica la sección II. Objeto del Seguro a quedar como sigue:

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad que haya tenido tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la Póliza el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos cubiertos, dentro de territorio nacional o extranjero, la Compañía pagará o reembolsará el costo de los mismos hasta por la Suma Asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato de Seguro, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento del Accidente o Enfermedad.

b) Características de la cobertura.

La Suma Asegurada y Deducible aplicables a esta cobertura en territorio extranjero se especifican en la carátula de la Póliza.

Para esta cobertura aplica el Coaseguro fijo de 10% en territorio extranjero.

Para esta cobertura en el extranjero, el Deducible se reinstalará por cada año transcurrido desde la fecha en que se generó el primer gasto del siniestro; es decir, cada año siniestro se reinstalará el Deducible.

En territorio extranjero en caso de que en un mismo año se presenten varias reclamaciones sobre la familia asegurada en la misma Póliza, el Deducible que se aplicará será uno por Asegurado y como máximo dos Deducibles por familia asegurada.

Las Enfermedades o Accidentes subsecuentes generadas en el mismo año póliza serán cubiertos siempre y cuando rebasen el Deducible contratado y en éstos ya no se aplicará nuevamente el Deducible.

c) Prestadores de servicios médicos en territorio extranjero.

En caso de que el Asegurado vaya a ser sometido a tratamiento médico, quirúrgico o procedimiento terapéutico en territorio extranjero deberá dar aviso por escrito a la Compañía por lo menos 5 (cinco) días previos a la Hospitalización; y deberá presentar todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento, que determinen el tratamiento diagnosticado.

Una vez dado el aviso, la Compañía recomendará los Prestadores de Servicios Médicos que atenderán el tratamiento. Si el Asegurado no hiciera uso de dichos Prestadores de Servicios Médicos para el tratamiento diagnosticado, se aplicará el Deducible contratado estipulado en la carátula de la póliza así como un Coaseguro de 30% al momento de la indemnización sobre los gastos médicos cubiertos.

En caso de que se presente una indemnización sobre un tratamiento cubierto sobre el cual no se haya dado el aviso o no se haya presentado la documentación relacionada al tratamiento, se aplicará el Deducible contratado así como un Coaseguro de 30% sobre los gastos médicos cubiertos.

Se cubrirán los gastos originados en caso de sufrir algún Accidente o Enfermedad que pueda ser considerada como Urgencia Médica fuera del territorio nacional aplicando las condiciones de la cobertura de Urgencia Médica en el Extranjero.

d) Casos de Alta Prioridad e Internamiento Programado en territorio extranjero.

Por Caso de Alta Prioridad se entenderá como aquel en el que se presenta una aparición repentina de una alteración de la salud del Asegurado la cual por su naturaleza médica deba atenderse en un lapso no mayor a 48 (cuarenta y ocho) horas.

El Internamiento Programado aplica para aquellos eventos que, por su naturaleza médica, el Asegurado disponga de un tiempo mayor a 48 hrs. para programar y coordinar su atención médica.

Para estos dos casos, el Asegurado deberá dar aviso a la Compañía y entregar los documentos médicos y estudios relacionados con el evento que determinen el tratamiento diagnosticado y, si así lo desea, la referencia del Hospital donde desea atenderse.

Para los casos de alta prioridad, la Compañía se compromete a dar respuesta de la solicitud cumpliendo con los horarios citados a continuación:

Reporte del caso	Respuesta
Lunes a viernes de 8 a.m. a 12 p.m.	Mismo día antes de las 6:00 p.m.
Lunes a viernes de 12 p.m. a 6 p.m.	Día siguiente antes de las 12 p.m.
Viernes después de las 6 p.m.	Sábado antes de las 6:00 p.m.
Sábado y domingo	Lunes antes de las 6:00 p.m.

Para el caso de internamiento programado, la Compañía se compromete a dar respuesta de la solicitud en un plazo no mayor a 3 (tres) días hábiles.

En caso de que el Asegurado haya manifestado alguna referencia del Hospital donde desea atenderse, la Compañía buscará mantener dicha referencia. Si por alguna circunstancia no se pudiera respetar la referencia presentada por el Asegurado, la Compañía se compromete a referir la atención del caso a Hospitales de reconocido prestigio en función al tratamiento correspondiente.

Para los casos en donde se haya respetado la referencia hospitalaria del Asegurado, así como para los casos donde la atención médica se haya realizado en los Hospitales referidos por la Compañía, se aplicarán los siguientes límites:

- Deducible contratado reinstalándose cada año siniestro.
- Coaseguro de 10% (diez por ciento) con un tope de 3,000 USD y reinstalación cada año siniestro.
- Suma Asegurada de 1 (un) millón de USD con reinstalación por año póliza.

Para los casos en donde la atención médica se haya recibido en Hospitales distintos a los referidos por la Compañía se aplicarán los siguientes límites:

- Deducible contratado reinstalándose cada año siniestro.
- Coaseguro de 30% (treinta por ciento) con un tope de 9,000 USD para Servicio de Pago Directo y Pago por Reembolso, así como reinstalación cada año siniestro.
- Suma Asegurada de 1 (un) millón de USD con reinstalación por año póliza.

El tope de Coaseguro será de acuerdo a las condiciones en que se abrió el siniestro original. En la reinstalación podrá modificarse esta condición, de acuerdo a como se gestione el nuevo siniestro.

Para el caso de Medicamentos fuera del Hospital, se aplicará un Coaseguro de 10% (independiente del caso de haber respetado o no la referencia hospitalaria) tanto para el Servicio de Pago Directo como para el Sistema de Pago por Reembolso e inclusive para casos donde se haya alcanzado el tope por concepto de Coaseguro.

En caso de que la Compañía, habiendo recibido toda la información necesaria para realizar la programación, no responda en el tiempo establecido, el caso se entenderá como programado y operarán

las condiciones de Deducible y Coaseguro establecidas para los casos donde se haya respetado la referencia hospitalaria del Asegurado.

Para los Accidentes o Enfermedades que sean considerados como Urgencia Médica en el territorio extranjero se aplicarán las condiciones estipuladas para la cobertura de Urgencia Médica en el Extranjero. El Deducible de esta cobertura es independiente del correspondiente a la cobertura Elite.

- e) Honorarios Médicos por atención hospitalaria sin intervención quirúrgica en territorio extranjero. Quedan cubiertos los Honorarios Médicos por atención hospitalaria sin intervención quirúrgica hasta el límite que se establece a continuación por día:
- I) Atención hospitalaria: el equivalente en Moneda Nacional a 90 USD.
 - II) Los primeros 5 (cinco) días en terapia intensiva: el equivalente en Moneda Nacional a 150 USD.
 - III) Del día 6 (seis) al día 30 (treinta) en terapia intensiva: el equivalente en Moneda Nacional a 120 USD.
- f) Coberturas adicionales aplicables a la cobertura.
- I) Trasplante de Órganos.
Se cubren los gastos del donante por Trasplante de Órganos. En caso de un donante vivo, se consideran gastos cubiertos los gastos médicos en que incurra el donante durante el acto quirúrgico de donación, **excluyendo gastos pre y postquirúrgicos de donación, así como cualquier gratificación o remuneración que el mismo reciba.**
Esta cobertura aplica tanto en territorio nacional como extranjero.
 - II) Maternidad por Parto Normal o Cesárea.
Se cubre la maternidad por parto normal o cesárea, siempre y cuando la Madre Asegurada tenga 10 meses de Antigüedad en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar de la Compañía y que haya tenido contratada la cobertura Elite en el periodo mencionado anteriormente, con las siguientes características:

Antigüedad de la Asegurada en cobertura Elite	10 a 36 meses	Más de 36 meses
Suma Asegurada	1,300 USD	5,000 USD

Lo anterior modifica el apartado Maternidad del inciso b) de la sección III. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera de 10 meses de las presentes condiciones generales.

Esta cobertura no aplica Deducible ni Coaseguro.

g) Exclusiones adicionales a las citadas en las condiciones generales.

Adicionalmente a lo estipulado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, esta cobertura excluye los gastos de los siguientes padecimientos en el territorio extranjero:

- Cobertura de tratamiento médico o quirúrgico de nariz o senos paranasales.
- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Tratamientos Psiquiátricos o Psicológicos.

Nota: al contratar esta cobertura no podrá ser contratada de manera simultánea la cobertura Tradicional y CAME.

Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin alteración alguna.

3. Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental (D0xA)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las siguientes coberturas:

- a) Deducible 0 x Accidente Cubierto.
Mediante esta cobertura se exenta al Asegurado del pago del Deducible en caso de un Accidente, siempre y cuando el monto total de los gastos cubiertos sea superior a \$1,000 (mil pesos 00/100 M.N.).

Por lo anterior, en caso de Accidente cubierto se modifica la cláusula 22. Pago de Indemnizaciones de la sección V. Cláusulas generales de estas condiciones generales, a quedar como sigue:

- 1) A la cantidad resultante se descontará, únicamente la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje y Coaseguro máximo establecido en la carátula de la póliza.
- 2) El Coaseguro y los límites citados en el Contrato de Seguro se aplicarán para cada Enfermedad o Accidente cubierto.

Lo anterior aplica tanto para el Servicio de Pago Directo como para el Sistema de Pago por Reembolso.

Este beneficio aplica solamente en territorio nacional.

Límite máximo de responsabilidad para Deducible Cero por Accidente Cubierto.

El límite máximo de responsabilidad por parte de la Compañía para esta cobertura, será el Deducible contratado que aparece referenciado en la carátula de la póliza.

- b) Muerte Accidental.
Mediante esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto, la Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada para esta cobertura en la carátula de póliza.

Límite máximo de responsabilidad para muerte accidental.

El límite máximo de responsabilidad por parte de la Compañía para esta cobertura, será la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Edad

La edad mínima para la cobertura de muerte accidental es de 12 años.

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación, la edad máxima de aceptación es 69 años.

No obstante lo señalado en este apartado, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas condiciones generales.

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren modificación alguna.

4. Programa Cliente Especial (PCE)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las siguientes coberturas:

a) Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas.

Se cubre la atención médica del Asegurado en el extranjero a consecuencia de Enfermedades catastróficas cubiertas, descritas más adelante, cuyos padecimientos y primeros gastos se originen a partir de la contratación de esta cobertura adicional.

Las Enfermedades que aplican para esta cobertura y bajo este concepto son:

- **Cáncer**
Se cubre el cáncer con metástasis, cáncer de páncreas, cáncer de hígado, cáncer en el sistema nervioso o localizado en los aparatos linfáticos, circulatorios, leucemia y melanoma maligno.
Queda excluido el cáncer *In Situ* (en sitio) del cuello uterino y cáncer de la piel.
- **Enfermedades Neurológicas Cerebrovasculares y Cerebrales**
Se cubren los tratamientos médicos y quirúrgicos derivados de Enfermedades degenerativas, tumores benignos y malignos del sistema nervioso central, así como tumores o malformaciones del aparato circulatorio, localizado en el sistema nervioso central, isquemia, trombosis y hemorragia cerebral.
Quedan excluidos los tumores en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- **Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía**
Se cubre la intervención quirúrgica de tórax abierto para la colocación de hemoductos para la revascularización del miocardio. La necesidad de este tipo de intervenciones deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria.
Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como la angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombólisis u otras Enfermedades con tratamientos similares.
- **Trasplantes de Órganos Mayores**
Quedan cubiertos sólo los trasplantes de los siguientes órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.
Se cubren los gastos del donante por trasplante de órganos. En caso de un donante vivo, se consideran gastos cubiertos los gastos médicos en que incurra el donante durante el acto quirúrgico de donación, **excluyendo gastos pre y postquirúrgicos de donación, así como cualquier gratificación o remuneración que el mismo reciba.**

Suma Asegurada

La Suma Asegurada para la atención médica en territorio nacional será la del plan base estipulada en la carátula de póliza, y en el extranjero es el equivalente en Moneda Nacional a 1,000,000 USD para el Asegurado afectado sólo para las Enfermedades descritas por este beneficio.

Precertificación

El Asegurado tendrá la obligación de enviar a la Compañía con al lo menos 10 días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al Hospital o centro de trasplante, el informe médico, el aviso de Accidente o Enfermedad, la historia clínica y el resultado de estudios practicados. Lo anterior a fin de que la Compañía determine la autorización del caso en el extranjero.

En caso de Urgencia Médica tendrá que notificar durante las 24 horas siguientes el ingreso al Hospital.

Deducible y Coaseguro del plan base estipulados en la carátula de póliza.

Para los gastos generados en territorio nacional se aplicarán la cláusula 25. Aplicación de Deducible y Coaseguro de la sección V. Cláusulas generales de estas condiciones generales.

Para los gastos generados en territorio extranjero se aplicará el Deducible y Coaseguro de la carátula de la póliza.

La aplicación del Deducible es única por cada Accidente o Enfermedad cubierta independientemente del territorio en el que se hayan realizado los gastos.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación, la edad máxima de aceptación es hasta los 69 años.

Exclusiones

- **Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de este beneficio adicional.**
- **Casos en los que el Asegurado no cumpla con dar aviso por escrito a la Compañía.**

b) Segunda Opinión Médica Internacional

Esta cobertura ofrece el acceso a un programa de consulta médica especializada para Asegurados que padecen Enfermedades graves cubiertas por estas condiciones generales de Gastos Médicos Mayores individual/familiar, a través de una red de Médicos consultantes en los Estados Unidos de Norteamérica, con el propósito de emitir una opinión médica calificada relacionada con el padecimiento del Asegurado.

Obligaciones del Asegurado

El Asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Que se trate de afecciones mayores amparadas en estas Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar y que no requieran manejo de urgencia, o que el tiempo permita realizar los trámites necesarios para la coordinación de este beneficio.
- b) Padecimientos que por su complejidad así lo requieran como por ejemplo: Cáncer, Enfermedades neurológicas graves, cirugías cardiovasculares, trasplantes de órganos mayores; **en ningún caso para padecimientos menores y cuyo diagnóstico sea de fácil determinación.**

Solicitud

Para solicitar el servicio de Segunda Opinión Médica, el Asegurado deberá presentar el formato inicial diseñado para solicitar este servicio, en el que se incluye solicitud del servicio de Segunda Opinión Médica Internacional para:

- Ratificar el diagnóstico.
- Corroborar tratamiento.
- Alternativas de tratamiento.
- Tarjeta que lo identifica como Asegurado de la Compañía.
- Identificación oficial con fotografía.
- Aviso de Accidente o Enfermedad.
- Historia clínica completa debidamente requisitada por su Médico tratante que incluya: padecimiento actual, antecedentes personales no patológicos, antecedentes patológicos con diagnóstico, tiempo de evolución y tratamiento.
- Resúmenes clínicos de los Médicos que lo han atendido. Si ha estado hospitalizado, copia de su expediente clínico.
- Resultados de todos los exámenes que le hayan practicado, en el caso de estudios especiales como rayos X, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, placas y algunos otros.

En caso de que el Médico que realiza la segunda opinión médica necesitara estudios adicionales, se entenderá que esos gastos se harán de acuerdo a los procedimientos tradicionales establecidos para Servicio de Pago Directo o Pago por Reembolso.

Diagnóstico

La respuesta de la segunda opinión médica se entregará al Asegurado en dos maneras: en el formato original que el Médico interconsultante emitió en inglés y con su respectiva traducción al español.

Exclusiones

- **Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes.**
- **Además aplican las exclusiones de las presentes condiciones generales de Gastos Médicos Mayores individual / familiar.**

c) Cuarto Suite

De acuerdo a esta cobertura se ofrece un ascenso del cuarto privado estándar a cuarto suite exclusivamente en territorio nacional siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos por estas condiciones generales de Gastos Médicos Mayores individual/familiar. Además, este beneficio está sujeto a la disponibilidad del cuarto suite dentro del Hospital.

Este beneficio se cubrirá de lo que resulte menor entre:

- Un máximo de 2 (dos) veces el costo del cuarto sencillo estándar o
- El cuarto suite, siempre y cuando sea la suite inmediata superior al cuarto privado estándar.

d) Paquete de Admisión

De acuerdo a esta cobertura se establece que la Compañía cubrirá el paquete de admisión considerado como los primeros artículos de uso personal que se le entregan al paciente al momento de ingresar al Hospital.

Este beneficio opera siempre y cuando la Hospitalización sea derivada o a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos por estas condiciones generales de Gastos Médicos Mayores individual/familiar.

e) Asistencia Médica PCE

Esta cobertura proporciona los Servicios de Asistencia que se citan a continuación a través de AXA ASSISTANCE, empresa especializada en programas de asistencia.

I. Definiciones

Para esta cobertura se consideran las siguientes definiciones de forma adicional a las ya citadas en las condiciones generales del Contrato de Seguro:

1. **Beneficiario**
Persona que obtiene los Servicios de Asistencia.
2. **Equipo Médico de AXA ASSISTANCE**
El personal médico y asistencial apropiado que gestione los Servicios de Asistencia por cuenta de AXA ASSISTANCE a un Beneficiario.
3. **Familia Asegurada**
Asegurados que estén dados de alta en la Póliza.
4. **Invitado de la Familia Asegurada**
Las personas que se encuentren en el domicilio del Asegurado Titular y que hayan sido invitadas por la Familia Asegurada, cuando se produzca una Situación de Asistencia.
5. **Personal Doméstico**
Las personas que laboran dentro del domicilio del Asegurado Titular y que hayan sido contratados por algún miembro de la Familia, que realicen labores de aseo, así como los inherentes a la limpieza del hogar, cuando se produzca una Situación de Asistencia.
6. **Representante**
Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

7. Residencia Permanente
El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario tal como aparece en la carátula de la póliza o cualquier otro medio razonable de comprobación.
8. Servicios de Asistencia
Los Servicios Asistenciales que gestiona AXA ASSISTANCE en los términos de estas condiciones generales, para los casos de una Situación de Asistencia.
9. Situación de Asistencia
Todo acontecimiento ocurrido a los Beneficiarios en los términos y con las limitaciones establecidas en esta cobertura, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.
10. Viaje
Se considera que una persona se encuentra de Viaje cuando está a más de 100 km del centro de su población de Residencia Permanente, por un período máximo de 60 días consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

II. Servicio de Asistencia en 'KM 0'

El siguiente Servicio de Asistencia será proporcionado en la República Mexicana, desde la Residencia Permanente del Beneficiario, «kilómetro 0» y hasta el «kilómetro 100» contado éste a partir del centro de la población de su Residencia Permanente en el caso del Distrito Federal. En el resto del país, desde el lugar de Residencia Permanente del Beneficiario y hasta el «kilómetro 80». El Servicio de Asistencia será proporcionado durante las 24 horas de todos los días del año.

2.1 Traslado Médico Terrestre Local

Si el Beneficiario a causa de Enfermedad o Accidente, que le provoque lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, en contacto con el Médico que lo atienda, recomienden su Hospitalización, AXA ASSISTANCE gestionará el traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano; si fuera necesario por razones médicas se realizará el traslado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados, incluyéndose sin limitación, ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar al centro hospitalario más cercano y apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que el Beneficiario presente.

Serán válidos también los traslados de Hospital a Hospital o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando éstos sean recomendados por el Médico tratante en conjunción con el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE.

Beneficiarios: la Familia Asegurada, el Personal Doméstico así como los Invitados de la Familia Asegurada.

Si se requiere del envío de una ambulancia para Personal Doméstico o Invitados de la Familia Asegurada, dicho traslado será pagado por un Beneficiario directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éste, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite.

III. Servicios de Asistencia en 'KM 0' y en Viaje

Los siguientes Servicios de Asistencia serán proporcionados en la República Mexicana, desde la Residencia Permanente del Beneficiario «kilómetro 0» y hasta todo el territorio de la República Mexicana. El Servicio de Asistencia será proporcionado durante las 24 horas de todos los días del año, en viajes no mayores a 60 días.

3.1 Consulta Telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, le asistirá para orientarlo telefónicamente sobre problemas menores o dudas con relación a:

- a) Utilización de Medicamentos.
- b) Síntomas o molestias que le aquejen.

El Equipo Médico de AXA ASSISTANCE no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario se le direccionará para:

- a) Enviarle la visita de un Médico a domicilio.
- b) Concertarle una cita con un Médico, o en un centro hospitalario.
- c) El envío de una ambulancia.

AXA ASSISTANCE no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos Médicos o instituciones médicas, por omisiones del Beneficiario o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

Beneficiarios: la Familia Asegurada y el Personal Doméstico.

3.2 Consulta Domiciliaria

A solicitud del Beneficiario, AXA ASSISTANCE gestionará el envío de un Médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo. El Beneficiario pagará únicamente \$150.00 pesos M.N. de cada visita domiciliaria, directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la consulta domiciliaria.

AXA ASSISTANCE proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana; en los demás lugares, AXA ASSISTANCE hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital, con la mayor celeridad posible.

AXA ASSISTANCE no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos Médicos o instituciones médicas.

Beneficiarios: la Familia Asegurada y el Personal Doméstico.

IV. Servicios de Asistencia en Viaje

Los siguientes Servicios de Asistencia serán proporcionados en todo el territorio de la República Mexicana, a partir de una distancia de 100 km del centro de la población de Residencia Permanente del Beneficiario. Los Servicios de Asistencia serán proporcionados durante las 24 horas de todos los días del año en viajes no mayores a 60 días.

4.1 Traslado Médico

En caso de que un Beneficiario sufra Enfermedades o Accidentes ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, tales que el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, en contacto con el Médico que atienda al Beneficiario, recomienden su Hospitalización, AXA ASSISTANCE gestionará:

- El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano; y
- Si fuera necesario por razones médicas:
 - a) El traslado del Beneficiario, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad del Beneficiario.
 - b) Si las condiciones médicas permiten el traslado del Beneficiario, el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE organizará el traslado, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al Hospital o centro médico más cercano a su Residencia Permanente. El Equipo Médico de AXA ASSISTANCE y el Médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para este traslado.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

4.2 Boleto Redondo para un Familiar y Gastos de Hospedaje.

En caso de Hospitalización del Beneficiario a consecuencia de Accidentes o Enfermedades ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo y de que su Hospitalización se prevea de una duración superior a 5 (cinco) días, AXA ASSISTANCE gestionará y pondrá a disposición de una persona designada por el Beneficiario un boleto ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario) a fin de acudir a su lado.

Además AXA ASSISTANCE gestionará el hospedaje de la persona designada hasta un máximo de \$1,000.00 pesos M.N. por día, durante 10 (diez) días naturales.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

4.3 Boleto para Profesional Reemplazante

Si el Beneficiario resultara con una incapacidad para realizar el trabajo para el cual fue enviado, y que dicha incapacidad se prevea de una duración mayor de 5 (cinco) días naturales, según el criterio del Médico tratante y el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE, a consecuencia de Enfermedades o Accidentes (no producido por trabajos de carácter manual y ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo), AXA ASSISTANCE gestionará un boleto aéreo de ida y vuelta (clase económica) en línea comercial, a un profesional reemplazante de la misma empresa, para que supla y realice los trabajos que le estaban encomendados.

Beneficiarios: el Solicitante Titular

4.4 Gastos de Hotel por Convalecencia

AXA ASSISTANCE gestionará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, a consecuencia de Enfermedades o Accidentes ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE. Este beneficio está limitado a \$1,000.00 pesos M.N., por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

4.5 Pago y Envío de Abogado

A solicitud del Beneficiario y en caso de una demanda civil o penal en su contra, ocurrida después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo, AXA ASSISTANCE gestionará los honorarios de un abogado para atender su defensa, hasta un máximo de \$25,000.00 pesos M.N. en conjunto, por concepto de honorarios de abogado, fianzas y/o cauciones, con máximo de 3 (tres) eventos por año y póliza.

Este Beneficio no aplica si el problema es debido a la actividad profesional del Beneficiario o por implicaciones en tráfico o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos o abandonar los procesos legales instalados en su contra.

Beneficiarios: la Familia Asegurada.

V. Obligaciones del Beneficiario

5.1 Solicitud de Asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará por cobrar a la central de alarma de AXA ASSISTANCE, facilitando los datos siguientes:

-
- a) Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde AXA ASSISTANCE podrá contactar al Beneficiario o su Representante.
 - b) Su nombre y su número de Póliza.
 - c) Descripción del problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo Médico de AXA ASSISTANCE tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación; y si tal acceso le es negado AXA ASSISTANCE no tendrá obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

5.2 Traslado Médico (terrestre o aéreo).

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención de AXA ASSISTANCE, el Beneficiario o su Representante deberán facilitar:

- El nombre, dirección y número de teléfono del Hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- El nombre, dirección y número de teléfono del Médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del Médico de cabecera que habitualmente atienda al Beneficiario.

El Equipo Médico de AXA ASSISTANCE o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Beneficiario perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo Médico de AXA ASSISTANCE decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el mismo.

5.3 Normas Generales

- a) Mitigación
El Beneficiario está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las Situaciones de Asistencia.
- b) Cooperación con AXA ASSISTANCE
El Beneficiario deberá cooperar con AXA ASSISTANCE para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a AXA ASSISTANCE los documentos necesarios, ayudar a AXA ASSISTANCE y con cargo a AXA ASSISTANCE, a cumplimentar las formalidades necesarias.
- c) Personas que prestan los Servicios de Asistencia
Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son, en su mayor parte, contratistas independientes elegidos por AXA ASSISTANCE con la adecuada titulación y competencia según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia, por lo que AXA ASSISTANCE no obstante que será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en estas condiciones generales, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.
- d) Prescripción de las reclamaciones
Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 días naturales de la fecha en la que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.
- e) Subrogación
AXA ASSISTANCE quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que hayan dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

VI. Exclusiones

- 6.1 Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún Médico o durante viajes de duración superior a 60 días naturales, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.**
- 6.2 Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA ASSISTANCE por costos generados en una Situación de Asistencia ya que se trata de que el Beneficiario no tenga necesidad de contratar por su cuenta proveedores de servicio no calificados.**
- 6.3 La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.**
- 6.4 El rechazo de los servicios del abogado que le asigne AXA ASSISTANCE.**
- 6.5 Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.**
- 6.6 Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.**
- 6.7 Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.**
- 6.8 También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.**
 - c) La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - d) La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.**
 - e) La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.**
 - f) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
 - g) Enfermedades o Accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, indicados de forma enunciativa, más no limitativa.**
 - h) Traslados por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por cirugía programada de parto.**
 - i) Enfermedades Mentales o alienación y estados depresivos.**
 - j) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.**
 - k) Traslados a causa o como consecuencia de trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo, sean en ambulancia o por cualquier otro medio.**
 - l) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.**

- m) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- n) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
- o) La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.
- p) Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como: gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etc., mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
- q) Si por cualquier circunstancia el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
- r) Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.
- s) El Beneficiario no tenga identificación.
- t) La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.
- u) Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que le obstaculicen o impidan el acceso o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos: bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, etc., sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras, plataformas petroleras, barcos, yates y demás Accidentes del terreno o lugar.

No obstante lo señalado en este apartado, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas condiciones generales.

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren modificación alguna.

Nota: esta cobertura se incluye sin costo al contratar la cobertura Elite.

5. Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las siguientes coberturas:

De acuerdo a este beneficio se establece que los gastos médicos erogados por el Asegurado fuera del territorio nacional y que se encuentren cubiertos de acuerdo a las presentes condiciones generales, serán amparados hasta los límites mencionados por esta cobertura, sujeto a las siguientes condiciones:

Para los Asegurados en viajes que lleguen a residir más de 3 (tres) meses fuera del territorio nacional, con un máximo de 12 (doce) meses, se le aplicará la tarifa correspondiente a la zona 4, después de transcurrido este periodo quedará excluido del Contrato de Seguro.

Participación del Asegurado

Deducible y Coaseguro. Invariablemente se aplicarán tanto por Accidente como por Enfermedad y su monto se estipula en la carátula de la Póliza. El Deducible de esta cobertura será independiente al del apartado 17. Urgencia Médica en el Extranjero de la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos de las presentes condiciones generales.

Suma Asegurada

Aplica la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza.

Gastos cubiertos

1. Cuarto semi privado y alimentos del paciente.
2. Médicos y cirujanos. Honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias o consultas.
3. Anestesiólogo (honorarios profesionales).
4. Suministros en el Hospital (Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones).
5. Prótesis y Aparatos Ortopédicos necesarios para el tratamiento médico. **Queda excluida la reposición de aparatos de Prótesis.**
6. Servicios de ambulancia terrestre (en la localidad hacia o desde el Hospital).
7. Enfermera privada.
8. Servicios de terapia física, radioterapia y fisioterapia.
9. Medicamentos adquiridos fuera del Hospital, que estén relacionados con el padecimiento y acompañados de la receta médica.
10. Renta de Equipo Tipo Hospital que, por prescripción médica, sea necesario para la convalecencia domiciliaria.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación, la edad máxima de aceptación es 69 años.

Exclusiones

- a) **Los Padecimientos Preexistentes al inicio de esta cobertura, independientemente de la Antigüedad de la cobertura en territorio nacional.**
Para aquellas Pólizas que contaban con la cobertura en el extranjero y que no tuvieran periodos al descubierto, se respetará la Antigüedad de ésta, tomándose como fecha original la de la primera emisión de la cobertura en el extranjero.
- b) **La operación cesárea y el parto natural.**
- c) **Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.**
- d) **Adicionalmente a las exclusiones de esta cláusula, las limitaciones mencionadas en las presentes condiciones generales y Endosos especiales, se ampararán los gastos de padecimientos mencionados en el inciso b) Con Periodos de Espera de la sección III. Gastos Médicos Mayores cubiertos siempre que los periodos estipulados se hayan cumplido.**

No obstante lo señalado en este apartado, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas condiciones generales.

Nota: esta cobertura no podrá ser contratada de manera simultánea con la cobertura Elite.

Todas las demás condiciones y coberturas permanecen sin cambios ni modificaciones y con aplicación para esta cobertura.

6. Paquete de Beneficios Adicionales (BAd)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las siguientes coberturas:

a) Accidentes Personales

Esta cobertura aplica únicamente para los Asegurados mayores de 12 años.

Si el Asegurado fallece a consecuencia de un Accidente cubierto, la Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura que queda estipulada en la carátula de la póliza.

A los Asegurados que por consecuencia de un Accidente sufran pérdidas orgánicas, se les proporcionará una indemnización hasta por la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza, de acuerdo a la tabla siguiente:

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La pérdida significará:

- En cuanto a las manos y a los pies, la pérdida por anquilosis o la separación en las coyunturas de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos.
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.
- En cuanto a los dedos pulgar e índice, la anquilosis o la separación de la coyuntura metacarpofalangeal o arriba de la misma.

En caso de sufrir varias pérdidas de las especificadas arriba, la responsabilidad total de la Compañía en ningún caso excederá el límite establecido para este beneficio.

Cualquier indemnización pagada por la Compañía, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de este beneficio para el Asegurado afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a la Compañía.

Los beneficiarios para el caso de muerte accidental serán:

- Los específicamente designados por el Asegurado o, en su defecto,
- A la sucesión del Asegurado.

Pago de indemnizaciones

La indemnización que resulte comprobada conforme al Contrato de Seguro será pagada dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que fueran entregadas las pruebas correspondientes a la Compañía.

Estos beneficios no se concederán si la muerte del Asegurado o las pérdidas orgánicas que sufra son debidas directa, total o parcialmente a:

- **Enfermedad corporal o mental, infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental; tratamiento médico o quirúrgico, cuando éste no sea necesario a consecuencia de un Accidente.**
- **Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, cualquiera que sea la causa que lo provoque.**
- **Hernias y eventraciones que no sean consecuencia de un Accidente.**
- **Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza excepto los accidentales.**
- **Guerra, rebelión, revolución o insurrecciones.**
- **Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**

- **Riña, siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- **La participación en cualquier forma de navegación submarina.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes o lesiones que por culpa del Asegurado sufra como consecuencia de encontrarse bajo la influencia de enervantes o drogas, excepto cuando estas últimas hayan sido prescritas por un Médico.**

Al hacer uso de este beneficio no se aplicará Deducible ni Coaseguro.

b) Accidentes Personales en Viajes Aéreos

Ofrece a los Asegurados mayores de 12 años una protección hasta por el límite establecido en la carátula de la póliza en caso de muerte o pérdidas orgánicas como consecuencia de un Accidente, si alguna de éstas sobreviniera dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo. A los Asegurados que por consecuencia de un Accidente sufran pérdidas orgánicas (si suceden dentro de los 90 días posteriores, la indemnización por pérdidas orgánicas se hará a la fecha de ocurrencia de éste), se les proporcionará una indemnización; lo anterior, conforme a la tabla de indemnizaciones del inciso a) anterior.

Este beneficio surtirá efecto durante el viaje sencillo o de ida y vuelta amparado por el boleto de transportación, comenzando su efecto en o después de la fecha de expedición que aparece en la carátula de la póliza, terminando con la llegada al punto de destino o seis meses después de la fecha en que se inicie el vuelo, según lo que ocurriere primero como sigue:

- Mientras se encuentre como pasajero subiendo, a bordo o bajando del aeroplano en que hará el viaje, siempre que sea operado por una línea aérea establecida y a la cual la autoridad competente del país cuyo registro ostente le haya otorgado licencia para el transporte de pasajeros. Asimismo, mientras se encuentre viajando dentro del aeropuerto en un vehículo terrestre operado por la autoridad del mismo o por la línea aérea para dirigirse al lugar donde se encuentre colocado el aeroplano en el que se hará el viaje o viceversa, así como a consecuencia de ser golpeado por dicho aeroplano.
- Mientras se encuentre viajando en vehículo terrestre para la transportación de pasajeros, proporcionado u ordenado directa o indirectamente por tal línea aérea o por la autoridad del aeropuerto y viceversa, inmediatamente antes de la salida anunciada del aeroplano o inmediatamente después de su llegada a ese aeropuerto; o para la transportación de pasajeros que se haga necesaria por alguna interrupción o suspensión temporal del servicio por parte de la línea aérea, antes de llegar al punto de destino del vuelo.
- Como consecuencia de estar expuesto a los elementos naturales, después de un aterrizaje forzoso o destrucción del aeroplano en que se haga el viaje.
- Mientras se encuentre en algún lugar donde se provea al Asegurado de comida y albergue, siempre que los gastos por estos conceptos sean por cuenta de la línea aérea.
- No invalidará este beneficio cualquier cambio en los puntos de salida o de destino del aeroplano en el cual el Asegurado haga el viaje al amparo del boleto de transportación.
- En caso de que el Asegurado sea menor de 12 años o esté sujeto a interdicción queda expresamente establecido que se excluye el riesgo de muerte de esta cobertura, la cual comprenderá únicamente las demás indemnizaciones que se mencionan en este beneficio.
- Si después de 6 meses de la fecha de desaparición o destrucción de un aeroplano en el cual el Asegurado estuviere viajando, su cuerpo no fuere encontrado, se presumirá que sufrió la pérdida de la vida a consecuencia de lesiones corporales producidas por causas accidentales.

c) Gastos Funerarios

Este beneficio cubre los gastos funerarios que tengan que hacerse al ocurrir el fallecimiento de cualquier Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto en la Póliza, hasta por el límite establecido en la carátula de la póliza.

En caso de muerte del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto en el primer año de vigencia de la Póliza o por Enfermedad cubierta a partir del segundo año de vigencia.

Este beneficio será pagado en nuestras oficinas, previa comprobación del gasto efectuado, a:

- Los específicamente designados por el Asegurado o, en su defecto;
- A la sucesión del Asegurado.

Para el caso de los menores entre 0 y 12 años de edad sólo se reembolsará el importe de las facturas originales que se presenten por los servicios funerarios y la Suma Asegurada para los menores entre 0 y 12 años de edad no podrá ser superior a (60) salarios mínimos generales mensuales vigentes en el Distrito Federal.

Condiciones generales adicionales para el paquete de beneficios adicionales

Objeto. La Compañía se obliga a pagar los gastos funerarios hasta la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza, mediante el pago de la prima convenida, si algún Asegurado fallece dentro de la vigencia de la póliza.

Suicidio. En caso de muerte por suicidio del Asegurado, cualquiera que haya sido su causa, si se verifica antes de dos años de la celebración del Contrato de Seguro, la Compañía solo cubrirá la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

Comprobación del siniestro. La Compañía tiene derecho a solicitar al reclamante toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Pago del beneficio. Se pagará previa comprobación de la muerte del Asegurado, a más tardar 30 días después de la fecha en que la Compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Gastos no cubiertos. El beneficio será nulo cuando el fallecimiento del Asegurado sea a consecuencia de un Accidente o una Enfermedad ocurridos, con fecha anterior a la iniciación de la vigencia de la Póliza.

Esta cláusula podrá modificarse únicamente mediante acuerdo entre la Compañía y el Asegurado, que deberá constar por escrito en Endosos o en cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Al hacer uso de este beneficio no se aplicará Deducible ni Coaseguro.

d) Servicios Asistenciales en el Extranjero.

1. Disposiciones Previas

La prestación de este servicio será proporcionado por la Compañía a través de AXA Assistance México, empresa especializada en programas de asistencia en viaje.

1.1 Definiciones

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

- a) Accidente
Todo acontecimiento que provoque daños corporales a una persona física, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y súbita, y que suceda durante la vigencia de la póliza de Gastos Médicos Mayores.
- b) Beneficiario(s)
Los Asegurados de la Póliza emitida por la Compañía.
- c) U.S. Dólares
La moneda de curso legal vigente de los Estados Unidos de Norteamérica.
- d) Equipo Médico de la Compañía de Asistencia
El personal médico y asistencial apropiado que esté prestando asistencia a un Beneficiario por cuenta de la Compañía de Asistencia contratada por AXA Seguros, S.A. de C.V.
- e) Enfermedad
Cualquier alteración de la salud del Beneficiario de la póliza, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez después de la fecha de salida en viaje.
- f) Familiar en Primer Grado
Padre, madre, cónyuge e hijos de un Beneficiario.
- g) Fecha de Inicio
El mismo indicado en la carátula de la póliza de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar.
- h) Representante
Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.
- i) Residencia Permanente
El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario.
- j) Servicios de Asistencia
Los servicios que presta la Compañía de Asistencia al Beneficiario, en los términos de estas condiciones generales para los casos de una Situación de Asistencia.
- k) Situación de Asistencia
Todo Accidente, Enfermedad o Fallecimiento ocurrido al Beneficiario, en los términos y con las limitaciones establecidas en estas condiciones generales, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la prestación de los Servicios de Asistencia.

1.2 Territorialidad

Los Servicios de Asistencia que se mencionan en estas condiciones generales serán válidos en todo el mundo a partir de una distancia de 100 km del centro de la población de Residencia Permanente del Beneficiario, excepto dentro de los Estados Unidos Mexicanos.

2. Los Servicios de Asistencia

Asistencia Médica

2.1 Gastos Médicos y de Hospitalización

La Compañía de Asistencia proporcionará y tomará a su cargo los servicios médicos necesarios hasta el límite máximo del equivalente en Moneda Nacional a \$5,000 U.S. Dólares por viaje y hasta el equivalente en Moneda Nacional a \$10,000 U.S Dólares por año para cada Beneficiario de la Póliza.

Quedan excluidos costos de prótesis, anteojos y lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas tipo check up o rutinarias, gastos médicos y de Hospitalización realizados fuera del País de Residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Beneficiario.

2.2 Gastos Dentales

En el caso de que un Beneficiario sufra problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de urgencia, se proporcionarán los servicios odontológicos de urgencia, hasta un máximo de \$500 U.S. Dólares.

2.3 Gastos de Hotel por Convalecencia

La Compañía de Asistencia pagará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de Alta del Hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y por el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia.

Este beneficio está limitado al equivalente en Moneda Nacional a \$100 U.S. Dólares por día con un máximo de cinco días naturales consecutivos.

2.4 Traslado Médico

En caso de que un Beneficiario sufra una Enfermedad o Accidente tales que el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia, en contacto con el Médico que atienda al Beneficiario, recomienden su Hospitalización, la Compañía de Asistencia organizará y pagará:

- a) El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano y si fuera necesario por razones médicas.
- b) El traslado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea comercial o ambulancia) al centro hospitalario más apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que presente el Beneficiario.
- c) Si las condiciones médicas permiten su traslado o repatriación, el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia organizará el traslado o repatriación, bajo supervisión médica y en avión de línea comercial, al Hospital o centro médico más cercano a su Residencia Permanente. El Equipo Médico de la Compañía de Asistencia y el Médico tratante tomarán las medidas necesarias para este traslado o repatriación.

2.5 Repatriación o Traslado a Domicilio

Si el Beneficiario, después del tratamiento local, según el criterio del Médico tratante y del Equipo Médico de la Compañía de Asistencia, no puede regresar a su residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, la Compañía de Asistencia organizará su repatriación o traslado por avión de línea comercial y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del Beneficiario, si el que éste tuviera no fuese válido.

2.6 Boleto Redondo para un Familiar

En caso de Hospitalización del Beneficiario y de que su Hospitalización se prevea de una duración superior a 10 (diez) días, la Compañía de Asistencia pondrá a disposición de una persona designada por el Beneficiario un boleto de ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario) a fin de acudir a su lado.

2.7 Repatriación en caso de Fallecimiento o Entierro Local

En caso de fallecimiento del Beneficiario, la Compañía de Asistencia realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- a) El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de Residencia Permanente del Beneficiario; o,
- b) A petición de los herederos o Representantes del Beneficiario, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso, la Compañía de Asistencia se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de traslado del cuerpo prevista en el apartado anterior.

2.8 Regreso Anticipado al Domicilio

La Compañía de Asistencia organizará y tomará a su cargo los gastos suplementarios para el regreso anticipado del Beneficiario, por avión de línea comercial (clase económica), en caso de fallecimiento de un Familiar en Primer Grado, en la ciudad de Residencia Permanente, siempre que no pueda utilizar su boleto original para el regreso.
Asistencia Personal

2.9 Localización y Reenvío de Equipajes y Efectos Personales

En el caso de robo o extravío de equipaje o efectos personales del Beneficiario, la Compañía de Asistencia le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su localización. Si los objetos fuesen recuperados, la Compañía de Asistencia se hará cargo de su reenvío hasta el lugar donde se encuentre el Beneficiario o hasta su Residencia Permanente.

2.10 Asistencia Administrativa

En caso de robo o pérdida de documentos esenciales para la continuación del viaje, como son; pasaporte, visa, boletos de avión, etc., la Compañía de Asistencia proveerá de la información necesaria, así como del procedimiento a seguir con las autoridades locales, con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

2.11 Transmisión de Mensajes

La Compañía de Asistencia se encargará de transmitir a petición del Beneficiario, los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una Situación de Asistencia.

3. Obligaciones del Beneficiario

3.1 Solicitud de Asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará por cobrar a la central de alarma de la Compañía de Asistencia, facilitando los datos siguientes:

- a) El lugar donde se encuentra y número de teléfono donde la Compañía de Asistencia podrá contactar con el Beneficiario o su Representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
- b) Su nombre y su número de Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores.
- c) Descripción del problema y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo Médico de la Compañía de Asistencia tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica para conocer su situación y si tal acceso le es negado por causas imputables al Beneficiario, la Compañía de Asistencia no tendrá ninguna obligación de prestar los Servicios de Asistencia.

3.2 Imposibilidad de Notificación a la Compañía de Asistencia

Los servicios a que se refieren estas condiciones generales, configuran la única obligación a cargo de la Compañía de Asistencia, y sólo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas propias condiciones generales, dicho Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios; en tal supuesto, la Compañía de Asistencia y de acuerdo con la cláusula 4.3., podrá reembolsar al Beneficiario la suma que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de servicios médicos de Hospitalización. En ningún otro supuesto habrá lugar a Pago por Reembolso.

- a) En caso de peligro de la vida.

En situación de peligro de muerte, el Beneficiario o su Representante deberán actuar siempre con la máxima celeridad para organizar su traslado al Hospital más cercano del lugar donde se haya producido el Accidente o Enfermedad con los medios más inmediatos y apropiados o tomar las medidas más oportunas, y tan pronto como les sea posible contactarán con la central de alarma de la compañía de asistencia para notificar la situación.

- b) Hospitalización sin previa notificación a la Compañía de Asistencia.

En caso de Accidente o Enfermedad que conduzca a la Hospitalización del Beneficiario sin previa notificación a la Compañía de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberán contactar con la central de alarma de la Compañía de Asistencia a más tardar dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al Accidente o inicio de la Enfermedad. A falta de dicha notificación, la Compañía de Asistencia considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

3.3. Traslado Médico y Repatriación

En los casos de traslado médico o repatriación y a fin de facilitar una mejor intervención de la Compañía de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberá facilitar:

- El nombre, domicilio y número de teléfono del Hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado.
- El nombre, domicilio y número de teléfono del Médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del Médico de cabecera que habitualmente atienda al Beneficiario.

El equipo médico de la Compañía de Asistencia o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra, si se negara dicho acceso por causas imputables al Beneficiario, éste perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia decidirá junto con el Médico tratante cuándo sea el momento más apropiado para el traslado o repatriación, y determinará las fechas y los medios más adecuados para éstos.

En el caso del traslado o repatriación del Beneficiario efectuada por la Compañía de Asistencia, cuando esté al alcance del Beneficiario, deberá entregar a la Compañía de Asistencia la parte del boleto original de cualquier medio de transporte no utilizada, o el valor del mismo, en compensación del costo de dicho traslado. Si hay lugar, la Compañía de Asistencia devolverá al Beneficiario la diferencia que se produzca una vez deducido el costo del traslado o repatriación.

3.4 Normas Generales

- a) Moderación

Al ocurrir el siniestro, el Beneficiario está obligado a ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño (u otras situaciones de asistencia).

- b) Subrogación

La Compañía de Asistencia quedará subrogada, hasta por el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que hayan dado lugar a la prestación de los Servicios de Asistencia.

- c) Personas que prestan los Servicios de Asistencia

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son contratistas independientes de la Compañía de Asistencia por lo que ésta no obstante que será responsable por la prestación de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro, no será responsable por las deficiencias en que incurran tales personas o establecimientos.

- d) Prescripción de las reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 días naturales posteriores a la fecha en la que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años de edad. Para la renovación, la edad máxima de aceptación es 69 años. Podrán pertenecer a la Póliza los Dependientes Económicos del Asegurado Titular.

4. Exclusiones

- 4.1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por el Beneficiario en contra de la prescripción del Médico de cabecera o después de sesenta (60) días naturales de viaje, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.**
- 4.2. Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u hospitalario inferior al equivalente en Moneda Nacional a \$50 U.S. Dólares.**
- 4.3. Con excepción de lo dispuesto en el número 3.2 del presente apartado de la sección VI. Coberturas adicionales con costo para Pólizas individuales / familiares, el Beneficiario no tendrá derecho a ser reembolsado por la Compañía de Asistencia.**
- 4.4. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - a) Participación directa del Beneficiario en actos criminales.**
 - b) La participación directa del Beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - c) La participación del Beneficiario en cualquier clase de competencias o exhibiciones.**
 - d) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
 - e) Cualquier Enfermedad persistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad.**
 - f) Embarazos en los últimos tres meses antes de la ‘fecha probable del parto’, así como éste último y los exámenes prenatales.**
 - g) trasplante de miembros u órganos de cualquier tipo.**
 - h) Enfermedades, estados patológicos, Accidentes producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.**
 - i) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.****El uso del Servicio Asistencial en el extranjero implica la conformidad con el programa suscrito.**

No obstante lo señalado en este apartado, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas condiciones generales.

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren modificación alguna.

7. Cobertura de Dinero en Efectivo (DEf)

Definiciones.

- 1. Renta Diaria:**
Monto de responsabilidad de la Compañía por día de estancia hospitalaria.
- 2. Periodo de Espera para Renta Diaria:**
Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de que el Asegurado ingresa al Hospital hasta que surta efecto esta cobertura.

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrá la siguiente cobertura:

a) **Renta Diaria por Hospitalización**

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto, el Asegurado incurriera en una Hospitalización mayor a 24 horas, la Compañía pagará la Renta Diaria por cada día de estancia hospitalaria, ajustándola al Periodo de Espera para Renta Diaria.

Límite máximo de responsabilidad.

El límite máximo de responsabilidad a cargo de la Compañía será el monto de la Renta Diaria contratada hasta por 360 días.

Deducible y Coaseguro.

Esta cobertura opera sin la aplicación de Deducible ni Coaseguro.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años de edad. Para la renovación, la edad máxima de aceptación es 69 años.

Exclusiones adicionales a las citadas en las condiciones generales.

Adicionalmente a lo estipulado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, esta cobertura excluye:

- **Rentas por Hospitalizaciones a consecuencia de partos, cesáreas así como complicaciones específicas del embarazo, parto o puerperio.**
- **Rentas por Hospitalizaciones en el territorio extranjero.**

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren modificación alguna.

8. Extensión de Cobertura (ExtC)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrá la siguiente cobertura:

a) **Respaldo Familiar en caso de Muerte o Invalidez del Solicitante Titular**

En caso de que el Solicitante Titular fallezca o se invalide de forma total y permanente, la Compañía renovará automáticamente la póliza bajo las mismas condiciones durante 5 años, pagando así las primas de los Asegurados inscritos en la Póliza al momento de ocurrir el siniestro, sin incluir Beneficios Adicionales.

Para efectos de este beneficio se entenderá por invalidez total y permanente:

- a. Para el caso de Asegurados que se encuentran desarrollando actividad que les genere un ingreso, se entenderá como invalidez total y permanente la imposibilidad, como consecuencia de una Enfermedad o Accidente, para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior a 50% de su remuneración comprobable percibida durante el último año de trabajo. Para los Asegurados que no se encuentren percibiendo un ingreso, se considerará la incapacidad total y permanente, es decir, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, a consecuencia de una Enfermedad o Accidente, que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.
- b. La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de una mano y un pie, la pérdida de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para efectos de este beneficio se entenderá por pérdida:

- De una mano, su separación completa o pérdida irreparable de la función, desde la articulación de la muñeca o arriba de ella (hacia el antebrazo).

- De un pie, su separación completa o la pérdida irreparable de la función, desde la articulación del tobillo o arriba de ella (hacia la pierna).
 - De la vista de un ojo, desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo.
- c. Cuando dicho estado haya sido continuo por seis meses, contados a partir de la fecha en que se dictamina el estado de invalidez total y permanente por una institución o Médico especialista en lo sucesivo el “Periodo de Espera”. Este Periodo de Espera no aplica en los casos señalados en el inciso b).

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Contratante o el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de las pruebas que ésta le solicite, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución oficial o Médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un Médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Contratante o el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos aquí estipulados. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Contratante.

Gastos Cubiertos

Esta cobertura opera para todos los padecimientos cubiertos citados en las presentes condiciones generales de Gastos Médicos Mayores Individual/Familiar, siempre y cuando el padecimiento se origine a partir de la fecha de contratación del presente beneficio adicional.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación la edad máxima de aceptación es hasta los 69 años.

No aplica deducible y coaseguro.

Exclusiones adicionales a las citadas en las condiciones generales.

Adicionalmente a lo estipulado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, esta cobertura excluye:

- **Situaciones en las que el Asegurado fallezca o se invalide de forma total y permanente a causa de un Padecimiento Preexistente a la contratación de esta cobertura o en caso de que la causa del siniestro sea un gasto no cubierto por la Póliza.**

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren modificación alguna.

9. Incremento en Tabla de Procedimientos Terapéuticos (ITPT)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente se obtendrá el siguiente beneficio:

- a) Incremento en la Base de Reembolso
Se incrementa la Base de Reembolso al monto estipulado en la carátula de la póliza.
Esta cobertura opera para los gastos descritos en los apartados 1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos y 7. Honorarios de Médicos de la sección III. Gastos Médicos Mayores Cubiertos de las presentes condiciones generales, siempre y cuando el padecimiento esté cubierto y que se origine a partir de la fecha de contratación del presente beneficio adicional.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años.

No aplica deducible y coaseguro.

Exclusiones adicionales a las citadas en las condiciones generales.

Adicionalmente a lo estipulado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, esta cobertura excluye:

- **El Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos para padecimientos cuyo origen sea previo a la contratación de este beneficio adicional.**

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren modificación alguna.

10. Cobertura de Vida en Vida (VeV)

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a este beneficio se obtendrá la siguiente cobertura:

- a) Indemnización por diagnóstico de Enfermedad grave
- En caso de que al Asegurado se le diagnostique cualquiera de las Enfermedades graves descritas a continuación, la Compañía pagará al Asegurado afectado la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para este beneficio después de transcurrido un Período de Espera de 30 días. Si el Asegurado fallece dentro del periodo de espera antes señalado, se les pagará a los Beneficiarios designados 50% de la Suma Asegurada contratada.

Se considerarán Enfermedades graves:

1. Infarto al miocardio: necrosis (muerte) de una parte del músculo cardíaco (miocardio), provocado por la reducción de la luz de alguna arteria coronaria y que produzca dolor pectoral, con o sin estados de choque, de insuficiencia cardíaca, de trastornos graves de ritmo o la conducción, asociados a cambios electrocardiográficos típicos y aumento de las enzimas cardíacas en la sangre periférica.

Para el pago de esta cobertura se procederá siempre y cuando:

- El infarto al miocardio haya requerido Hospitalización, cuyos primeros 3 o 4 días fuesen en unidad coronaria o similar y el tratamiento bajo vigilancia de cardiólogo certificado (cardiólogo certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología).
 - El infarto al miocardio determine incapacidad médica para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.
2. Cirugía de las coronarias: operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de hemoductos (bypass) ya sea de las venas o arterias para la revascularización del miocardio.
La necesidad de una intervención de este tipo deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria.
 3. Accidente Vascular Cerebral: cualquiera que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que sean de naturaleza permanente. Se incluye infarto del tejido cerebral, trombosis, hemorragias intracraneales, las subaracnoideas y embolia de fuente extracraneal.
 4. Cáncer: la presencia corporal de células con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos. Esto incluye, entre otros, leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgkin.
 5. Insuficiencia renal: insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que requiere de tratamiento de diálisis.
 6. Trasplante de Órganos Mayores: se cubren únicamente los de corazón, pulmón, hígado y riñón (como receptor).

La Compañía tiene derecho de solicitar al Asegurado toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Esta cobertura cesará al momento en que el Asegurado presente su reclamación por este beneficio; con ello concluirá también el pago de primas por esta cobertura.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. Para la renovación, la edad máxima de aceptación es hasta 69 años.

Suma Asegurada

La Suma Asegurada se pagará en una sola exhibición y no se reinstala para ningún padecimiento.

Pago de Reclamaciones

Para que proceda el pago se deberá comprobar que el Asegurado afectado sufre o ha sufrido una Enfermedad de las especificadas para esta Cobertura, a través de una declaración médica o del Médico que le hubiere atendido y con las mismas pruebas y estudios médicos que le sirvieron a los doctores de base para diagnosticar la Enfermedad.

Al confirmar la existencia de alguna de estas Enfermedades se entregará al Asegurado afectado la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza después de un Periodo de Espera de 30 días naturales continuos. En caso de que el Asegurado falleciere dentro del Periodo de Espera de 30 días, se pagará a quienes se hayan designado como Beneficiarios, 50% de la Suma Asegurada contratada por el Asegurado.

No aplica deducible y coaseguro.

Exclusiones adicionales a las citadas en las condiciones generales.

Adicionalmente a lo estipulado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, esta cobertura excluye:

- **Cualquier otro tipo de intervención diferente a la definida en «cirugía de las coronarias» de este beneficio adicional como angioplastia o trombólisis.**
- **Cualquier tipo de cáncer de piel, tumores que sean considerados como premalignos y cualquier clase de cáncer noinvasivo o In Situ (en sitio) a excepción de los melanomas malignos que si están cubiertos.**

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren modificación alguna.

11. Protección Dental Integral (servicio de asistencia con costo)

Este servicio de asistencia sólo puede ser contratado dentro de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de la Póliza. Mediante la contratación expresa de este servicio de asistencia se amparan los servicios de 'Protección Dental Integral' de acuerdo al folleto anexo a la Póliza. Aplica únicamente en territorio nacional.

Los servicios de Protección Dental Integral serán proporcionados por la Compañía a los Asegurados que se encuentren cubiertos en la Póliza, a través del Prestador de servicios dentales que designe la Compañía.

Los servicios de Protección Dental Integral serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos a consecuencia de una patología derivada de un Accidente o Enfermedad que sufran los Asegurados de esta Póliza, el Asegurado contará con precios preferenciales para su atención médica dental (consultar el folleto anexo a la Póliza).

La Compañía anexará a la Póliza un folleto con los servicios de asistencia que proporcionará el prestador de servicios dentales, el cual le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de esta Protección Dental Integral.

Para recibir los servicios dentales aquí descritos, el Asegurado deberá mostrar la credencial del Seguro de Gastos Médicos Mayores vigente, en donde se indique el nombre del Asegurado y el plan contratado, acompañado de una identificación oficial con fotografía.

Cancelación.

Este servicio de asistencia sólo podrá ser cancelado durante los primeros 30 días de vigencia de la Póliza y a petición del Asegurado.

No obstante lo señalado en este apartado, en ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas condiciones generales.

Los demás términos y condiciones de la Póliza no sufren modificación alguna.



VII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos

CPT	Descripción común	Factor %
Abdomen		
22900	Excisión de tumor de pared abdominal, subfacial (ej. fibroma duro).	17.1
Abdomen (peritoneo)		
49010	Exploración retroperitoneal, con o sin toma de biopsia.	38.0
49020	Drenaje de absceso peritoneal o peritonitis localizada, excepto absceso apendicular.	34.3
49040	Drenaje de absceso subfrénico o subdiafragmático.	40.2
49080	Peritoneocentesis, paracentesis abdominal o lavado peritoneal diagnóstico o terapéutico.	46.4
49200	Excisión o destrucción por cualquier método de tumoraciones, quistes o endometriomas intraabdominal o retroperitoneal.	41.8
49420	Colocación de cánula o catéter intraperitoneal para drenaje o diálisis temporal.	11.6
49421	Colocación de cánula intraperitoneal para diálisis permanente.	11.6
Amputación de muslo		
27590	Amputación de muslo, cualquier nivel.	54.3
27598	Desarticulación de rodilla.	54.3
Amputación de manos y dedos		
26951	Amputación de dedo o pulgar (cada dedo), incluye neurectomías.	28.0
Amputación de pie		
28800	Amputación de pie, mediotarsal.	51.2
28810	Amputación metatarsal.	35.5
28820	Amputación en articulación metatarsofalángica.	35.5
28825	Amputación en articulación interfalángica del pie.	24.9
Amputación de pierna y tobillo		
27880	Amputación de pierna a nivel de tibia y peroné.	46.4
27889	Desarticulación de tobillo.	46.4
27894	Fasciotomía descompresiva de pierna, compartimento anterior y/o lateral y posterior con debridación de músculos y/o nervios.	48.5
Ano		
11770	Excisión de quiste pilonidal, simple.	15.7
11771	Excisión de quiste pilonidal extenso.	23.6
11772	Excisión de quiste pilonidal, complicado.	25.7
46040	Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal y/o perirrectal.	13.2
46050	Incisión y drenaje de absceso perianal.	6.1
46060	Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal o intramural, con fistulectomía o fisulotomía submuscular.	27.5
46200	Fisurectomía con o sin esfinterectomía.	23.9
46210	Criptectomía.	10.6
46220	Papilectomía o excisión de pólipo fibrocútáneo de ano.	10.6
46221	Hemorroidectomía por ligadura simple.	35.1
46250	Hemorroidectomía externa. Excisión de múltiples apéndices y/o papilas	

CPT	Descripción común	Factor %
	hemorroidales externas.	35.1
46255	Hemorroidectomía externa e interna.	40.4
46257	Hemorroidectomía con fisurectomía.	35.1
46258	Hemorroidectomía con fistulectomía, con o sin fisurectomía.	39.1
46270	Tratamiento quirúrgico de fístula anal subcutánea (fistulectomía/fistulotomía).	35.1
46275	Tratamiento quirúrgico de fístula anal submuscular.	35.1
46320	Excisión de hemorroide externa trombótica.	35.1
46700	Anoplastia.	92.9
46715	Corrección de ano imperforado bajo con fístula ano perineal.	92.9
46730	Corrección de ano imperforado alto sin fístula, abordaje perineal o sacroperineal.	92.9
46750	Esfinteroplastia anal por incontinencia o prolapso del adulto.	92.9
46900	Destrucción química de lesión(es) de ano (p. ej. condilomas, papilomas, etc.).	5.9
46910	Destrucción de lesión(es) de ano por electrodeshidratación. (p. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética).	5.9
46916	Destrucción de lesión(es) de ano por criocirugía. (p. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética).	5.8
46917	Destrucción de lesión(es) de ano por cirugía láser. (p. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética).	13.1
46922	Destrucción de lesión(es) de ano por excisión. (p. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética).	13.1
46934	Destrucción de hemorroides internas, cualquier método.	25.1
46935	Destrucción de hemorroides externas, cualquier método.	25.1
46936	Destrucción de hemorroides internas y externas, cualquier método.	25.1
46937	Criocirugía de tumor rectal benigno.	28.8
46938	Criocirugía de tumor rectal maligno.	28.8
46947	Hemorroidopexia con grapa.	31.1
Antebrazo y muñeca		
25000	Incisión para liberación del tendón por enfermedad de Quervain (muñeca).	23.9
25020	Fasciotomía descompresiva de tendón flexor y/o extensor de antebrazo y/o muñeca.	23.9
25040	Artrotomía de articulación radiocarpal o mediocarpal (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño).	28.7
25076	Excisión de tumor en antebrazo y/o región de la muñeca, fascial o intramuscular.	28.7
25077	Resección radical de tumor maligno de tejido blando de antebrazo y/o muñeca.	38.7
25085	Capsulotomía de muñeca.	28.5
25100	Artrotomía de muñeca con biopsia.	26.3
25105	Artrotomía de muñeca con sinovectomía.	37.2
25107	Artrotomía de articulación radiocubital distal para reparación de cartilago triangular.	37.2
25110	Excisión para liberación de tendón de antebrazo y/o muñeca.	18.2
25111	Excisión de ganglión en muñeca (dorsal o palmar).	16.5
25115	Excisión de bursa de radio, sinovial de muñeca o liberación de vaina tendinosa del antebrazo.	37.2
25118	Sinovectomía, liberación de tendón extensor de muñeca.	31.0
25170	Resección radical de tumor de radio o cúbito.	41.8
25248	Exploración para extracción de cuerpo extraño en antebrazo y muñeca.	26.4
Apéndice		
44950	Apendicectomía.	61.4
44960	Apendicectomía complicada por apéndice perforada o peritonitis.	56.1

CPT	Descripción común	Factor %
44970	Apendicectomía por laparoscopia.	60.9
Arterias coronarias		
33500	Corrección de fístula arteriovenosa coronaria con derivación cardiopulmonar.	112.3
33501	Corrección de fístula arteriovenosa coronaria sin derivación cardiopulmonar.	100.7
33502	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante ligadura.	100.7
33503	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante injerto, sin derivación cardiopulmonar.	100.7
33504	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante injerto, con derivación cardiopulmonar.	127.9
33505	Corrección de anomalías de la arteria coronaria con construcción de túnel arterial intrapulmonar (procedimiento Takeuchi).	136.9
33506	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante traslocación desde la arteria pulmonar a la aorta.	136.9
33510	Revascularización (bypass) coronaria con Injerto venoso único.	198.0
33517	Revascularización (bypass) coronaria con Injerto combinado único.	198.2
33533	Revascularización (bypass) coronaria con injerto arterial único.	198.2
92960	Cardioversión electiva (arritmia).	10.2
92977	Trombolisis coronaria por infusión intravenosa.	27.7
92980	Colocación transcateter de catéteres dilatadores intracoronarios (stent) con o sin otras intervenciones terapéuticas, un solo vaso.	149.2
92982	Angioplastia coronaria con balón, un solo vaso.	149.2
92986	Valvuloplastia de válvula aórtica con balón.	149.2
92987	Valvuloplastia de válvula mitral con balón; Incluye cateterismo.	149.2
92990	Valvuloplastia de válvula pulmonar con balón.	149.2
92992	Septectomía o septostomía auricular, incluye cateterismo.	149.2
92993	Septectomía o septostomía auricular con método, incluye cateterización cardiaca.	149.2
92995	Aterectomía percutánea transluminal de las coronarias por método mecánico u otro método con o sin angioplastia con balón, un solo vaso.	149.2
93503	Inserción y colocación de catéter Swan-Ganz para fines de control.	14.8
93505	Biopsia de endomiocardio.	48.8
93510	Cateterismo cardiaco de corazón izquierdo desde la arteria braquial, arteria axilar o arteria femoral.	48.8
93531	Cateterismo cardiaco de corazón derecho y retrogrado izquierdo para dx de anomalías cardiacas congénitas.	48.8
93532	Cateterismo cardiaco de corazón derecho y transeptal de corazón izquierdo con o sin cateterización retrograda para dx de anomalías cardiacas congénitas.	30.1
93545	Angiografía coronaria.	48.8
93555	Auriculografía y/o ventriculografía, incluye cateterismo.	48.8
93600	Estudio electrofisiológico por bloqueo del haz de His.	48.8
93651	Cateterismo cardiaco con ablación de foco arritmico (estudio electrofisiológico y ablación con catéter).	117.3
Artrodesis de manos y dedos		
26841	Artrodesis de articulación carpometacarpiana del pulgar con o sin material de osteosíntesis.	34.5
26843	Artrodesis de articulación carpometacarpiana de los dedos, excepto pulgar.	34.5
26850	Artrodesis de articulación metacarpofalángica con o sin material de osteosíntesis.	31.8

CPT	Descripción común	Factor %
26860	Artrodesis de articulación interfalángica con o sin material de osteosíntesis.	31.8
Artrodesis de muñeca		
25800	Artrodesis de muñeca sin injerto óseo, incluye articulaciones radiocarpal e intercarpal o carpometacarpiana.	35.5
25810	Artrodesis de muñeca con autoinjerto de hueso ilíaco u otro, se incluye la obtención del injerto.	46.4
25830	Artrodesis de articulación radiocubital distal con resección segmentaria de cúbito, con o sin injerto óseo.	46.4
25900	Amputación de antebrazo a través de radio y cúbito.	46.4
25920	Desarticulación a través de la muñeca.	46.4
25927	Amputación transmetacarpal.	46.4
Artrodesis de pie		
28750	Artrodesis metatarsofalángica de primer dedo.	38.6
28755	Artrodesis interfalángica de primer dedo.	34.5
Artroscopia		
29819	Artroscopia de hombro con extracción de cuerpo extraño.	51.2
29820	Artroscopia de hombro con sinovectomía parcial.	57.4
29821	Artroscopia de hombro con sinovectomía completa.	62.2
29826	Artroscopia con descompresión de espacio subacromial con acromioplastia, con o sin liberación coracoacromial.	57.4
29834	Artroscopia de codo con extracción de cuerpo extraño.	51.2
29835	Artroscopia de codo con sinovectomía parcial.	57.4
29836	Artroscopia de codo con sinovectomía completa.	62.2
29843	Artroscopia de muñeca por infección, lavado y drenaje.	35.5
29844	Artroscopia de muñeca con sinovectomía parcial.	51.2
29845	Artroscopia de muñeca con sinovectomía completa.	51.2
29861	Artroscopia de cadera con extracción de cuerpo extraño.	51.2
29863	Artroscopia de cadera con sinovectomía.	57.4
29871	Artroscopia de rodilla por infección, lavado y drenaje.	35.5
29874	Artroscopia de rodilla para extracción de cuerpo extraño.	35.5
29875	Artroscopia de rodilla con sinovectomía.	61.5
29877	Artroscopia de rodilla para limpieza articular (condroplastia).	56.3
29880	Artroscopia de rodilla con menisectomía medial y lateral.	67.9
29888	Reparación o reconstrucción artroscópica de ligamento cruzado anterior.	83.7
29889	Reparación o reconstrucción artroscópica de ligamento cruzado posterior.	75.3
29894	Artroscopia de tobillo con extracción de cuerpo extraño.	26.3
29895	Artroscopia de tobillo con sinovectomía.	43.0
Atención prenatal y cesárea		
59100	Histerotomía abdominal (p. ej. por mola hidatiforme y aborto).	66.0
59120	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico con salpingectomía y/u ooforectomía por vía abdominal o vaginal.	62.2
59121	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico sin salpingectomía y/u ooforectomía.	46.4
59150	Embarazo ectópico resuelto por laparoscopia sin salpingectomía y/u ooforectomía.	46.4
59151	Embarazo ectópico resuelto por laparoscopia con salpingectomía y/u ooforectomía.	52.5
59160	Legrado postparto.	22.0

CPT	Descripción común	Factor %
59350	Histerorrafía por ruptura uterina.	46.4
59410	Parto vaginal con o sin episiotomía y/o aplicación de fórceps, incluye atención posparto.	31.6
59514	Parto por cesárea.	54.2
59870	Evacuación uterina y legrado por mola hidatiforme.	22.0
Cámara anterior		
65820	Goniotomía.	23.2
65855	Trabeculoplastia por láser (una o más sesiones).	23.4
65860	Lisis de adherencias en segmento anterior por técnica de láser.	19.3
65865	Lisis de adherencias en segmento anterior, por técnica incisional, con o sin inyección de aire o líquido. Goniosinequias.	17.9
65870	Lisis de sinequia anterior, excepto goniosinequias.	17.3
65875	Lisis de sinequia posterior.	21.5
65880	Lisis de adherencias corneovítreas.	19.7
66130	Excisión de lesión en esclerótica.	19.7
66155	Fistulización de esclerótica por glaucoma, con termocauterización, con iridectomía.	19.6
66170	Trabeculectomía ab externo en ausencia de cirugía previa.	40.3
66172	Trabeculectomía ab externo con tejido cicatrizal originado por cirugía ocular previa o trauma.	40.3
Colocación o extracción en húmero y codo		
24301	Transferencia de músculo o tendón de cualquier tipo en brazo y codo.	43.4
24340	Tenodesis del tendón del biceps a nivel del codo.	30.7
24342	Reinserción o reparación de ruptura o laceración de tendón de biceps o triceps, distal, con o sin injerto de tendón.	30.7
24350	Fasciotomía lateral o medial (p. ej codo de tenista o epicondilitis).	24.9
24351	Fasciotomía lateral o medial con desprendimiento del extensor.	24.9
24362	Artroplastia de codo con implante y reconstrucción de ligamento.	62.2
24363	Artroplastia con prótesis total de codo.	62.2
24365	Artroplastia de cabeza de radio.	49.2
24400	Osteotomía de húmero con o sin material de osteosíntesis.	43.4
24435	Reparación de cierre defectuoso de fx de húmero con injerto, incluye obtención de injerto.	53.3
Columna vertebral. Artrodesis		
22548	Artrodesis por vía anterior de columna cervical (clivus c1 c2).	106.9
22554	Artrodesis por vía anterior de columna cervical por debajo de c2, incluye disquectomía mínima (excepto para descompresión).	100.7
22556	Artrodesis vía anterior de columna torácica por técnica de intercuerpos, incluye disquectomía parcial (excepto para descompresión).	100.7
22558	Artrodesis vía anterior de columna lumbar por técnica de intercuerpos, incluye disquectomía parcial (excepto para descompresión).	110.6
22590	Artrodesis por vía posterior, craneocervical (occipucio-c2).	89.6
22595	Artrodesis C1-C2 por vía posterior.	89.6
22600	Artrodesis cervical por vía posterior o posterolateral, un solo nivel por debajo del segmento c2.	89.6
22610	Artrodesis torácica por vía posterior o posterolateral (un solo nivel).	89.6
22612	Artrodesis lumbar por vía posterior o posterolateral (un solo nivel).	89.6
22630	Artrodesis vía posterior de columna lumbar con técnica de intercuerpos, incluye laminectomía y disquectomía (excepto para descompresión).	89.6
22840	Instrumentación no segmentaria posterior (p. ej. varilla de Harrington).	100.7

CPT	Descripción común	Factor %
22842	Instrumentación segmentaria posterior, 3-6 segmentos vertebrales.	107.9
22845	Instrumentación por vía anterior, 2-3 segmentos vertebrales.	107.9
Cordón espermático		
55500	Excisión de hidrocele de cordón espermático, unilateral.	20.5
55530	Excisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas debido a varicocele.	32.3
Corrección de esófago		
43280	Fundoplastia esofágica por laparoscopia (p. ej. Nissen, Toupet).	76.5
43310	Esofagoplastia (corrección plástica o reconstrucción) vía torácica, sin corrección de fístula traqueoesofágica.	92.9
43312	Esofagoplastia (corrección plástica o reconstrucción) vía torácica, con corrección de fístula traqueoesofágica.	92.9
43324	Fundoplastia esofagogástrica (p. ej. técnicas de Nissen, Belsey IV, Hill).	111.0
43330	Esofagomiotomía (tipo Heller) por vía abdominal.	68.0
43331	Esofagomiotomía por vía torácica.	68.0
43340	Esofagoyeyunostomía sin gastrectomía total, vía abdominal.	92.9
43350	Esofagostomía con fistulización externa de esófago, vía abdominal.	69.7
43351	Esofagostomía, vía torácica.	69.7
43400	Ligadura directa de várices esofágicas.	31.1
43405	Ligadura o engrapado de la unión gastroesofágica por perforación esofágica preexistente.	77.5
43420	Cierre de esofagostomía o fístula, vía cervical.	46.4
43425	Cierre de esofagostomía o fístula, vía torácica o abdominal.	62.0
43450	Dilatación de esófago mediante sonda sin guía.	11.1
43458	Dilatación de esófago con balón por acalasia (30mm más de diámetro).	11.1
Corrección, revisión o reconstrucción de hombro		
23405	Tenotomía en región del hombro.	26.6
23410	Sutura por ruptura aguda de manguito músculo tendinoso (p. ej. rotador del hombro).	45.8
23415	Liberación de ligamento coracoacromial con o sin acromioplastia.	62.2
23420	Plastia de hombro (manguito rotador) por lesión crónica, incluye acromioplastia.	62.2
23430	Tenorrafia de tendón largo de biceps.	34.5
23440	Resección o trasplante del tendón largo del biceps.	45.8
23466	Capsulorrafia por inestabilidad de articulación glenohumeral.	62.2
23472	Artroplastia total de hombro (reemplazo de cavidad glenoidea o de húmero proximal).	71.7
Cristalino		
66983	Extracción de catarata intracapsular con implante de lente intraocular.	44.1
66984	Extracción de catarata extracapsular con colocación de lente intraocular, técnica manual o mecánica mecánica con irrigación, aspiración o facoemulsificación.	67.8
Cuello (tejidos blandos) y tórax		
21501	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma en tejidos de cuello o tórax.	11.5
21550	Biopsia de tejidos blandos de cuello o tórax.	8.3
21557	Resección radical de tumor maligno de tejidos blandos de cuello y tórax.	71.7
21615	Excisión de primera costilla y/o costilla cervical.	34.1
21700	Escalenotomía sin resección de costilla cervical.	44.5
21705	Escalenotomía con resección de costilla cervical.	64.9
21935	Resección radical de tumor maligno de tejido blando en dorso o cara lateral de tórax.	62.8

CPT	Descripción común	Factor %
22315	Reducción cerrada de fracturas y/o luxaciones vertebrales con manipulación y /o tracción, incluye inmovilización.	37.6
22325	Reducción abierta de fracturas y /o luxaciones de vértebras lumbares, vía posterior (un solo segmento).	77.5
22326	Reducción abierta de fracturas y /o luxaciones de vértebras cervicales, vía posterior (un solo segmento).	77.5
22327	Reducción abierta de fracturas y/o luxaciones de vértebras torácicas, vía posterior (un solo segmento).	77.5
Cuello del útero		
57500	Biopsia de cérvix única o múltiple, o excisión de lesión local con o sin fulguración.	5.5
57505	Lgrado endocervical.	5.5
57510	Cauterización de cérvix (electro o térmica).	5.5
57511	Criocauterización del cérvix (inicial o subsecuente).	5.5
57513	Ablación con láser del cérvix.	5.9
57520	Conización de cérvix con o sin fulguración, dilatación, curetaje o reparación, por cualquier método.	13.3
57530	Cervicectomía (amputación del cérvix).	18.6
57540	Excisión de muñón cervical vía abdominal.	18.6
57545	Excisión de muñón cervical vía abdominal con reparación de piso pélvico.	33.0
57550	Excisión de muñón cervical, vía vaginal.	19.3
57555	Excisión de muñón cervical, vía vaginal, con reparación anterior y/o posterior.	33.0
57720	Corrección plástica de cérvix, por vía vaginal.	19.3
57820	Dilatación y legrado de muñón cervical.	11.1
Cuerpo uterino		
58100	Biopsia de endometrio y/o endocervical sin dilatación cervical, mediante cualquier método.	6.6
58120	Dilatación y legrado diagnósticos y/o terapéuticos (no obstétricos).	13.3
58140	Miomectomía única o múltiple, vía abdominal.	43.2
58145	Miomectomía única o múltiple, vía vaginal.	37.2
58150	Histerectomía total abdominal con o sin salpingooforectomía.	79.2
58152	Histerectomía total abdominal con colpouretrocistopexia (tipo Marshall Marchetti-Krantz, Burch).	79.2
58200	Histerectomía total abdominal, incluyendo vaginectomía parcial, con toma de muestra de ganglios linfáticos para-aórticos y pélvicos, con o sin salpingooforectomía.	84.8
58210	Histerectomía radical abdominal con linfadenectomía pélvica total bilateral y toma de muestra de ganglios linfáticos para-aórticos (biopsia), con o sin salpingooforectomía.	100.0
58240	Evisceración pélvica por malignidad ginecológica con histerectomía abdominal total o cervicectomía con o sin salpingectomía y/u ooforectomía, con extirpación de vejiga y trasplantes de uréteres y/o resección abdomino perineal de recto y colon.	134.1
58260	Histerectomía vaginal.	72.6
58262	Histerectomía vaginal con salpingectomía y/u ooforectomía.	71.1
58263	Histerectomía vaginal con salpingectomía y/u ooforectomía, con reparación de enterocele.	75.0
58267	Histerectomía vaginal con colpouretrocistopexia (tipo Marschall Marchetti-Krantz, Pereyra), con o sin control endoscópico.	75.0
58275	Histerectomía vaginal con colectomía total o parcial.	73.8
58285	Histerectomía vaginal radical (operación tipo Schauta).	84.8
58400	Histeropexia (suspensión uterina con o sin acortamiento de ligamentos redondos o sacrouterinos).	54.2

CPT	Descripción común	Factor %
58410	Histeropexia con simpatectomía presacral.	52.0
58700	Salpingectomía parcial o completa, unilateral o bilateral.	50.0
58720	Salpingooforectomía parcial o completa, unilateral o bilateral.	56.6
58800	Drenaje de quiste de ovario, unilateral o bilateral, vía vaginal.	19.3
58805	Drenaje de quiste de ovario por vía abdominal, unilateral o bilateral.	24.7
58820	Drenaje de absceso de ovario, vía vaginal.	24.7
58822	Drenaje de absceso de ovario, vía abdominal.	24.7
58900	Biopsia de ovario, unilateral o bilateral.	19.3
58920	Resección en cuña o bisección de ovario, unilateral o bilateral.	55.0
58925	Resección de quiste de ovario, unilateral o bilateral.	52.5
58940	Ooforectomía parcial o total, unilateral o bilateral.	55.0
58943	Ooforectomía por malignidad ovárica, con biopsia de nódulos linfáticos para-aórticos y pélvicos, con lavado peritoneal, biopsia peritoneal, con o sin salpingectomía y/u omentectomía.	76.5
58950	Resección de malignidad ovárica, tubaria o peritoneal, con salpingooforectomía bilateral y omentectomía.	60.0
58951	Resección de malignidad ovárica, tubaria o peritoneal, con histerectomía total abdominal, con linfadenectomía pélvica y para-aórtica limitada.	100.0
58960	Laparotomía para clasificación o reclasificación de la etapa del cáncer, (laparotomía de “segunda mirada” o second look) con o sin omentectomía, lavado peritoneal, biopsia de peritoneo abdominal y pélvico, inspección diafragmática con linfadenectomía pélvica.	63.5
Defecto septal		
33641	Corrección de defecto de tabique auricular con derivación cardiopulmonar, con o sin parche.	186.8
33645	Cierre de seno venoso directo o con parche, con o sin drenaje anómalo de venas pulmonares.	186.8
33647	Corrección de defecto septal auricular y defecto septal ventricular con cierre directo o parche.	186.8
33660	Corrección de canal auriculoventricular parcial o incompleto, con o sin corrección de válvula auriculoventricular.	186.8
33681	Cierre de defecto del tabique ventricular, con o sin parche.	131.5
33684	Cierre de defecto del tabique ventricular con valvulotomía pulmonar o resección infundibular.	186.8
33692	Corrección completa de tetralogía de Fallot sin atresia pulmonar.	186.8
33694	Corrección completa de tetralogía de Fallot con parche transanular.	186.8
33697	Corrección completa de tetralogía de Fallot con atresia pulmonar, incluyendo la construcción de conducto desde el ventrículo derecho a la arteria pulmonar y cierre del defecto del tabique ventricular.	186.8
Diafragma		
38100	Esplenectomía total.	62.2
38115	Esplenorrafia con o sin esplenectomía parcial.	62.2
38230	Toma de médula ósea para trasplante.	31.1
38240	Trasplante de médula ósea o de células germinales periféricas hemoderivadas, alogénico.	31.1
38241	Trasplante de médula ósea autólogo.	31.1
39501	Sutura de laceración de diafragma.	73.8
39502	Hernioplastia hiatal por vía transabdominal, con o sin fundoplastia, vagotomía y/o piloroplastia, excepto neonatal (procedimiento antirreflujo).	63.2
39503	Reparación de hernia diafragmática, neonatal.	79.0
39520	Plastia hiatal por vía transtorácica.	76.6
39530	Plastia hiatal por vía toracoabdominal.	79.0

CPT	Descripción común	Factor %
39540	Plastia de hernia diafragmática, traumática.	79.0
39545	Plicatura de diafragma por eventración, vía transtorácica o transabdominal.	76.6
85095	Aspirado de médula ósea.	8.5
85102	Biopsia de médula ósea con aguja o trocar.	10.9
Endoscopia de esófago		
43200	Esofagoscopia diagnóstica, rígida o flexible, con o sin recolección de especímenes por cepillado o lavado.	17.6
43202	Esofagoscopia con biopsia simple o múltiple.	8.9
43204	Esofagoscopia con escleroterapia para varices esofágicas.	20.1
43205	Esofagoscopia con ligadura elástica de varices esofágicas.	20.1
43215	Extracción de cuerpo extraño en esófago mediante esofagoscopia.	14.4
43216	Extracción de tumor(es), pólipo(s) u otras lesiones de esófago mediante esofagoscopia, con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar.	16.6
43217	Esofagoscopia con extracción de tumor(es), pólipo(s) u otras lesiones por técnica de "asa".	16.6
43227	Esofagoscopia con control de hemorragia, cualquier método.	23.2
43234	Gastroscofia.	16.6
43235	Panendoscopia diagnóstica.	16.6
43239	Panendoscopia con biopsia única o múltiple.	16.6
43243	Panendoscopia con escleroterapia para várices esofágicas y/o gástricas.	23.2
43246	Panendoscopia con colocación dirigida de sonda percutánea de gastrostomía.	23.2
43250	Panendoscopia con extracción de pólipos, tumores u otras lesiones con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar.	23.2
43260	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) diagnóstica con o sin toma de muestra obtenida por cepillado o lavado.	22.2
43261	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con toma de biopsia única o múltiple.	27.6
43262	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con esfinterotomía y papilotomía.	30.0
43264	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con extracción de cálculos de vías biliares y/o pancreáticos.	42.0
43268	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con inserción endoscópica de tubo o dilatador (stent) en conducto biliar o pancreático.	42.0
Endoscopia de laringe		
31515	Laringoscopia directa con o sin traqueoscopia para aspiración.	7.5
31526	Laringoscopia directa diagnóstica con microscopio quirúrgico.	8.5
31530	Extracción de cuerpo extraño por laringoscopia directa.	22.2
31531	Extracción de cuerpo extraño por laringoscopia con microscopio quirúrgico.	22.2
31535	Laringoscopia directa con biopsia.	10.6
31536	Biopsia por laringoscopia con microscopio quirúrgico.	12.6
31540	Excisión de tumor y/o disección de cuerdas vocales o epiglotitis por laringoscopia directa.	33.8
31541	Excisión de tumor y/o disección de cuerdas vocales o epiglotitis por laringoscopia directa con microscopio quirúrgico.	60.4
31560	Aritenoidectomía por laringoscopia directa.	41.8
31561	Aritenoidectomía por laringoscopia con microscopio quirúrgico.	41.8
31588	Laringoplastia.	54.3
Endoscopia de senos nasales		
31237	Polipectomía, biopsia o debridación de senos nasales por endoscopia.	31.1
31238	Control de epistaxis por endoscopia (p. ej. ligadura de arterias etmoidales).	31.1

CPT	Descripción común	Factor %
31254	Endoscopia nasal/sinusoidal con etmoidectomía parcial (anterior).	37.9
31255	Endoscopia nasal/sinusoidal con etmoidectomía total (anterior y posterior).	46.8
31256	Endoscopia nasal sinusoidal con antrostomía maxilar.	38.6
31276	Endoscopia nasal/sinusoidal con exploración de seno frontal, con o sin extirpación de tejido de seno frontal.	49.5
31287	Endoscopia nasal/sinusoidal con esfenoidectomía.	49.5
31288	Endoscopia nasal/sinusoidal con extracción de tejido de seno esfenoidal.	49.5
31294	Endoscopia nasal/sinusoidal con descompresión de nervio óptico.	57.4
Endoscopia de vejiga		
52000	Cistouretroscopia, sin otro procedimiento.	7.2
52204	Cistouretroscopia con biopsia.	11.5
52234	Cistouretroscopia con fulguración (incluye criocirugía o cirugía con láser) y/o resección de tumores de vejiga de .5 a 2 cm.	22.0
52235	Cistouretroscopia con fulguración y/o resección de tumores de vejiga de 2 a 5 cm.	29.8
52250	Cistouretroscopia con inserción de sustancia radiactiva, con o sin biopsia o fulguración.	16.0
52270	Cistouretroscopia con uretrotomía interna en mujer.	37.2
52275	Cistouretroscopia con uretrotomía interna en hombre.	34.5
52290	Cistouretroscopia con meatotomía, uni o bilateral.	19.1
52300	Cistouretroscopia con resección o fulguración de ureterocele(s), uni o bilateral.	32.5
52310	Cistouretroscopia con extracción de cuerpo extraño, cálculos, o remoción de catéter dilatador ureteral desde la uretra o vejiga (sin otro procedimiento).	21.0
52320	Cistouretroscopia con extracción de cálculo ureteral (incluye la cateterización ureteral).	30.2
52325	Cistouretroscopia con fragmentación de cálculo ureteral, litotripsia transendoscópica.	60.5
52332	Cistouretroscopia con inserción de un catéter ureteral (p. ej. Gibbons o tipo doble "j").	23.9
52353	Cistouretroscopia con ureteroscopia y/o pieloscopia con litotripsia (incluye cateterización ureteral).	52.6
52400	Cistouretroscopia con incisión, fulguración, o resección de válvulas uretrales posteriores congénitas o pliegues mucosos hipertróficos obstructivos congénitos.	52.6
52500	Resección transuretral de cuello vesical.	48.8
52601	Resección electroquirúrgica transuretral de la próstata completa, incluyendo control de sangrado postoperatorio y vasectomía, meatotomía, cistouretroscopia, calibración y/o dilatación ureteral y uretrotomía interna.	63.5
52620	Resección transuretral de tejido residual obstructivo después de 90 días de la intervención quirúrgica.	51.4
Epidídimo		
54700	Incisión y drenaje de epidídimo, testículo y bolsa escrotal (p. ej. absceso o hematoma).	19.1
54800	Biopsia de epidídimo con aguja.	7.8
54820	Exploración de epidídimo con o sin biopsia.	13.3
54830	Excisión de lesión local de epidídimo.	21.7
54840	Excisión de espermatocele con o sin epididimectomía.	32.4
54860	Epididimectomía unilateral.	31.8
54861	Epididimectomía bilateral.	48.4
Escroto		
55100	Drenaje de absceso en escroto.	12.1
55150	Resección de escroto.	18.6

CPT	Descripción común	Factor %
55175	Escrotoplastia.	26.4
Estómago		
43500	Gastrotomía con exploración o extracción de cuerpo extraño.	46.4
43501	Gastrotomía con sutura de úlcera sangrante o laceración.	77.5
43520	Piloromiotomía (técnica de Fredet-Ramstedt).	51.7
43605	Biopsia de estómago por laparotomía.	54.2
43610	Excisión local de úlcera o tumor benigno de estómago.	46.4
43611	Excisión por tumor maligno de estómago.	77.5
43620	Gastrectomía total con esofagoenterostomía.	81.2
43621	Gastrectomía con reconstrucción tipo Y de Roux.	92.9
43631	Gastrectomía parcial, distal, con gastroenteroanastomosis.	91.9
43632	Gastrectomía parcial con gastroyeyunoanastomosis.	89.9
43635	Vagotomía con gastrectomía parcial distal.	81.2
43638	Gastrectomía parcial, proximal por vía torácica o abdominal, incluyendo esofagogastrostomía con vagotomía.	92.9
43639	Gastrectomía parcial, proximal por vía torácica o abdominal, incluyendo esofagogastrostomía con piloroplastia o piloromiotomía.	92.9
43640	Vagotomía, incluyendo piloroplastia, con o sin gastrostomía.	81.2
43750	Colocación percutánea de sonda de gastrostomía.	24.3
43760	Cambio de sonda de gastrostomía.	5.6
43800	Pilorooplastia.	51.1
43810	Gastroduoanastomosis.	62.2
43820	Gastroyeyunoanastomosis sin vagotomía.	62.2
43825	Gastroyeyunoanastomosis con vagotomía, de cualquier tipo.	92.9
43830	Gastrostomía temporal.	46.4
43831	Gastrostomía neonatal para alimentación.	62.2
43832	Gastrostomía permanente con construcción de tubo gástrico.	81.2
43840	Gastrorrafia, sutura de úlcera gástrica o duodenal perforada por herida o lesión.	58.1
43870	Cierre de gastrostomía.	34.1
43880	Cierre de fístula gastrocólica.	46.4
Faringe, adenoides y amígdalas		
42700	Incisión y drenaje de absceso, periamigdalino.	18.8
42800	Biopsia de orofaringe.	7.5
42804	Biopsia de nasofaringe, lesión visible.	7.5
42808	Excisión o destrucción de lesión faríngea, cualquier método.	9.2
42809	Extracción de cuerpo extraño en faringe.	7.5
42820	Adenoamigdalectomía en menores de 12 años.	46.5
42821	Adenoamigdalectomía en mayores de 12 años.	50.0
42825	Amigdalectomía en menores de 12 años.	42.4
42826	Amigdalectomía en mayores de 12 años.	40.0
42830	Adenoidectomía primaria en menores de 12 años de edad.	37.3
42890	Faringectomía conservadora.	60.4
42960	Control de hemorragia orofaríngea primaria o secundaria, simple	

CPT	Descripción común	Factor %
	(p. ej. hemorragia postamigdalectomía).	29.4
Fémur (muslo) y rodilla		
27303	Incisión profunda con apertura de corteza ósea p. ej. para osteomielitis o absceso en hueso) en fémur o rodilla.	28.0
27305	Fasciotomía, iliotibial (abierta).	28.0
27310	Artrotomía de rodilla (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño).	31.1
27315	Neurectomía de músculo de la corva (p. ej. del hueco popliteo).	38.6
27320	Neurectomía poplitea (gemelos).	38.6
27328	Excisión de tumor subfascial o intramuscular en muslo o rodilla.	28.0
27329	Resección radical de tumor (p. ej. neoplasia maligna) de tejidos blandos de muslo o rodilla.	38.6
27330	Artrotomía de rodilla con toma de biopsia.	31.1
27332	Menisectomía medial o lateral (artrotomía con excisión de cartílago semilunar) cualquier método.	51.2
27333	Menisectomía medial y lateral, cualquier método.	54.9
27334	Artrotomía de rodilla con sinovectomía, anterior o posterior.	54.0
27340	Excisión de bursa prerrotuliana.	27.7
27345	Excisión de quiste sinovial de hueco popliteo (p. ej. quiste de Baker).	37.9
27350	Patelectomía o hemipatelectomía.	51.2
27355	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de fémur.	28.0
Férulas		
29105	Aplicación de férula larga en el brazo (hombro a mano).	3.9
29125	Aplicación de férula corta (antebrazo a mano).	2.9
29130	Aplicación de férula en dedo.	2.9
29505	Aplicación de férula larga en pierna (de muslo a tobillo o dedos).	2.9
29515	Aplicación de férula corta en pierna (de pantorrilla a pie).	2.9
Fractura / luxación de húmero y codo		
24505	Reducción cerrada de fractura de diáfisis humeral con manipulación, con o sin tracción esquelética.	23.9
24515	Reducción abierta de fractura de diáfisis de húmero con material de osteosíntesis, con o sin cerclaje.	47.5
24516	Reducción abierta de fractura de diáfisis humeral con colocación de implante intramédular, con o sin cerclaje y/o tornillos.	47.5
24535	Reducción cerrada de fractura de húmero supracondilea o transcondilea con manipulación, con o sin tracción esquelética.	28.0
24546	Reducción abierta de fractura supracondilea o transcondilea de húmero con o sin material de osteosíntesis.	47.5
24575	Reducción abierta de fractura epicondilea medial o lateral de húmero con o sin material de osteosíntesis.	47.5
24579	Reducción abierta de fractura de condilo humeral medial o lateral con o sin material de osteosíntesis.	47.5
24586	Reducción abierta de fractura y/o luxación del codo.	47.5
24605	Reducción cerrada de luxación de codo con anestesia.	19.6
24615	Reducción abierta de luxación de codo aguda o crónica.	30.7
24620	Reducción cerrada de fractura y/o luxación de codo tipo Monteggia (fractura proximal de cúbito con luxación de cabeza de radio).	17.1
24635	Reducción abierta de fractura y/o luxación de codo tipo Monteggia	

CPT	Descripción común	Factor %
	con o sin material de osteosíntesis.	47.5
24640	Reducción cerrada de subluxación de cabeza de radio en niño (codo de niñera).	14.1
24655	Reducción cerrada de fractura de cabeza y cuello de radio con manipulación.	14.1
24665	Reducción abierta de fractura de cabeza y cuello de radio con o sin material de osteosíntesis o excisión de cabeza de radio.	47.5
24666	Reducción abierta de fractura de cabeza y cuello de radio con reemplazo protésico de cabeza de radio.	63.4
24675	Reducción cerrada de fractura de cúbito proximal (olécranon) con manipulación.	14.9
24685	Reducción abierta de fractura de cúbito proximal (olécranon) con o sin material de osteosíntesis.	38.2
24800	Artrodesis de codo.	47.5
24900	Amputación de brazo.	43.4
24935	Elongación de muñón de brazo.	23.9
Fractura / luxación de pelvis y cadera		
27194	Tratamiento cerrado de fractura del anillo pelviano, luxación, diástasis o subluxación con manipulación.	27.6
27202	Reducción abierta de fractura de cóccix.	28.3
27215	Reducción abierta de fracturas de espinas ilíacas, avulsión de tuberosidad o cresta ilíaca con fijación interna.	57.4
27216	Fijación esquelética percutánea de fractura y/o luxación de cintura pélvica posterior, incluyendo, articulación sacroiliaca y sacro.	62.2
27217	Reducción abierta de fractura y/o luxación de anillo pelviano anterior con fijación interna, incluye sínfisis y ramas del pubis.	72.7
27227	Reducción abierta de fracturas acetabulares que compromete la columna anterior o posterior, o una fractura transversal de acetábulo con material de osteosíntesis.	121.9
27232	Reducción cerrada de fractura femoral con manipulación, con o sin tracción esquelética.	30.3
27235	Fijación esquelética percutánea de fractura no desplazada del extremo proximal de fémur.	30.3
27236	Reducción abierta de fractura del extremo proximal de fémur con material de osteosíntesis o reemplazo con prótesis.	121.9
27240	Reducción cerrada de fractura femoral, peritrocantérica o subtrocantérica, con manipulación, con o sin tracción de piel o esquelética.	30.3
27244	Reducción abierta de fractura inter, peri o subtrocantérica, con implante de placa y tornillos, con o sin cerclaje.	72.7
27245	Reducción abierta de fractura femoral inter, peri o subtrocantérica, con implante intramedular.	72.7
27248	Reducción abierta de fractura de trocanter mayor, con o sin material de osteosíntesis.	72.7
27252	Reducción cerrada de luxación traumática de cadera con anestesia.	25.5
27253	Reducción abierta de luxación traumática de cadera sin material de osteosíntesis.	37.9
27254	Reducción abierta de luxación traumática de cadera con fractura de pared acetabular y cabeza de fémur, con o sin material de osteosíntesis.	72.7
27284	Artrodesis de articulación de la cadera, incluye obtención del injerto.	72.7
27286	Artrodesis de articulación de la cadera con osteotomía subtrocantérica.	99.7
27295	Desarticulación de cadera.	72.7
Fractura / luxación de antebrazo y muñeca		
25505	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio con manipulación.	14.6
25515	Reducción abierta de fractura de diáfisis de radio con o sin material de osteosíntesis.	43.4
25520	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio con luxación de articulación radiocubital distal (fractura/luxación Galeazzi).	18.8

CPT	Descripción común	Factor %
25535	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de cúbito con manipulación.	14.6
25545	Reducción abierta de fractura de diáfisis de cúbito con o sin material de osteosíntesis.	43.4
25565	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio y cúbito con manipulación.	20.7
25574	Reducción abierta de fractura de diáfisis de radio y cúbito con material de osteosíntesis.	43.4
25605	Reducción cerrada de fractura distal del radio o separación epifisiaria, con o sin fractura de estiloides cubital, con manipulación (p. ej. fractura de Colles o Smith).	19.6
25611	Reducción cerrada de fractura distal del radio (p. ej. Colles o Smith) con fijación esquelética percutánea, con manipulación, con o sin material de osteosíntesis.	34.8
25620	Reducción abierta de fractura distal del radio (p. ej. Colles o Smith) o separación epifisiaria con o sin fractura de apófisis estiloides cubital, con o sin material de osteosíntesis.	43.4
25624	Reducción cerrada de fractura de escafoides carpal (navicular) con manipulación.	12.3
25628	Reducción abierta de fractura de escafoides carpal con o sin material de osteosíntesis.	34.8
25635	Reducción cerrada de fractura de huesos del carpo (excepto escafoides) con manipulación.	12.3
25645	Reducción abierta de fractura de huesos del carpo (excepto escafoides).	34.8
25660	Reducción cerrada de luxación radiocarpal o intercarpal de uno o más huesos con manipulación.	12.3
25670	Reducción abierta de luxación radio carpal o intercarpal, uno o más huesos.	34.8
25675	Reducción cerrada de luxación radiocubital distal con manipulación.	12.3
25676	Reducción abierta de luxación radiocubital aguda o crónica.	34.8
25680	Reducción cerrada de luxación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar con manipulación.	14.5
25685	Reducción abierta de luxación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar.	35.5
25690	Reducción cerrada de luxación de semilunar con manipulación.	14.5
25695	Reducción abierta de luxación de semilunar.	35.5
Fractura / luxación de hombro		
23505	Reducción cerrada de fractura clavicular con manipulación.	19.0
23515	Reducción abierta de fractura clavicular con o sin material de osteosíntesis.	40.3
23525	Reducción cerrada de luxación esternoclavicular con manipulación.	30.7
23530	Reducción abierta de luxación esternoclavicular aguda o crónica.	30.7
23545	Reducción cerrada de luxación acromioclavicular con manipulación.	15.4
23550	Reducción abierta de luxación acromioclavicular aguda o crónica.	30.7
23575	Reducción cerrada de fractura escapular con manipulación, con o sin tracción esquelética, con o sin afección de articulación de hombro.	23.2
23585	Reducción abierta de fractura escapular con o sin material de osteosíntesis.	40.3
23605	Reducción cerrada de fractura de húmero proximal con manipulación, con o sin tracción esquelética.	20.1
23615	Reducción abierta de fractura de húmero proximal con o sin material de osteosíntesis, con o sin reparación de tuberosidades.	55.3
23616	Reducción abierta de fractura de húmero proximal con colocación de prótesis.	64.2
23650	Reducción cerrada de luxación de hombro con manipulación, sin anestesia.	16.9
23655	Reducción cerrada de luxación de hombro con manipulación, incluye anestesia.	14.0
23660	Reducción abierta de luxación aguda de hombro.	45.8
23800	Artrodesis de articulación glenohumeral.	60.8
23920	Desarticulación de hombro.	60.8
Fractura / luxación de fémur y rodilla		
27502	Reducción cerrada de fractura de la diáfisis femoral con manipulación, con o sin tracción.	29.5
27503	Reducción cerrada de fractura de fémur supra o transcondilea con manipulación,	

CPT	Descripción común	Factor %
	con o sin tracción.	26.8
27506	Reducción abierta de fractura de diáfisis de fémur con o sin material de osteosíntesis.	55.3
27510	Reducción cerrada de fractura femoral en tercio distal, condilos medial o lateral, con manipulación.	26.8
27511	Reducción abierta de fractura de fémur supra o transcondilea, con o sin material de osteosíntesis.	55.3
27513	Reducción abierta de fractura de fémur supra o transcondilea con extensión intercondilea, con o sin material de osteosíntesis.	64.9
27514	Reducción abierta de fractura femoral en tercio distal, condilo medial o lateral, con o sin material de osteosíntesis.	64.9
27517	Reducción cerrada de epifisiolisis femoral distal con manipulación, con o sin tracción de piel o esquelética.	24.4
27519	Reducción abierta de separación epifisiaria femoral distal con o sin material de osteosíntesis.	68.0
27520	Reducción cerrada de fractura de rótula sin manipulación.	12.3
27524	Reducción abierta de fractura de rótula con material de osteosíntesis y/o rotulectomía parcial o completa y reparación de tejidos blandos.	57.0
27532	Reducción cerrada de fractura tibial con o sin manipulación, con tracción esquelética.	13.1
27535	Reducción abierta de fractura de tibia proximal con o sin material de osteosíntesis.	43.4
27538	Reducción cerrada de fractura intercondilar y/o tuberosidad de la rodilla, con o sin manipulación.	13.1
27540	Reducción abierta de fractura de espinas intercondileas y/o de fractura de tuberosidades de la rodilla.	57.0
27552	Reducción cerrada de luxación de rodilla con anestesia.	16.6
27556	Reducción abierta de luxación de rodilla con o sin material de osteosíntesis, sin reparación de ligamentos.	46.8
27557	Reducción abierta de luxación de rodilla con o sin material de osteosíntesis, con reparación de ligamento.	58.1
27562	Reducción cerrada de luxación de rótula con anestesia.	14.8
27566	Reducción abierta de luxación de rótula con o sin rotulectomía parcial o total.	46.8
27580	Artrodesis de rodilla.	70.0
Fractura / luxación de mano y dedos		
26605	Reducción cerrada de fractura metacarpiana de cada hueso con manipulación.	12.3
26608	Fijación esquelética percutánea de fractura metacarpiana, cada hueso.	28.3
26615	Reducción abierta de fractura metacarpiana con o sin material de osteosíntesis.	42.3
26645	Reducción cerrada de fractura y/o luxación carpometacarpiana de pulgar con manipulación (fractura de Bennet).	13.4
26650	Fijación esquelética percutánea de fractura y/o luxación carpometacarpiana de pulgar (fractura de Bennet).	28.3
26665	Reducción abierta de fractura y/o luxación carpometacarpiana de pulgar (fractura de Bennet) con o sin material de osteosíntesis.	46.4
26670	Reducción cerrada de fractura y/o luxación carpometacarpiana (excepto dedo pulgar) con manipulación.	13.4
26676	Fijación esquelética percutánea de fractura y/o luxación carpometacarpiana, excepto dedo pulgar.	28.3
26685	Reducción abierta de luxación carpometacarpiana, excepto dedo pulgar (fractura de Bennet), con o sin material de osteosíntesis.	38.6
26700	Reducción cerrada de luxación metacarpofalángica con manipulación.	9.8

CPT	Descripción común	Factor %
26706	Fijación esquelética percutánea de luxación metacarpofalángica con manipulación.	13.4
26715	Reducción abierta de luxación metacarpofalángica con o sin material de osteosíntesis.	31.1
26725	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de falange proximal o media, de dedo o pulgar, con manipulación, con o sin tracción esquelética.	9.8
26735	Reducción abierta de fractura de diáfisis de falange proximal o media, de dedo o pulgar, con o sin material de osteosíntesis.	24.2
26746	Reducción abierta de fractura articular que involucra articulaciones metacarpofalángica o interfalángica con o sin material de osteosíntesis.	31.8
26755	Reducción cerrada de fractura de falange distal, dedo o pulgar, con manipulación.	8.3
26770	Reducción cerrada de luxación interfalángica con manipulación.	6.6
26785	Reducción abierta de luxación de articulación interfalángica con o sin material de osteosíntesis.	15.7
Fractura / luxación de pie		
28405	Reducción cerrada de fractura de calcáneo con manipulación.	18.2
28406	Fijación esquelética percutánea de fractura de calcáneo con manipulación.	26.6
28415	Reducción abierta de fractura de calcáneo con o sin material de osteosíntesis.	38.6
28420	Reducción abierta de fractura de calcáneo con injerto óseo, incluye obtención de injerto.	38.6
28435	Reducción cerrada de fractura de astrágalo con manipulación.	18.2
28436	Fijación esquelética percutánea de fractura de astrágalo con manipulación.	26.6
28445	Reducción abierta de fractura de astrágalo con o sin material de osteosíntesis.	38.6
28455	Reducción de fractura de huesos tarsales (excepto astrágalo y calcáneo) con manipulación.	18.2
28465	Reducción abierta de fractura de huesos tarsales (excepto astrágalo y calcáneo), con o sin material de osteosíntesis.	38.6
28475	Reducción cerrada de fractura metatarsal con manipulación.	8.6
28485	Reducción abierta de fractura metatarsal con o sin material de osteosíntesis.	28.0
28515	Reducción cerrada de fractura de falange o falanges con manipulación (excepto 1er. dedo).	10.2
28605	Reducción cerrada de luxación de articulación tarsometatarsiana con anestesia.	18.2
Fractura / luxación de pierna (tibia y peroné) y tobillo		
27752	Reducción cerrada de fractura de diáfisis tibial con o sin fractura de peroné, con manipulación, con o sin tracción.	22.9
27756	Fijación esquelética percutánea de fractura de la diáfisis tibial con o sin fractura de peroné.	36.5
27758	Reducción abierta de fractura de diáfisis tibial con material de osteosíntesis, con o sin fractura de peroné.	44.7
27762	Reducción cerrada de fractura de maleolo medial con manipulación, con o sin tracción.	16.8
27766	Reducción abierta de fractura de maleolo medial con o sin material de osteosíntesis.	44.7
27781	Reducción cerrada de fractura de peroné proximal o diafisario con manipulación.	25.2
27784	Reducción abierta de fractura de peroné proximal o diafisario con o sin material de osteosíntesis.	48.5
27788	Reducción cerrada de fractura de peroné distal (maleolo lateral) con manipulación.	18.5
27792	Reducción abierta de fractura de peroné distal (maleolo lateral) con o sin material de osteosíntesis.	50.9
27808	Reducción cerrada de fractura bimalleolar de tobillo sin manipulación, incluyendo fractura de Pott.	18.5
27810	Reducción cerrada de fractura bimalleolar de tobillo con manipulación.	18.5
27814	Reducción abierta de fractura bimalleolar de tobillo con o sin material de osteosíntesis.	56.0
27825	Reducción cerrada de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga axial con manipulación y/o tracción.	18.5

CPT	Descripción común	Factor %
27826	Reducción abierta de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga (sólo de peroné).	44.7
27831	Reducción cerrada de luxación de articulación tibioperonéa proximal con anestesia.	18.5
27832	Reducción abierta de luxación tibioperonéa proximal con o sin material de osteosíntesis o con excisión de peroné proximal.	38.9
27842	Reducción cerrada de luxación de tobillo con anestesia, con o sin tracción esquelética.	16.8
27848	Reducción abierta de luxación de tobillo con o sin fijación percutánea, con material de osteosíntesis y corrección o fijación interna / externa.	38.9
27870	Artrodesis de tobillo por cualquier método.	44.7
27871	Artrodesis tibioperonéa proximal o distal.	44.7
Fractura / luxación de cara		
21339	Reducción abierta de fractura nasoetmoidal con fijación externa.	49.2
21343	Reducción abierta de fractura deprimida de seno frontal.	49.2
21346	Reducción abierta de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort II) con fijadores.	58.1
21348	Reducción abierta de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort II) con injerto óseo, incluye obtención de injerto.	66.9
21356	Reducción abierta de fractura con hundimiento de arco cigomático (p. ej. técnica de Gilles).	66.9
21360	Reducción abierta de fractura con hundimiento de malar, incluyendo arco cigomático y tripode malar.	71.7
21385	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita "por estallido", abordaje por antrostomía (tipo Caldwell-Luc).	71.7
21387	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita "por estallido", abordaje combinado.	71.7
21390	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita "por estallido" con implante o con injerto.	77.2
21422	Reducción abierta de fractura palatal o maxilar (tipo LeFort I).	54.0
21432	Reducción abierta de fractura craneofacial (tipo LeFort III) con material de osteosíntesis.	74.5
21436	Reducción abierta de fractura craneofacial complicada con fijación e injerto óseo, incluye obtención del injerto.	77.2
21470	Reducción abierta de fractura mandibular complicada con material de osteosíntesis y fijación interdental.	49.5
21480	Reducción cerrada de luxación temporomandibular, inicial o subsecuente.	42.0
21490	Reducción abierta de luxación temporomandibular.	49.5
Ganglios y vasos linfáticos		
38308	Linfangiotomía u otras cirugías de canales linfáticos.	23.2
38500	Biopsia o excisión de ganglios linfáticos superficiales.	15.5
38505	Biopsia con aguja de ganglios linfáticos superficiales.	10.9
38510	Biopsia o escisión de ganglios cervicales profundos.	15.5
38525	Biopsia de ganglios axilares profundos.	23.2
38720	Linfadenectomía cervical.	38.6
38740	Linfadenectomía axilar superficial.	38.6
38760	Linfadenectomía inguino femoral, incluyendo ganglio de Cloquet.	38.6
38770	Linfadenectomía pélvica, incluyendo ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadores.	77.5
38790	Linfangiografía.	15.5
Globo ocular		
65091	Evisceración del ojo sin implante.	27.5
65093	Evisceración del ojo con implante.	28.3
65101	Enucleación del ojo sin implante.	37.2

CPT	Descripción común	Factor %
65103	Enucleación del ojo con implante, sin músculos unidos al implante.	39.3
65105	Enucleación del ojo con implante, con músculos unidos al implante.	43.2
65110	Excenteración de la órbita, no incluye injerto.	55.0
65130	Inserción de implante ocular, después de la evisceración, envuelto por la esclerótica.	19.6
65205	Extracción de cuerpo extraño superficial o en conjuntiva.	2.3
65210	Extracción de cuerpo extraño subconjuntival o en esclera.	7.9
65222	Extracción de cuerpo extraño en córnea usando lámpara de hendidura.	3.9
65235	Extracción de cuerpo extraño intraocular localizado en cámara anterior o cristalino.	36.5
65260	Extracción de cuerpo extraño en segmento posterior.	39.3
65270	Reparación de laceración en conjuntiva con o sin laceración de esclera.	8.0
65272	Reparación de conjuntiva por laceración sin hospitalización.	8.0
65275	Reparación de laceración de córnea sin perforación con o sin extracción de cuerpo extraño.	13.3
65280	Corrección de laceración de córnea y/o esclera perforada sin involucrar tejido uveal.	34.5
65290	Sutura de herida en músculo extraocular, tendón y/o cápsula de Tenon.	10.2
Hígado		
47000	Biopsia de hígado con aguja percutánea.	10.2
47010	Hepatotomía para drenaje de absceso o quiste, uno o dos tiempos.	49.7
47015	Absceso hepático tratado por laparotomía.	49.7
47100	Biopsia hepática, excisión en cuña.	51.7
47120	Hepatectomía, lobectomía parcial.	91.2
47125	Lobectomía izquierda de hígado.	122.5
47130	Lobectomía derecha de hígado.	122.5
47300	Marsupialización de quiste o absceso de hígado.	39.2
Hombro		
23000	Extirpación, por cualquier método, de depósitos calcáreos subdeltoideos (o intratendinosos).	17.1
23030	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma en hombro.	13.7
23031	Incisión y drenaje de absceso de bolsa sinovial en hombro.	17.1
23040	Artrotomía de articulación glenohumeral (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño).	30.7
23044	Artrotomía de articulación acromioclavicular o esternoclavicular (exploración, drenaje y/o extracción de cuerpo extraño).	30.7
23077	Resección radical de tumor maligno en tejido blando de la región del hombro.	51.2
23105	Artrotomía con sinovectomía de articulación glenohumeral, con o sin biopsia.	49.2
23106	Artrotomía con sinovectomía de articulación esternoclavicular con o sin biopsia.	49.2
23125	Claviclectomía total.	49.2
23130	Acromioplastia o acromionectomía parcial con o sin liberación del ligamento coracoacromial.	60.8
23140	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escápula.	30.7
23145	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escápula con injerto, incluye la obtención del mismo.	37.6
23150	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de región húmero proximal.	30.7
23155	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de región húmero proximal con injerto, incluye la obtención del mismo.	37.6
23170	Secuestrectomía en clavícula (p. ej. por osteomielitis o absceso óseo).	37.6
23172	Secuestrectomía en escápula (p. ej. por osteomielitis o absceso óseo).	37.6
23174	Secuestrectomía de cabeza a cuello quirúrgico del húmero (ej. por osteomielitis o absceso óseo).	37.6
23195	Resección de cabeza de húmero.	49.2

CPT	Descripción común	Factor %
23200	Resección radical de tumor en clavícula.	49.7
23210	Resección radical de tumor en escápula.	49.7
23220	Resección radical de tumor óseo en húmero proximal.	51.2
23222	Resección radical de tumor óseo de húmero proximal con reemplazo de prótesis.	71.7
Húmero y codo		
23931	Incisión y drenaje de absceso en bursa.	13.7
24000	Artrotomía de codo (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño).	24.9
24076	Escisión de tumor en facia o intramuscular en brazo o codo.	17.1
24077	Resección radical de tumor maligno de tejidos blandos de brazo o codo.	38.6
24102	Artrotomía de codo con sinovectomía.	28.0
24150	Resección radical de tumor en húmero.	64.9
24151	Resección radical de tumor de húmero con injerto, incluye la obtención del injerto.	64.9
24152	Resección radical de tumor de radio.	64.9
Intestinos		
44005	Enterólisis (liberación de adherencias intestinales).	62.2
44010	Duodenostomía para exploración, biopsia o remoción de cuerpo extraño.	54.3
44050	Reducción de volvulus, intususcepción, hernia interna por laparotomía.	54.3
44110	Excisión de una o más lesiones de intestino delgado o grueso sin requerir anastomosis, exteriorización o fistulización.	62.2
44120	Enterectomía, resección de intestino delgado, con anastomosis.	64.9
44130	Enteroenteroanastomosis (separada de otro procedimiento).	58.1
44140	Colectomía parcial con anastomosis.	97.9
44143	Colectomía con colostomía y cierre del segmento distal (procedimiento tipo Hartmann).	65.2
44145	Colectomía con coloproctoanastomosis.	92.9
44150	Colectomía total abdominal sin protectomía, con ileostomía o ilioproctostomía.	86.1
44155	Colectomía total abdominal con protectomía, con ileostomía.	92.9
44310	Ileostomía o yeyunostomía.	62.2
44312	Revisión de ileostomía.	19.6
44316	Ileostomía continente (creación de reservorio interno en ileón terminal).	92.9
44320	Colostomía o cecostomía.	61.7
44340	Revisión de colostomía.	19.6
49320	Laparoscopia diagnóstica.	27.3
Iris y cuerpo ciliar		
66500	Iridotomía, incisión mediante instrumento cortante.	18.2
66600	Iridectomía con sección corneoescleral o corneal, para remoción de lesión.	21.5
66625	Iridectomía periférica por glaucoma.	16.8
66680	Reparación de iris y cuerpo ciliar.	21.5
66761	Iridotomía / iridectomía por cirugía con láser (para glaucoma), una o más sesiones.	24.3
66762	Iridoplastia por fotocoagulación, una o más sesiones.	23.1
Laringe		
31300	Laringotomía (tirotomía) con extracción de tumor o laringoceles y cordectomía.	46.4
31360	Laringectomía total sin disección radical de cuello.	61.4
31365	Laringectomía total con disección radical de cuello.	72.7
31367	Laringectomía subtotal supraglótica sin disección radical de cuello.	61.4
31368	Laringectomía subtotal supraglótica con disección radical de cuello.	72.7

CPT	Descripción común	Factor %
31370	Laringectomía parcial horizontal (hemilaringectomía).	61.4
31390	Faringolaringectomía con disección radical de cuello, sin reconstrucción.	69.7
31395	Faringolaringectomía con disección radical de cuello, con reconstrucción.	72.7
31420	Epiglotidectomía.	49.5
31500	Intubación endotraqueal por emergencia.	13.0
31502	Cambio de sonda de traqueotomía, previo establecimiento de vía fistular.	7.5
Manos y dedos		
26037	Fasciotomía descompresiva de la mano.	24.9
26040	Fasciotomía palmar (p. ej. contractura de Dupuytren) percutánea.	24.9
26045	Fasciotomía palmar abierta.	24.9
26055	Liberación de tendón por dedo en gatillo.	24.9
26070	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño en articulación carpometacarpiana.	28.7
26075	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño articulación metacarpofalángica.	28.7
26080	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño en articulación interfalángica.	28.7
26100	Artrotomía para biopsia sinovial, articulación carpometacarpal.	28.7
26115	Excisión de tumor o malformación vascular subcutánea en manos o dedos.	17.8
26116	Excisión de tumor o malformación vascular subfascial, intramuscular, en mano o dedo.	17.8
26117	Resección radical de tumor (p. ej. neoplasia maligna), de tejido blando de mano o dedo.	38.6
26121	Fasciectomía, únicamente palmar, con o sin Z-plastia o injerto de piel, incluye la obtención del injerto.	24.9
26123	Fasciectomía palmar parcial con liberación de un dedo, incluyendo la articulación interfalángica proximal, con o sin Z-plastia o injerto cutáneo cutáneo, incluye la obtención del injerto.	38.9
26130	Sinovectomía de articulación carpometacarpal.	37.6
26135	Sinovectomía de articulación metacarpofalángica, incluyendo liberación intrínseca y reconstrucción de la caperuza del extensor.	49.9
26145	Sinovectomía radical (tenosinovectomía) de tendón flexor de palma y/o dedo.	37.6
26160	Excisión de lesión en tendón o cápsula (p. ej. quiste o ganglión) de mano o dedo.	15.7
26170	Excisión de tendón flexor en palma.	15.7
26180	Excisión de tendón flexor de dedos.	15.7
26250	Resección radical de metacarpo por tumor.	38.9
26260	Resección radical de falange proximal o media del dedo (p. ej. tumor).	19.1
26262	Resección radical de falange distal del dedo (p. ej. tumor).	19.1
26410	Tenorrafia de tendón extensor en mano, cada tendón, sin injerto.	21.9
26433	Reparación de tendón extensor, inserción distal, sin injerto.	28.3
26440	Tenolisis del tendón flexor de palma o dedo.	28.3
26445	Tenolisis de tendón extensor de mano o dedo.	28.3
26450	Tenotomía del flexor en palma.	28.3
26455	Tenotomía de flexor de dedo.	28.3
26460	Tenotomía del extensor de mano o dedo.	28.3
26497	Transferencia tendinosa para restablecer función intrínseca, dedo anular y meñique.	51.2
26498	Transferencia tendinosa para restablecer función intrínseca, todos los dedos (excepto pulgar).	59.1
26525	Capsulotomía interfalángica, cada articulación.	26.3

CPT	Descripción común	Factor %
26530	Artroplastia de articulación metacarpofalángica.	31.1
26535	Artroplastia de articulación interfalángica.	31.1
26546	Reconstrucción por falta de consolidación metacarpiana o falángica, incluye obtención de injerto con o sin material de osteosíntesis.	35.9
26550	Pulgarización de un dígito.	59.1
26560	Corrección de sindactilia con colgajos de tejidos.	62.2
26565	Osteotomía metacarpiana, cada una.	30.7
26587	Reconstrucción de dígito supernumerario (polidactilia).	38.9
26597	Liberación de contractura cicatrizal de flexor o extensor, con injertos cutáneos, colgajos de reorganización o Z plastia en mano y/o dedo.	46.4
Marcapasos y desfibrilador		
33200	Inserción de marcapasos permanente con electrodo(s) epicárdicos por toracotomía.	77.5
33206	Inserción o reemplazo de un marcapasos permanente con electrodo transvenoso auricular (unicameral).	58.0
33207	Inserción o reemplazo de un marcapasos ventricular permanente con electrodos transvenosos (unicameral).	57.7
33208	Inserción o reemplazo de un marcapasos permanente auricular y ventricular con electrodos transvenosos (bicameral).	102.1
33210	Inserción o reemplazo de electrodo cardiaco o catéter marcapaso transvenoso temporal de una sola cámara.	17.1
33216	Inserción o reubicación de electrodo transvenoso permanente, posterior a 15 días de la inserción inicial (unicameral).	57.7
33236	Retiro de marcapaso permanente, epicárdico por toracotomía.	46.4
33243	Retiro de los conductores (electrodos) del desfibrilador de cardioversión implantable mediante toracotomía.	77.5
33244	Retiro de los conductores (electrodos) del desfibrilador de cardioversión implantable mediante extracción transvenosa.	102.1
33250	Cirugía para Wolff-Parkinson-White sin bypass (ablación de foco arrítmico).	92.2
33251	Cirugía para Wolff-Parkinson-White con bypass (ablación de foco arrítmico).	104.2
33300	Sutura de herida cardiaca sin derivación.	108.5
33305	Sutura de herida cardiaca con derivación.	108.5
33310	Cardiotomía exploradora sin derivación, incluye extracción de cuerpo extraño.	79.2
33315	Cardiotomía exploradora con bypass, incluye extirpación de cuerpo extraño.	130.4
33320	Sutura de aorta o grandes vasos sin bypass.	85.4
33322	Sutura de aorta o grandes vasos con bypass.	145.1
33330	Inserción de injerto en aorta o en grandes vasos sin cortocircuito o derivación cardiopulmonar.	118.5
33335	Inserción de injerto en aorta o en grandes vasos con derivación cardiopulmonar.	139.3
Mediastino		
39010	Mediastinotomía con exploración, drenaje, extracción de cuerpo extraño o biopsia, vía torácica.	77.5
39220	Excisión de tumor mediastinal.	124.0
39400	Mediastinoscopía con o sin biopsia.	31.1
Músculos extraoculares		
67311	Cirugía de estrabismo con resección de un músculo horizontal.	39.3

CPT	Descripción común	Factor %
67312	Cirugía de estrabismo con resección de dos músculos horizontales.	46.4
67314	Cirugía de estrabismo con resección de un músculo vertical (excepto oblicuo superior).	39.3
67316	Cirugía de estrabismo con resección de dos o más músculos verticales (excepto oblicuo superior).	45.6
67318	Cirugía de estrabismo con resección de músculo oblicuo superior.	47.1
67400	Orbitotomía sin colgajo óseo (abordaje frontal o transconjuntival) para exploración, con o sin biopsia.	35.3
67405	Orbitotomía sin colgajo óseo, sólo con drenaje.	48.4
67412	Orbitotomía con extirpación de lesión.	51.8
67414	Orbitotomía con extirpación de hueso para descompresión.	51.8
67420	Orbitotomía con colgajo óseo o ventana, vía lateral, con extirpación de lesión.	47.1
67445	Orbitotomía, abordaje lateral, con extirpación de hueso para descompresión.	47.1
67570	Descompresión de nervio óptico (p. ej. incisión de la vaina del nervio).	47.1
Nervios somáticos		
64400	Bloqueo de nervio trigémino cualquier división o rama.	9.6
64402	Bloqueo de nervio facial.	6.7
64408	Bloqueo de nervio vago.	6.7
64413	Bloqueo de plexo cervical.	6.7
64415	Bloqueo de plexo braquial.	6.7
64420	Bloqueo de nervio intercostal (uno solo).	6.7
64445	Bloqueo de nervio ciático.	6.7
64475	Bloqueo de nervio paravertebral de la faceta articular a nivel lumbar o sacro, un solo nivel.	7.7
64510	Bloqueo de ganglio estelar (simpático cervical).	6.7
64600	Destrucción por agente neurolítico del nervio trigémino ramas supraorbital, infraorbital, mentoniana o alveolar inferior.	9.6
64605	Destrucción por agente neurolítico del nervio trigémino segunda y tercera ramas, a nivel de foramen oval.	14.2
64610	Destrucción por agente neurolítico del nervio trigémino segunda y tercera ramas, a nivel de foramen oval bajo monitoreo radiológico.	17.3
64613	Destrucción por agente neurolítico de placa neuromuscular de músculos cervicales (p. ej. tortícolis espasmódica).	9.5
64622	Destrucción por agente neurolítico de nervio de faceta articular paravertebral a nivel lumbar o sacro, un solo nivel.	7.9
64721	Neuroplastia y/o transposición de nervio mediano a nivel del túnel carpal.	31.6
Neurorrafias		
64831	Neurorrafia de nervio digital de mano o pie.	12.2
64835	Neurorrafia de nervio tenar motor mediano (mano o pie).	25.4
64836	Neurorrafia de nervio cubital motor (mano o pie).	30.6
64840	Neurorrafia de nervio tibial posterior.	31.9
64856	Neurorrafia de nervio periférico mayor, de brazo o pierna, excepto ciático, incluyendo transposición.	35.9
64857	Neurorrafia de nervio periférico mayor de brazo o pierna, excepto ciático, sin transposición.	30.6
64858	Neurorrafia de nervio ciático.	52.0
64861	Neurorrafia del plexo braquial.	49.0
64862	Neurorrafia de plexo lumbar.	49.6
64864	Neurorrafia de nervio facial.	45.8

CPT	Descripción común	Factor %
64885	Injerto de nervios de cabeza o cuello (incluye obtención del injerto) hasta de 4 cm de longitud.	86.6
64886	Injerto de nervio de cabeza o cuello (incluye obtención del injerto) de más de 4 cm de longitud.	93.2
64890	Injerto de nervio de mano o pie (incluye obtención del injerto), hasta de 4 cm de longitud.	66.6
64892	Injerto de nervio de brazo o pierna (incluye obtención del injerto), hasta de 4 cm de longitud.	66.6
Oído interno		
69801	Laberintotomía con o sin criocirugía u otro procedimiento destructivo no excisional, o perfusión con compuestos vestibuloactivos (una o varias perfusiones), transconducto.	46.4
69805	Cirugía de saco endolinfático sin derivación.	54.3
69806	Cirugía de saco endolinfático con derivación.	54.3
69820	Fenestración de canal semicircular.	46.4
69905	Laberintectomía transconducto.	46.4
69910	Laberintectomía con mastoidectomía.	46.4
69915	Sección de nervio vestibular por vía translaberíntica.	79.2
69930	Colocación de aparato coclear con o sin mastoidectomía.	54.3
69950	Sección de nervio vestibular por vía transcraneal.	54.3
69955	Descompresión y/o reparación de nervio facial, incluye injerto.	54.3
69960	Descompresión de canal auditivo interno.	54.3
69970	Excisión de tumor de hueso temporal.	85.2
Otros procedimientos de segmento anterior		
67208	Destrucción de lesiones localizadas en retina (p. ej. edema macular, tumores) con crioterapia o diatermia, una o más sesiones.	39.5
67210	Destrucción de lesión localizada en retina con fotocoagulación, una o más sesiones.	18.5
67228	Tratamiento para retinopatía proliferativa (p. ej. retinopatía diabética), una o más sesiones de fotocoagulación láser o xenon.	10.1
Páncreas		
48000	Colocación de drenajes peripancreáticos por pancreatitis aguda.	23.2
48001	Colocación de drenajes peripancreáticos con colecistostomía, gastrostomía y yeyunostomía, por pancreatitis aguda.	92.5
48005	Resección o desbridamiento de páncreas y tejidos peripancreáticos por pancreatitis necrosante aguda.	77.5
48100	Biopsia abierta de páncreas.	47.3
48120	Excisión de lesión de páncreas (p. ej. quiste, adenoma).	53.6
48140	Pancreatectomía distal subtotal con o sin esplenectomía, sin pancreatoyeyunostomía.	85.2
48150	Pancreatectomía proximal subtotal con duodenectomía total, gastrectomía parcial, coledocoenterostomía y gastroyeyunoanastomosis (procedimiento tipo Whipple) con pancreatoyeyunoanastomosis.	118.4
48152	Pancreatectomía proximal sin pancreatoyeyunoanastomosis.	118.4
48153	Pancreatectomía proximal subtotal con duodenectomía, coledocoenteroanastomosis y duodenoyeyunoanastomosis (procedimiento tipo Whipple con conservación del píloro) con pancreatoyeyunoanastomosis.	118.4
48155	Pancreatectomía total.	118.4
48510	Drenaje de pseudoquiste de páncreas.	43.2
Párpados		
67700	Blefarotomía por drenaje de absceso de párpado.	13.6
67715	Cantotomía.	2.6
67800	Excisión de chalazión.	4.9

CPT	Descripción común	Factor %
67810	Biopsia de párpados.	4.6
67820	Corrección de triquiasis mediante pinzas.	3.3
67840	Excisión de lesión de párpado (excepto chalazión) con o sin sutura.	9.0
67901	Corrección de blefaroptosis (ptosis palpebral).	25.4
67914	Corrección de ectropión mediante sutura.	17.3
67916	Corrección de ectropión con blefaroplastia, con excisión de cuña tarsiana.	19.5
67921	Corrección de entropión mediante sutura.	18.5
67923	Corrección de entropión con blefaroplastia, con excisión de cuña tarsiana.	24.8
67924	Blefaroplastia amplia para corrección de entropión.	32.3
67930	Sutura de herida reciente en párpado, que involucre borde del párpado, tarso y/o conjuntiva palpebral, de espesor parcial.	20.1
67950	Cantoplastia.	11.1
67961	Excisión y reparación de párpado, involucrando borde del párpado, tarso, conjuntiva, canto o todo su espesor. Incluye preparación para injerto cutáneo o colgajo pediculado con transferencia de tejido adyacente, hasta un cuarto del borde del párpado.	27.5
67966	Excisión y reparación de párpado, involucrando borde del párpado, tarso, conjuntiva, canto o todo su espesor. Incluye preparación para injerto cutáneo o colgajo pediculado con transferencia de tejido adyacente, de más de un cuarto del borde del párpado.	31.4
68100	Biopsia de conjuntiva.	7.7
68110	Excisión de lesión en conjuntiva, hasta 1 cm.	7.7
68115	Excisión de lesión de conjuntiva de más de 1 cm.	12.2
68320	Conjuntivoplastia con injerto conjuntival.	19.6
68326	Conjuntivoplastia con reconstrucción de fondo de saco, con injerto conjuntival.	24.4
Pelvis y cadera		
26990	Incisión y drenaje de hematoma o absceso profundo en pelvis o cadera.	24.6
26991	Incisión y drenaje en pelvis o cadera por bursa infectada.	24.6
27001	Tenotomía abierta del aductor de cadera.	31.1
27003	Tenotomía abierta del aductor subcutáneo con neurectomía del obturador.	31.1
27005	Tenotomía abierta de flexores de la cadera.	31.1
27006	Tenotomía abierta de abductores y/o extensores de la cadera.	31.8
27025	Fasciotomía muslo o cadera, cualquier tipo.	34.8
27030	Artrotomía de cadera con drenaje.	38.6
27033	Artrotomía de cadera, incluye exploración y extracción de cuerpo extraño.	38.7
27048	Excisión de tumor en pelvis o cadera subfascial o intramuscular (profundo).	31.1
27049	Resección radical de tumor de tejidos blandos de pelvis o cadera (p. ej. neoplasia maligna).	38.6
27050	Artrotomía de articulación sacroilíaca con biopsia.	31.1
27052	Artrotomía de articulación de la cadera con biopsia.	38.6
27054	Artrotomía con sinovectomía de la articulación de la cadera.	49.5
27075	Resección radical de tumor de isquión, ileón, pubis o sínfisis del pubis.	38.6
27080	Coxigectomía primaria.	26.3
27090	Remoción de prótesis de cadera.	57.4
Pie		
28001	Incisión y drenaje de bursa infectada de pie.	5.9
28008	Fasciotomía de pie y/o dedo.	19.1
28010	Tenotomía percutánea de dedo del pie, un solo tendón.	18.7
28011	Tenotomía percutánea de dedo, varios tendones.	18.7

CPT	Descripción común	Factor %
28020	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación intertarsal o tarsometatarsal.	23.9
28022	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación metatarsofalángica.	23.9
28024	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación interfalángica.	23.9
28030	Neurectomía (músculos del pie).	46.8
28035	Descompresión de nervio tibial posterior (liberación del túnel del tarso).	27.6
28045	Excisión de tumor en pie, subfascial o intramuscular.	20.1
28046	Resección radical de tumor (p. ej. neoplasia maligna) de tejidos blandos del pie.	38.6
28050	Artrotomía con biopsia sinovial de articulación intertarsal o tarso metatarsal.	23.9
28052	Artrotomía con biopsia de la articulación metatarsofalángica.	23.9
28054	Artrotomía con biopsia de la articulación interfalángica.	23.9
28060	Fasciectomía plantar parcial.	23.9
28070	Sinovectomía de articulación intertarsal o tarsometatarsal.	36.2
28072	Sinovectomía de articulación metatarsofalángica.	31.8
28080	Excisión de neuroma interdigital (Morton).	23.9
28086	Sinovectomía con liberación de tendón flexor de pie.	37.9
28088	Sinovectomía con liberación de tendón extensor de pie.	37.9
28100	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno en astrágalo o calcáneo.	28.0
28104	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno en tarso o metatarso, excepto astrágalo o calcáneo.	28.0
28110	Ostectomía parcial de cabeza de 5to. metatarsiano.	18.8
28111	Ostectomía completa de cabeza de 1er. metatarsiano.	18.8
28112	Ostectomía completa de 2do., 3er. y 4to. cabezas metatarsianas.	18.8
28113	Ostectomía completa de cabeza de 5to. metatarsiano.	18.8
28119	Ostectomía por espolón calcáneo con o sin liberación de fascia plantar.	28.0
28130	Astragalectomía.	28.0
28140	Metatarsectomía.	28.0
28150	Falangectomía (cada dedo del pie).	18.8
28171	Resección radical de tumor del hueso tarsiano, excepto astrágalo o calcáneo.	31.8
28175	Resección radical de tumor óseo del dedo del pie.	31.8
Pierna (tibia y peroné) y tobillo		
27600	Fasciotomía descompresiva en pierna, compartimientos anteriores y/o laterales.	24.9
27604	Incisión y drenaje de absceso de bursa infectada de tobillo.	8.2
27605	Tenotomía percutánea de tendón de aquiles con anestesia.	13.7
27607	Incisión profunda con apertura de corteza de hueso (p. ej. para osteomielitis o absceso óseo) en pierna o tobillo.	20.1
27610	Artrotomía de tobillo (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño).	28.0
27614	Biopsia subfascial o intramuscular en pierna o tobillo.	13.4
27615	Resección radical de tumor (p. ej. neoplasia maligna) de tejidos blandos en pierna o tobillo.	38.6
27619	Excisión de tumor subfascial o intramuscular en pierna o tobillo.	20.1
27625	Artrotomía de tobillo con sinovectomía.	37.9
27630	Excisión de lesión de vaina tendinosa o cápsula (p. ej. quiste o ganglión), pierna y/o tobillo.	18.8
27635	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de tibia o peroné.	28.0
27645	Resección radical de tumor en tibia.	70.0
27646	Resección radical de tumor en peroné.	70.0

CPT	Descripción común	Factor %
27647	Resección radical de tumor en astrágalo o calcáneo.	70.0
Procedimientos postinfarto		
33542	Resección miocárdica (p. ej. aneurisectomía ventricular).	110.5
33572	Endarterectomía coronaria abierta, cualquier método, realizada en conjunción con el procedimiento de injerto para derivación de arteria coronaria (revascularización o bypass), cada vaso.	164.6
33600	Cierre de válvula auriculoventricular (mitral o tricúspidea) por sutura o parche.	105.5
33602	Cierre de válvula semilunar (aórtica o pulmonar) por sutura o parche.	105.5
33606	Anastomosis de arteria pulmonar a aorta (procedimiento de Damus-Kaye-Stansel).	154.9
33610	Corrección de anomalías cardíacas complejas (p. ej. ventrículo único con obstrucción subaórtica).	154.9
33615	Corrección de atresia tricúspidea, por cierre de defecto septal auricular y anastomosis de la aurícula o vena cava a la arteria pulmonar (procedimiento Fontan).	154.9
33619	Corrección de ventrículo único con obstrucción aórtica e hipoplasia de arco aórtico (síndrome de corazón izq. hipoplásico) (p. ej. procedimiento Norwood).	187.8
Procedimientos vasculares		
36000	Introducción de catéter venoso.	4.8
36010	Colocación de catéter en vena cava superior o inferior.	19.6
36145	Introducción de catéter en cortocircuito venoso creado para diálisis (cánula, fístula o injerto).	23.8
36450	Exsanguineotransfusión en recién nacido.	22.1
36468	Escleroterapia (una o varias inyecciones de soluciones esclerosantes) en extremidad o tronco.	3.4
36488	Colocación de catéter venoso central (subclavia, yugular u otra vena) para presión venosa central, hiperalimentación, hemodiálisis o quimioterapia percutánea en menores de dos años de edad.	7.8
36490	Venodisección (colocación de catéter venoso central) en pacientes menores de 2 años.	12.7
36491	Venodisección (colocación de catéter venoso central) en mayores de 2 años.	12.7
36510	Onfaloclis.	5.6
36530	Inserción de bomba de infusión implantable.	19.6
36533	Inserción de una vía de acceso venosa con o sin reservorio subcutáneo (porto cath).	25.0
36821	Anastomosis arteriovenosa directa.	62.2
37140	Anastomosis venosa portocava para descompresión portal.	124.0
37145	Anastomosis venosa reniportal para descompresión portal.	108.5
37160	Anastomosis venosa cavamesentérica para descompresión portal.	108.5
37195	Trombolisis cerebral mediante infusión intravenosa.	27.7
37205	Colocación transcatéter de dilatadores intravasculares vía percutánea (excepto coronario).	47.5
37207	Colocación transcatéter de dilatadores intravasculares por vía abierta (p. ej., stent y filtros, excepto coronario).	47.5
37565	Ligadura de vena yugular interna.	46.4
37605	Ligadura de arteria carótida interna o primitiva.	46.4
37607	Ligadura de angioacceso de fístula arteriovenosa.	46.4
37617	Ligadura por ruptura postraumática de arteria grande del abdomen.	62.2
37618	Ligadura por ruptura postraumática de arteria grande de miembro pélvico o torácico.	62.2
37620	Interrupción, parcial o completa, de vena cava inferior con sutura, ligadura o clip.	62.2
37650	Ligadura de vena femoral.	37.2

CPT	Descripción común	Factor %
37660	Ligadura de ilíaca primitiva.	37.2
37700	Ligadura y división de vena safena larga a nivel de la unión safenofemoral o interrupciones distales.	37.2
37720	Safenectomía de la vena safena larga o corta.	37.2
37730	Safenectomía de vena safena larga y corta.	56.1
37735	Safenectomía con excisión radical de úlcera e injerto cutáneo y/o interrupción de venas comunicantes con excisión de fascia.	69.7
37760	Ligadura subfascial o radical de venas perforantes con o sin injerto cutáneo.	77.8
37785	Ligadura, división y/o excisión de venas varicosas, una pierna.	37.2
Próstata		
52450	Incisión transuretral de próstata.	35.8
52612	Resección transuretral de próstata.	69.4
55700	Biopsia de próstata con aguja o en sacabocado (una sola o varias).	10.9
55705	Biopsia incisional de próstata por cualquier abordaje.	10.9
55720	Drenaje de absceso prostático.	13.9
55815	Prostatectomía perineal radical con linfadenectomía pélvica bilateral, incluyendo ganglios linfáticos ilíacos externos, hipogástrico y obturadores.	63.1
55821	Prostatectomía radical suprapúbica, uno o dos estadios, incluye control de sangrado postoperatorio, vasectomía, meatotomía, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna.	63.1
55840	Prostatectomía radical retropúbica con o sin conservación del nervio.	63.1
55842	Prostatectomía radical retropúbica con toma de biopsia de nódulo linfático (linfadenectomía pélvica limitada).	69.3
55845	Prostatectomía radical retropúbica con linfadenectomía pélvica bilateral, incluyendo ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadores.	88.0
Quemaduras, tratamiento local		
16010	Limpieza y desbridamiento, inicial o subsecuente para lesiones por quemaduras pequeñas (hasta 9% de superficie corporal), bajo anestesia local.	5.6
16015	Limpieza y desbridación amplia, inicial o subsecuente, bajo anestesia, para lesiones por quemaduras medianas a grandes (mayor al 9% de la superficie corporal).	10.9
16035	Escarotomía de lesiones por quemaduras (tratamiento inicial).	42.3
Recto		
45000	Drenaje transrectal de absceso pélvico.	23.6
45005	Incisión y drenaje de absceso de recto (submucoso).	23.6
45020	Incisión y drenaje de absceso profundo en supraelevador, pelvirrectal o retrorrectal.	27.3
45100	Biopsia de pared anorrectal, abordaje anal.	10.7
45108	Miomectomía anorrectal.	38.6
45110	Proctectomía completa, abdominoperineal combinada con colostomía.	92.9
45111	Proctectomía con resección parcial de recto, abordaje transabdominal.	92.9
45120	Proctectomía completa por megacolon congénito, abordajes abdominal y perineal con anastomosis (Sweson, Duhamel o Soave).	92.9
45130	Excisión de prolapso rectal con anastomosis por vía perineal.	40.3
45170	Excisión de tumor rectal por vía transanal.	40.3
Reparación, revisión y reconstrucción de antebrazo y muñeca		
25260	Reparación de tendón o músculo flexor, antebrazo y/o muñeca.	25.9

CPT	Descripción común	Factor %
25270	Reparación de tendón o músculo extensor de antebrazo o muñeca.	23.6
25274	Reparación de tendón o músculo extensor con injerto (incluye la obtención del mismo) de antebrazo y/o muñeca.	31.1
25290	Tenotomía abierta, tendón flexor o extensor de antebrazo y/o muñeca.	31.1
25295	Tenólisis, tendón flexor o extensor de antebrazo y/o muñeca.	20.1
25300	Tenodesis de muñeca, flexores de dedos.	31.1
25301	Tenodesis de muñeca extensores de dedos.	31.1
25310	Transferencia de tendón flexor o extensor de muñeca y/o antebrazo.	37.2
25312	Transferencia de tendón flexor o extensor de muñeca y/o antebrazo con injerto de tendón, incluye obtención del injerto.	37.2
25320	Capsulorrafia o reconstrucción de muñeca por inestabilidad carpal, incluye sinovectomía, capsulotomía y reducción abierta.	58.1
25332	Artroplastia de muñeca con o sin material de osteosíntesis.	49.6
25350	Osteotomía de radio, tercio distal.	41.9
25355	Osteotomía de radio, tercio medio o proximal.	54.3
25360	Osteotomía de cúbito.	41.8
25365	Osteotomía de radio y cúbito.	54.3
25441	Artroplastia con reemplazo de prótesis de radio distal.	62.2
Reparación, revisión y reconstrucción de pie		
28200	Tenorrafia de tendón flexor de pie sin injerto.	31.1
28208	Tenorrafia del tendón extensor de pie.	31.1
28220	Tenólisis del flexor del pie.	27.0
28225	Tenólisis del extensor del pie.	27.0
28270	Capsulotomía de articulación metatarsalángica con o sin tenorrafia.	31.1
28290	Corrección de hallux valgus con o sin sesamoidectomía.	31.1
28296	Corrección de hallux valgus con osteotomía de metatarsianos.	49.5
28300	Osteotomía del calcáneo, con o sin material de osteosíntesis.	41.8
28302	Osteotomía del astrágalo.	41.8
28344	Reconstrucción de dedos del pie (polidactilia).	41.8
Reparación, revisión y reconstrucción de pierna (tibia y peroné) y tobillo		
27650	Reparación de ruptura de tendón de aquiles.	37.9
27658	Tenorrafia del flexor de pierna sin injerto.	37.9
27664	Tenorrafia del extensor de pierna sin injerto.	37.9
27685	Alargamiento o acortamiento de tendón, tobillo o pierna.	37.9
27695	Sutura de desgarro de ligamento colateral de tobillo (primaria).	37.9
27700	Artroplastia de tobillo.	53.3
27705	Osteotomía de tibia.	28.0
27707	Osteotomía de peroné.	28.0
27709	Osteotomía de tibia y peroné.	42.0
27724	Osteoplastia de tibia con injerto ilíaco o cualquier otro autoinjerto, incluye obtención del injerto.	69.7
Reparación, revisión y reconstrucción		
27097	Liberación o resección de tendones de la corva proximal (p. ej. del hueso popliteo).	26.3
27098	Transferencia del aductor a isquión.	38.6
27100	Transferencia del músculo oblicuo externo a trocánter mayor, incluyendo la extensión	

CPT	Descripción común	Factor %
	de fascia o tendón.	59.1
27120	Acetabuloplastia (p. ej. tipo Whitman, Colonna, Haygroves).	121.9
27122	Resección de cabeza femoral.	99.7
27125	Hemiartróplastia de cadera (p. ej. tallo femoral protésico, artroplastia bipolar).	121.9
27130	Artroplastia con reemplazo total de cadera con o sin injerto.	134.1
27179	Osteoplastia de cuello femoral.	99.7
27181	Osteotomía y fijación interna de cuello femoral.	99.7
Reparación, revisión y reconstrucción de fémur (muslo) y rodilla		
27380	Tenorrafia de tendón infrapatelar.	31.1
27385	Sutura de ruptura de cuádriceps o músculos de la corva (p. ej. de la pantorrilla).	31.1
27400	Transferencia de tendón o músculo del hueso popliteo al fémur.	38.6
27405	Reparación de desgarro de ligamentos y/o cápsula de la rodilla colateral.	46.4
27407	Reparación de desgarro de ligamento cruzado y/o cápsula de rodilla.	46.4
27409	Reparación de desgarro de ligamento colateral, cruzado y/o cápsula de rodilla.	58.1
27420	Reconstrucción por luxación recurrente de rótula (procedimiento tipo Hauser).	52.9
27427	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, extrarticular.	54.9
27428	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, intrarticular.	64.9
27429	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, intrarticular y extrarticular.	76.2
27430	Plastia de cuádriceps (tipo Bennett o Thompson).	52.9
27435	Capsulotomía de rodilla.	52.9
27437	Artroplastia de rótula sin prótesis.	61.5
27442	Artroplastia de rodilla (cóndilos femorales o mesetas tibiales).	84.0
27445	Artroplastia de rodilla, prótesis con bisagras.	84.0
27447	Reemplazo total de rodilla.	79.0
27448	Osteotomía de fémur, diafisaria o supracondilea, sin fijación.	42.3
27450	Osteotomía de fémur, diafisaria o supracondilea, con fijación.	42.3
Retina		
67101	Tratamiento para desprendimiento de retina con crioterapia o diatermia, con o sin drenaje de fluido subretinal, una o más sesiones.	25.2
67105	Tratamiento para desprendimiento de retina con fotocoagulación, con o sin drenaje de fluido subretinal, una o más sesiones.	43.2
67108	Tratamiento para el desprendimiento de retina con vitrectomía, cualquier método, con o sin taponamiento con aire o gas expansivo, fotocoagulación con endoláser focal, crioterapia, fotocoagulación y drenaje de fluido subretinal.	71.1
67110	Tratamiento para despredimiento de retina con inyección de aire u otro gas (p. ej. retinopexia neumática).	42.3
67141	Tratamiento profiláctico de desprendimiento de retina (p. ej. rotura de retina o por proceso degenerativo) sin drenaje, una o más sesiones, mediante crioterapia o diatermia.	31.3
67145	Profilaxis de desprendimiento de retina por fotocoagulación (láser o xenon), una o más sesiones.	22.3
Segmento anterior / córnea		
65400	Excisión de lesión en córnea, excepto pterigión.	12.3
65410	Biopsia de córnea.	12.3
65420	Excisión de pterigión sin injerto.	14.7
65426	Excisión de pterigión con injerto.	29.4

CPT	Descripción común	Factor %
65450	Destrucción de lesión en córnea por crioterapia, fotocoagulación o termocauterización.	10.2
65710	Queratoplastia (trasplante corneal).	86.1
65730	Queratoplastia penetrante (excepto en afaquia).	85.2
65750	Queratoplastia penetrante en afaquia (trasplante de córnea).	85.2
65760	Queratomileusis.	59.9
65765	Queratofaquia.	50.5
65767	Epikeratofaquia.	47.7
65771	Queratotomía radiada.	33.9
Sistema auditivo		
69020	Drenaje de absceso en conducto auditivo externo.	7.8
69145	Excisión de lesión de tejido blando de conducto auditivo externo.	7.8
69200	Extracción de cuerpo extraño en conducto auditivo externo sin anestesia general.	7.8
69205	Extracción de cuerpo extraño en conducto auditivo externo con anestesia general.	7.8
69210	Extracción de cerumen impactado, uni o bilateral.	2.9
69320	Reconstrucción de conducto auditivo externo por atresia congénita.	69.7
69420	Miringotomía, incluyendo aspiración y/o insuflación de conducto de Eustaquio.	3.2
69421	Miringotomía, incluyendo aspiración y/o insuflación de conducto de Eustaquio con necesidad de anestesia general.	20.0
69424	Retiro de tubos de ventilación, cuando originalmente fueron colocados por otro médico.	5.9
69436	Timpanostomía con colocación de tubos de ventilación, bajo anestesia general.	17.4
69440	Exploración de oído medio a través de incisión postauricular o por conducto auditivo.	38.6
69501	Mastoidectomía simple.	46.4
69502	Mastoidectomía completa.	51.6
69511	Mastoidectomía radical.	60.4
69620	Miringoplastia (membrana timpánica y región donante).	46.4
69631	Timpanoplastia sin mastoidectomía (incluye plastia de canal auditivo, aticotomía y/o cirugía de oído medio) inicial o subsecuente, sin reconstrucción de huesecillos.	46.4
69632	Timpanoplastia con reconstrucción de huesecillos.	58.7
69635	Timpanoplastia con antrotomía o mastoidotomía (incluyendo plastia de canal auditivo, aticotomía, cirugía de oído medio) sin reconstrucción de huesecillos.	58.7
69636	Timpanoplastia con antrotomía (incluyendo plastia del canal auditivo, aticotomía, cirugía de oído medio) con reconstrucción de huesecillos.	58.7
69641	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio y corrección de la membrana del tímpano), sin reconstrucción de huesecillos.	58.7
69642	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio y corrección de la membrana del tímpano) y reconstrucción de huesecillos.	58.7
69660	Estapedectomía con restablecimiento de continuidad de huesecillos propios del oído, con o sin uso de material extraño.	63.2
69666	Corrección de fístula de ventana oval.	38.6
69667	Corrección de fístula de ventana redonda.	38.6
69676	Neurectomía timpánica.	54.3
69720	Descompresión de nervio facial, intratemporal, lateral a ganglio geniculado.	57.4
69725	Descompresión de nervio facial, incluyendo medial a ganglio geniculado.	57.4
69740	Sutura de nervio facial, intratemporal, con o sin injerto o descompresión, lateral a ganglio geniculado.	69.7
69745	Sutura de nervio facial intratemporal con o sin injerto o descompresión, incluyendo medial a ganglio geniculado.	85.2

CPT	Descripción común	Factor %
Sistema cardiovascular		
33010	Pericardiocentesis inicial.	33.1
33011	Pericardiocentesis subsecuente.	33.1
33020	Pericardiotomía para extirpación de coágulo o cuerpo extraño.	46.4
33025	Creación de una ventana pericárdica o resección parcial para drenaje.	62.0
33031	Pericardiectomía con derivación cardiopulmonar.	108.6
33050	Excisión de tumor o quiste pericardiaco.	108.6
33120	Excisión de tumor intracardiaco, resección con derivación cardiopulmonar.	108.6
Sistema digestivo		
40490	Biopsia de labio.	2.9
40650	Queiloplastia, reparación de labio, todo espesor de la mucosa (bermellón).	9.8
40700	Corrección plástica de labio hendido o deformidad nasal primaria, parcial o completa (labio leporino).	43.0
40800	Drenaje de absceso, quiste o hematoma del vestíbulo de la boca.	6.4
40808	Biopsia del vestíbulo de la boca.	2.9
40812	Excisión de lesión de mucosa y submucosa, del vestíbulo de la boca con reparación simple.	5.9
40819	Excisión de frenillo, labial o bucal (frenumectomía, frenulectomía, frenectomía).	8.2
40820	Destrucción de lesión o cicatriz en vestíbulo bucal, mediante métodos físicos (láser, términos, criométodos, químicos).	3.2
40830	Sutura de laceración del vestíbulo de la boca.	4.4
41130	Glosectomía / Hemiglosectomía.	62.2
41252	Corrección de laceración de lengua y piso de la boca, mayor de 2.6 cm.	15.5
42145	Uvulopalatofaringoplastia.	38.7
42200	Palatoplastia para paladar hendido, de paladar blando y/o duro.	41.8
42260	Corrección de fístula nasolabial.	27.1
42300	Drenaje de absceso de parótida.	7.7
42325	Fistulización de quiste salival sublingual (ránula).	10.7
42330	Sialolitotomía submandibular (submaxilar), sublingual o de parótida, intraoral.	10.7
42340	Sialolitotomía de parótida por vía extraoral o intraoral complicada.	32.5
42408	Excisión de quiste salival sublingual (ránula).	15.5
42410	Excisión de glándula o tumor de parótida lóbulo lateral, sin disección del nervio.	32.5
42420	Excisión total de parótida con disección y preservación del nervio facial.	55.0
42440	Excisión de glándula submaxilar.	32.5
42660	Dilatación y cateterismo de conducto salival con o sin inyección.	6.6
43020	Esofagotomía, abordaje cervical, con extirpación de cuerpo extraño.	23.2
43130	Diverticulectomía de hipofaringe o esófago con o sin miotomía, por vía cervical.	31.6
Sistema endocrino		
60000	Incisión y drenaje de quiste tirogloso infectado.	3.9
60100	Biopsia de tiroides percutánea.	8.9
60200	Excisión de quiste o adenoma de tiroides o transección del istmo.	46.4
60210	Lobectomía tiroidea parcial unilateral con o sin istmosectomía.	46.4
60220	Lobectomía tiroidea total unilateral con o sin istmosectomía.	55.7
60225	Lobectomía tiroidea total con lobectomía subtotal contralateral, incluyendo istmosectomía.	63.1
60240	Tiroidectomía total o completa.	77.4
60252	Tiroidectomía total o subtotal por malignidad con disección conservadora del cuello.	80.8
60254	Tiroidectomía total o subtotal por malignidad con disección radical de cuello.	96.1

CPT	Descripción común	Factor %
60270	Tiroidectomía, incluyendo glándula tiroidea subesternal, por vía transtorácica o esternotomía.	71.6
60280	Excisión de quiste de conducto tirogloso.	46.5
60500	Paratiroidectomía o exploración de paratiroides.	57.0
60520	Timectomía parcial o total vía cervical.	77.4
60522	Timectomía con esternotomía o vía transtorácica con disección mediastínica radical.	90.0
60540	Adrenalectomía parcial o completa, o exploración de glándula adrenal con o sin biopsia transabdominal, lumbar o dorsal.	90.0
60545	Adrenalectomía parcial o completa con excisión de tumor retroperitoneal adyacente.	90.0
60600	Excisión de tumor del cuerpo carotídeo sin excisión de arteria carótida.	77.5
60605	Excisión de tumor de cuerpo carotídeo con excisión de arteria carótida.	96.2
Sistema genital femenino		
58551	Miomectomía por laparoscopia (uno o varios).	62.8
58353	Ablación endometrial térmica.	32.4
58558	Histeroscopia con toma de biopsia de endometrio y/o polipectomía.	27.7
58561	Histeroscopia con resección de leiomioma.	19.4
Sistema genital masculino		
54056	Destrucción de lesiones en pene (p. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética) por medio de criocirugía.	7.5
54057	Destrucción de lesiones en pene con cirugía láser.	7.5
54125	Amputación completa de pene.	42.6
54161	Circuncisión con dispositivo o con corte dorsal (excepto en recién nacido).	23.2
54220	Irrigación de cuerpo cavernoso por priapismo.	7.5
54304	Cirugía plástica del pene para corrección de encordamiento o para primer estado de corrección de hipospadias con o sin trasplante de prepucio y/o colgajos cutáneos.	49.9
54308	Uretroplastia para el segundo tiempo de corrección de hipospadias, incluyendo derivación urinaria.	27.9
54380	Corrección de epispadias distales al esfínter externo.	39.1
54400	Colocación de prótesis peneana (no inflable).	40.4
54401	Colocación de prótesis peneana (inflable).	53.3
54430	Cortocircuito de cuerpos cavernosos con cuerpo esponjoso (cirugía para priapismo), unilateral o bilateral.	37.2
Sistema lagrimal		
68400	Incisión para drenaje de glándula lagrimal.	6.4
68420	Incisión para drenaje de saco lagrimal (dacriocistotomía).	4.6
68500	Excisión de glándula lagrimal (dacrioadenectomía), excepto por tumor.	29.8
68510	Biopsia de glándula lagrimal.	8.0
68520	Excisión de saco lagrimal (dacriocistectomía).	24.2
68525	Biopsia de saco lagrimal.	10.2
68540	Excisión de tumor de glándula lagrimal.	24.2
68720	Dacriocistorrinostomía (fistulización de saco lagrimal a cavidad nasal).	34.5
68745	Conjuntivorrinostomía (fistulización de conjuntiva a cavidad nasal) sin tubo.	33.0
68750	Conjuntivorrinostomía con tubo o catéter dilatador.	25.2
68760	Cierre de punto lagrimal por termocauterización, ligadura o cirugía con láser.	4.6
68770	Cierre de fístula lagrimal.	5.6
68801	Dilatación de punto lagrimal con o sin irrigación.	2.8
68810	Sondeo de conducto nasolagrimal con o sin irrigación.	4.4

CPT	Descripción común	Factor %
92081	Examen de campo visual uni o bilateral con interpretación e informe, examen limitado (p. ej. pantalla tangente, Octopus 3 o 7 o equivalente).	2.2
92082	Examen intermedio (p. ej. por lo menos dos isópteros en el perímetro Goldmann, prueba de diagnóstico automático supraumbral de Humphrey).	2.2
92083	Examen extendido de campos visuales uni o bilateral.	2.8
92230	Angioscopia con fluoresceína, con interpretación e informe.	2.5
92235	Angiografía con fluoresceína, incluye imágenes en marcos múltiples con interpretación e informe.	3.9
92240	Angiografía con verde de indocianina, incluye imágenes en marcos múltiples, con interpretación e informe.	4.2
92265	Oculoelectromiografía de aguja con interpretación e informe, uno o varios músculos extraoculares, un ojo o ambos.	3.4
92270	Electrooculografía con interpretación e informe.	3.4
92275	Electrooculografía con interpretación e informe.	3.4
Sistema musculoesquelético		
20220	Biopsia de hueso superficial con aguja o trocar (p. ej. esternón, apófisis espinosas, costillas, cráneo).	13.2
20225	Biopsia de hueso profundo con aguja o trocar (p. ej. cuerpo vertebral, fémur, etc.).	15.2
20240	Biopsia de hueso con excisión a nivel superficial.	15.2
20520	Extracción simple de cuerpo extraño en músculo o tendón.	15.0
20525	Extracción profunda o complicada de cuerpo extraño en músculo o tendón.	23.9
20550	Infiltración en tendón o ligamento.	4.9
20605	Artrocentesis, aspiración y/o inyección en articulaciones intermedias, bursa o ganglio (p. ej. temporomandibular, acromioclavicular, muñeca, codo, tobillo y bolsa de olécranon).	6.3
20610	Artrocentesis, aspiración y/o inyección en articulaciones mayores o bursa (p. ej. hombro, cadera, rodilla, bursa subacromial, etc.).	6.9
20670	Retiro de material de osteosíntesis superficial.	6.1
20680	Retiro de material de osteosíntesis profundo (alambre, clavo, varilla, placa).	36.3
20816	Reimplante de dedo por amputación completa, incluye articulación metacarpofalángica hasta inserción del tendón flexor superficial, (excepto pulgar).	99.0
20824	Reimplante de dedo pulgar por amputación completa, incluye articulación carpometacarpiana hasta articulación metacarpo falángica.	112.7
20924	Injerto de tendón distal (p. ej. palmar, extensor de dedo del pie, plantar).	51.2
Sistema nervioso		
61108	Trépano helicoidal para evacuación y/o drenaje de hematoma subdural.	116.4
61140	Trépano con biopsia de cerebro o de lesión intracraneana.	62.0
61151	Trépano con punción evacuadora por absceso o quiste intracraneal.	116.4
61154	Trépano con evacuación y/o drenaje de hematoma, extradural o subdural.	133.2
61304	Craneotomía exploradora supratentorial.	116.4
61305	Craneotomía exploradora infratentorial (fosa posterior).	124.0
61312	Craneotomía para drenaje de hematoma supratentorial, extradural o subdural.	116.4
61313	Craneotomía para drenaje de hematoma intracerebral.	124.0
61314	Craneotomía para evacuación de hematoma infratentorial, extradural o subdural.	117.4
61315	Craneotomía para evacuación de hematoma intracerebelar.	137.7
61320	Craneotomía para drenaje de absceso intracraneal supratentorial.	88.0
61321	Craneotomía para drenaje de absceso intracraneal, infratentorial.	99.8
61332	Exploración de órbita por vía transcraneal cn biopsia.	126.3

CPT	Descripción común	Factor %
61333	Exploración de órbita con extirpación de lesión, vía transcreanal.	116.3
61334	Exploración de órbita con extirpación de cuerpo extraño, vía transcreanal.	116.3
61343	Craneotomía suboccipital con laminectomía cervical para descompresión del bulbo y médula espinal, con o sin injerto dural (p. ej. malformación de Arnold-Chiari).	129.8
61450	Craneotomía subtemporal por sección, compresión o descompresión de raíz sensorial o ganglio de Gasser.	116.2
61458	Craniectomía suboccipital para exploración o descompresión de nervios craneales.	125.0
61460	Craneotomía suboccipital para sección de uno o más nervios craneales.	116.2
61470	Craneotomía suboccipital para cordectomía medular.	116.2
61480	Craneotomía suboccipital para cordectomía mesencefálica o pedunculotomía.	116.2
61490	Craneotomía para lobotomía, incluyendo singulotomía.	174.1
61500	Craneotomía con excisión de tumor u otra lesión ósea de cráneo.	155.0
61510	Craneotomía supratentorial para excisión de tumor cerebral, excepto meningioma.	155.0
61512	Craneotomía supratentorial para excisión de meningioma.	155.0
61514	Craneotomía supratentorial para excisión de absceso cerebral.	155.0
61516	Craneotomía supratentorial para excisión de quiste.	155.0
61518	Craneotomía para excisión de tumor cerebral, infratentorial o de fosa posterior, excepto meningioma, tumor cerebelo-pontino o tumor de la base del cráneo.	155.0
61519	Craneotomía infratentorial o de fosa posterior para excisión de meningioma.	155.0
61520	Craneotomía para excisión de tumor del ángulo pontocerebeloso.	155.0
61521	Craneotomía para excisión de tumor de la línea media de la base del cráneo.	182.5
61522	Craneotomía infratentorial o de fosa posterior para excisión de absceso cerebral.	125.3
61524	Craneotomía infratentorial o de fosa posterior para excisión de quiste.	125.3
61534	Craneotomía para excisión de foco epileptógeno sin electrocorticografía durante la cirugía.	115.6
61545	Craneotomía para excisión de craneofaringioma.	155.0
61546	Craneotomía para hipofisectomía o excisión de tumor hipofisiario, abordaje intracraneal.	155.0
61548	Hipofisectomía o excisión de tumor de hipófisis vía transnasal o trans-septal no esterotáxico.	125.0
61550	Craneotomía para craneoestenosis (una sutura craneal).	73.4
61558	Craneotomía amplia por craneosinostosis de varias suturas craneales (p. ej. cráneo en trébol) que no requiera injertos óseos.	85.2
61564	Excisión intra y extracraneal de tumor benigno de hueso del cráneo con descompresión del nervio óptico.	155.0
61571	Craneotomía con tratamiento de herida penetrante de cerebro.	140.2
61618	Reparación secundaria de fístula en duramadre (fosa anterior, media o posterior), con injerto libre.	66.9
61624	Oclusión o embolización, transcáteter percutáneo, cualquier método, sistema nervioso central (p. ej como terapia endovascular para destrucción de un tumor, obtener hemostasia, ocluir una malformación vascular).	85.4
61680	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal supratentorial.	145.1
61684	Cirugía de malformación arteriovenosa infratentorial.	163.2
61690	Cirugía de malformación arteriovenosa dural.	160.0
61700	Cirugía de aneurisma intracraneal por vía intracraneal, circulación carotídea.	133.6
61702	Cirugía de aneurisma de la circulación vertebrobasilar.	121.2
61705	Cirugía de aneurisma, malformación vascular o fístula carotídeocavernosa, mediante oclusión cervical e intracraneal de arteria carótida.	131.9
61710	Cirugía para aneurisma, malformación vascular o fístula carotídeocavernosa mediante embolización intrarterial, procedimiento por inyección o catéter con balón.	126.0
61711	Anastomosis de arterias intracraneales y extracraneales (p. ej. cerebral media/cortical).	99.0

CPT	Descripción común	Factor %
61790	Creación de lesión por método estereotáxico percutáneo con agente neurolítico de ganglio de Gasser.	65.2
61850	Colocación de electrodos neuroestimuladores en región subcortical a través de trépano.	49.5
61860	Colocación de electrodos neuroestimuladores en región cortical a través de trépano.	56.1
61880	Revisión o remoción de electrodos neuroestimuladores intracraneales.	49.5
62100	Craneotomía para reparación de fístula (escape dural de LCR), incluyendo cirugía para rinorrea/otorrea.	100.4
62120	Corrección de encefalocele en bóveda craneana, incluyendo craneoplastia.	139.5
62121	Craneotomía para corrección de encefalocele de base de cráneo.	139.5
62143	Craneoplastia con reemplazo de colgajo óseo o placa de cráneo.	68.4
62180	Ventriculo-cisternostomía (tipo Torkildsen).	64.3
62190	Creación de derivación subaracnoidea/subduralatrial, yugularauricular.	93.0
62192	Creación de derivación subaracnoidea/subdural, peritonealpleural, otras terminaciones.	93.0
62200	ventriculocisternostomía, tercer ventrículo.	69.7
62220	Derivación ventriculoatrial, yugularauricular.	79.0
62223	Derivación ventriculoperitoneal, pleural, otras terminaciones.	82.0
62230	Reemplazo o revisión de derivación de líquido cefalorraquídeo por obstrucción valvular, o de catéter distal en derivación sistémica.	43.4
62256	Retiro completo de sistema de derivación de líquido cefalorraquídeo sin reemplazo.	43.4
62258	Retiro completo del sistema de derivación de LCR con reemplazo por una derivación similar u otra derivación, en la misma cirugía.	48.6
62270	Punción lumbar diagnóstica.	12.0
62350	Colocación o revisión de catéter intratecal o epidural para reservorio implantable o bomba de infusión.	38.9
63001	Laminectomía en columna cervical con exploración y/o descompresión de médula sin facetectomía, foraminotomía o discectomía (p. ej. estenosis espinal), uno o dos segmentos vertebrales.	105.9
63003	Laminectomía en columna torácica con exploración y/o descompresión de médula, uno o dos segmentos vertebrales.	100.7
63005	Laminectomía en columna lumbar con exploración y/o descompresión de médula, uno o dos segmentos vertebrales, excepto para espondilolistesis.	99.0
63012	Laminectomía con remoción de facetas anormales y/o partes interarticulares con descompresión de cola de caballo y raíces nerviosas por espondilolistesis lumbar (procedimiento tipo Gill).	100.7
63020	Laminotomía (hemilaminectomía) en columna cervical con descompresión de raíces nerviosas, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o excisión de hernia de disco intervertebral, un interespacio.	100.7
63030	Laminotomía (hemilaminectomía) en columna lumbar con descompresión de raíces nerviosas, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o excisión de hernia de disco intervertebral, un interespacio.	100.7
63045	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna cervical (unilateral o bilateral) con descompresión médula y/o raíces nerviosas, (p. ej. estenosis de canal medular), un solo segmento vertebral.	115.8
63046	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna torácica (uni o bilateral) con descompresión de médula y/o raíces nerviosas, un solo segmento vertebral.	100.7
63047	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna lumbar (unilateral o bilateral) con descompresión médula y/o raíces nerviosas, (p. ej. estenosis de canal medular), un solo segmento vertebral.	119.8

CPT	Descripción común	Factor %
63081	Corpectomía vertebral parcial o completa vía anterior con descompresión de cordón medular y/o raíces nerviosas, a nivel cervical, un solo segmento.	127.0
63085	Corpectomía vertebral parcial o completa vía transtorácica con descompresión de médula espinal y/o raíces nerviosas a nivel torácico, un solo segmento.	127.0
63087	Corpectomía vertebral, parcial o completa, vía combinada toracolumbar con descompresión de médula espinal, de cola de caballo o de raíces nerviosas a nivel torácico inferior o lumbar, un solo segmento.	127.0
63185	Laminectomía con rizotomía (uno o más segmentos).	100.7
63194	Laminectomía en columna cervical con cordotomía, con sección de un haz espinotalámico.	105.6
63195	Laminectomía en columna torácica con cordotomía.	106.4
63265	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplásica, extradural, en región de columna cervical.	112.1
63266	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplásica, extradural, en región de columna torácica.	112.1
63267	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplásica, extradural, en región de columna lumbar.	112.1
63275	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal, extradural, a nivel cervical.	112.1
63276	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal, extradural, a nivel torácico.	112.1
63277	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal extradural, lumbar.	112.1
63300	Corpectomía vertebral cervical, parcial o completa, para excisión de lesión intramedular, extradural, un solo segmento.	141.9
63301	Corpectomía vertebral parcial o completa para excisión de lesión intramedular, extradural torácica, por vía transtorácica.	141.9
63302	Corpectomía vertebral parcial o completa para excisión de lesión intramedular, extradural torácica, por vía toracolumbar, un solo segmento.	144.3
63303	Corpectomía vertebral, parcial o completa para excisión de lesión infraespinal, extradural, lumbar o sacra por vía transperitoneal o retroperitoneal, un solo segmento.	143.4
63600	Lisis de nervios espinales por método estereotáxico percutáneo, cualquier modalidad.	73.0
63655	Laminectomía epidural para implante de electrodo neuroestimulador, epidural.	100.7
63700	Corrección de meningocele menor a 5 cm de diámetro.	100.7
63704	Corrección de mielomeningocele.	98.6
63707	Corrección de escape de LCR dural (reparación de saco dural) sin laminectomía.	73.0
63709	Corrección de escape de LCR dural o de pseudomeningocele con laminectomía.	100.7
Sistema respiratorio		
30000	Drenaje de absceso o hematoma nasal, abordaje interno.	8.3
30100	Biopsia intranasal.	5.4
30130	Excisión de cornetes parcial o completa, cualquier método.	17.4
30140	Resección submucosa de cornetes parcial o completa, cualquier método.	17.4
30300	Extracción de cuerpo extraño intranasal (procedimiento en consultorio).	7.0
30420	Rinoseptumplastia.	74.2
30460	Rinoplastia por deformidad nasal secundaria a labio y/o paladar hendido, incluyendo alargamiento de la columela.	57.4
30520	Septoplastia o resección submucosa con o sin marcación de cartílago, modificación del contorno o reemplazo con injerto.	45.8
30540	Corrección quirúrgica de atresia de coanas por vía nasal.	40.6

CPT	Descripción común	Factor %
30545	Corrección de atresia de coana por vía transpalatina.	44.7
30560	Lisis de sinequia intranasal.	7.5
30801	Cauterización y/o ablación de mucosa o cornete, uni o bilateral, por cualquier método.	7.5
30903	Control de hemorragia nasal anterior, (cauterización amplia y/o taponamiento mediante empaque).	7.5
30905	Control de hemorragia nasal posterior con empaque postnasal y/o cauterización posterior, cualquier método.	13.3
31020	Antrotomía intranasal de seno maxilar.	14.3
31030	Antrostomía maxilar radical (sinusotomía maxilar, Caldwell-Luc) sin extracción de pólipos.	24.2
31032	Antrotomía maxilar radical (sinusotomía maxilar, Caldwell-Luc) con extracción de pólipos.	31.1
31070	Antrotomía simple de seno frontal.	38.6
31090	Antrotomía combinada de tres o más senos.	49.5
31201	Etmoidectomía total intranasal.	35.5
31205	Etmoidectomía total extranasal.	34.8
31225	Maxilectomía sin exenteración orbitaria.	71.4
Sistema tegumentario		
10060	Incisión y drenaje de absceso simple o una sola lesión (p. ej. hidroadenitis supurativa, abscesos cutáneos o subcutáneos, quiste, forúnculo o paroniquia).	3.9
10120	Incisión y extracción de cuerpo extraño en tejido subcutáneo simple.	5.4
10121	Incisión y extracción de cuerpo extraño en tejido subcutáneo complicado.	7.5
10140	Incisión y drenaje de hematoma, seroma o colección líquida.	3.9
10180	Incisión y drenaje de absceso por herida quirúrgica infectada.	7.3
11000	Desbridación extensa de piel infectada o eczematosa, hasta de 10% de superficie corporal.	10.2
11001	Desbridación extensa de piel infectada o eczematosa, cada 10% de superficie corporal adicional.	2.7
11010	Desbridación incluyendo extirpación de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones, piel y tejido subcutáneo.	7.5
11011	Desbridación, incluyendo extirpación, de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones, piel, tejido subcutáneo, fascia muscular y músculo.	10.2
11012	Desbridación, incluyendo extirpación, de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones, piel, tejido subcutáneo, fascia muscular, músculo y hueso.	15.7
11100	Biopsia de piel, tejido subcutáneo y/o mucosa, incluyendo cierre simple.	3.9
11200	Extirpación de verrugas blandas, varios pólipos fibrocútáneos, cualquier zona, hasta 15 lesiones, cualquier método (corte, cauterización química o eléctrica).	3.9
11201	Extirpación de verrugas blandas, varios pólipos fibrocútáneos, cualquier zona, por cada 10 lesiones adicionales.	1.2
11402	Excisión de lesión benigna de tronco, brazos y/o piernas, como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple), lesiones de 1.1 a 2 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	5.9
11404	Excisión de lesión benigna de tronco, brazos y/o piernas, como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple), lesiones de 3.1 a 4 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	7.9
11406	Excisión de lesión benigna de tronco, brazos y/o piernas, como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple), lesiones mayores de 4 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	15.7
11422	Excisión de lesión benigna de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple), lesiones de 1.1 a 2 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	5.4

CPT	Descripción común	Factor %
11424	Excisión de lesión benigna de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple), lesiones de 3.1 a 4 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	6.3
11426	Excisión de lesión benigna de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple), lesiones mayores de 4 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices.	9.6
11442	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	17.8
11444	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	19.1
11446	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas, mayores de 4 cm de diámetro.	2.0
11451	Excisión de piel y tejido subcutáneo, debido a hidroadenitis, axilar (corrección compleja).	9.6
11463	Excisión en piel y tejido subcutáneo por hidroadenitis inguinal (corrección compleja).	9.6
11471	Excisión de piel y tejido subcutáneo por hidroadenitis perianal, perineal o umbilical (corrección compleja).	9.6
11602	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local) de tronco, brazos o piernas, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	6.3
11604	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local) de tronco, brazos o piernas, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	8.9
11606	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local) de tronco, brazos o piernas, mayor de 4 cm de diámetro.	13.7
11622	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	10.7
11624	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	17.1
11626	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales, mayor de 4 cm de diámetro.	19.1
11642	Excisión de lesión maligna en cara, pabellón auricular, párpados, nariz, labios, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	13.7
11644	Excisión de lesión maligna en cara, pabellón auricular, párpados, nariz, labios, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	22.2
11646	Excisión de lesión maligna en cara, pabellón auricular, párpados, nariz, labios, mayor de 4 cm de diámetro.	24.6
11750	Onicoexceresis parcial o completa.	4.4
11960	Inserción de expansores tisulares que no sean localizados en mama (inicial y subsecuentes).	39.6
11970	Reemplazo de expansor tisular con colocación de prótesis permanente (no de mama).	45.1
11971	Remoción de tejido expansor sin inserción de prótesis (no de mama).	8.9
12001	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos, incluyendo manos y pies, de 2.5 cm de diámetro o menos.	4.8
12002	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos, incluyendo manos y pies, de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro.	7.7
12004	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos, incluyendo manos y pies, de 7.6 cm a 12.5 cm de diámetro.	10.9

CPT	Descripción común	Factor %
12011	Sutura simple de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.5 cm de diámetro o menos.	8.3
12013	Sutura simple de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.6 a 5 cm de diámetro.	8.7
12015	Sutura simple de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 7.6 a 12.5 cm de diámetro.	13.7
12020	Sutura simple de dehiscencia de una herida superficial (piel).	4.8
12031	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tej. subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies), de 2.5 cm de diámetro o menos.	5.8
12032	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tej. subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies), de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro.	7.7
12034	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tej. subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies), de 7.6 a 12.5 cm de diámetro.	12.1
12041	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cuello, manos, pies y /o genitales externos, de 2.5 cm de diámetro o menos.	6.7
12042	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cuello, manos, pies y /o genitales externos, de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro.	8.7
12051	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.5 cm de diámetro o menos.	6.7
12052	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.6 a 5 cm de diámetro.	7.6
12054	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.6 a 5 cm de diámetro: de 7.6 a 12.5 cm de diámetro.	12.1
13100	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo en tronco (laceraciones o avulsiones complicadas), de 1.1 a 2.5 cm de diámetro.	9.4
13101	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo en tronco (laceraciones o avulsiones complicadas), de 2.6 a 7.5 cm de diámetro.	12.1
13120	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en piel cabelluda, brazos y/o piernas, de 1.1 a 2.5 cm.	8.3
13121	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en piel cabelluda, brazos y/o piernas, de 2.6 a 7.5 cm.	11.3
13131	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones avulsiones complicadas) en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales externos, manos y/o pies, de 1.1 a 2.5 cm de diámetro.	13.5
13132	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones avulsiones complicadas) en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales externos, manos y/o pies, de 2.6 a 7.5 cm de diámetro.	15.8
13150	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y/o labios, de 1 cm de diámetro o menos.	4.9
13151	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y/o labios, de 1.1 a 2.5 cm de diámetro.	9.6
13152	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y/o labios, de 2.6 a 7.5 cm de diámetro.	15.8
13160	Cierre secundario de herida quirúrgica o dehiscencia amplia o complicada.	9.6

CPT	Descripción común	Factor %
14060	Reconstrucción con transferencia de tejido adyacente (Z plastia, W plastia, colgajo de rotación) para párpados, nariz, pabellones auriculares y/o labios, de 10 cm cuadrados o menos.	23.2
15050	Injerto único o múltiple para úlceras pequeñas, puntas de dedos u otra área mínima (excepto cara), hasta 2.0 cm de diámetro.	16.4
15100	Injerto en tronco, brazos y piernas, excepto área mínima, hasta 100 cm cuadrados o 1% de área corporal de lactantes y niños.	32.8
15200	Injerto de espesor total libre en tronco, incluyendo cierre directo de zona donante, hasta de 20 cm cuadrados.	29.4
15240	Injerto de espesor total libre, incluyendo cierre directo de zona donante en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y/o pies, hasta de 20 cm cuadrados.	40.3
15260	Injerto de espesor total libre, incluyendo cierre directo de zona donante en nariz, pabellones auriculares, párpados y/o labios, hasta de 20 cm cuadrados.	40.3
15350	Aplicación de aloinjerto de piel, hasta de 100 cm cuadrados.	15.7
15570	Formación de pedículo (colgajo) directo o tubular, con o sin transferencia de tronco.	36.9
15732	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en cabeza y cuello (p. ej. músculo temporal, masetero, esternocleidomastoideo, angular del omóplato).	44.4
15734	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en tronco.	44.4
15736	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en miembros torácicos.	44.4
15738	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en miembros pélvicos.	44.4
15840	Injerto libre de fascia para parálisis del nervio facial, incluyendo obtención de fascia.	82.0
15841	Injerto libre de músculo para parálisis del nervio facial, incluyendo obtención del injerto.	40.3
15922	Excisión de úlcera coxígea por presión con coxigectomía, con procedimiento de cierre, con colgajo.	41.7
15934	Excisión de úlcera sacra por presión con procedimiento de cierre, con colgajo de piel.	41.7
15944	Excisión de úlcera isquiática por presión con procedimiento de cierre, con colgajo cutáneo.	41.7
15952	Excisión de úlcera trocantérica por presión con procedimiento de cierre, con colgajo cutáneo.	41.7
Sistema urinario		
50020	Drenaje de absceso perirrenal o renal a cielo abierto.	39.6
50040	Nefrostomía, nefrotomía con drenaje.	49.6
50060	Nefrolitotomía, extracción de cálculos.	60.6
50080	Nefrolitotomía o pielolitotomía (litotripsia) transendoscópica con o sin dilatación, con colocación de catéteres dilatadores o extracción con canastilla para cálculos hasta de 2 cm.	67.6
50130	Pielotomía con extracción de cálculo.	46.2
50200	Biopsia renal percutánea con trocar o aguja.	18.8
50205	Biopsia renal abierta.	32.4
50220	Nefrectomía con ureterectomía parcial, cualquier abordaje, incluyendo resección de costilla.	66.5
50230	Nefrectomía radical con linfadenectomía regional y/o trombectomía de vena cava.	100.7
50234	Nefrectomía con ureterectomía total y manguito vesical, a través de la misma incisión.	80.8
50240	Nefrectomía parcial.	80.8
50300	Nefrectomía de donador cadáver, con preparación y mantenimiento de aloinjerto, unilateral o bilateral.	92.3
50320	Nefrectomía de donador vivo.	107.2
50365	Implante de riñón con nefrectomía del receptor.	294.1
50390	Aspiración y/o inyección de quiste renal o punción de pelvis.	7.6
50395	Dilatación piélica y/o ureteral por vía percutánea para establecer trayecto de nefrostomía.	13.6
50405	Pieloplastia complicada (anomalía congénita, calicoplastia) con o sin ureteroplastia, nefropexia, nefrostomía, pielostomía.	87.4

CPT	Descripción común	Factor %
50520	Cierre de fístula nefrocutánea o pielocutánea.	46.4
50540	Tratamiento para riñón en herradura con o sin pieloplastia y/u otro procedimiento plástico, unilateral o bilateral.	66.5
50590	Litotripsia extracorpórea (onda de choque).	4.0
90935	Hemodiálisis, procedimiento con evaluación médica.	4.0
Transección o avulsión de nervios		
64732	Transección o avulsión de nervio supraorbital.	24.5
64734	Transección o avulsión de nervio infraorbital.	24.5
64742	Transección o avulsión de nervio facial.	36.7
64752	Transección de nervio vago (vagotomía), transtorácica.	50.9
64755	Vagotomía proximal selectiva, vagotomía gástrica proximal, vagotomía de células parietales, vagotomía supra o altamente selectiva.	79.6
64760	Vagotomía de vago abdominal.	11.3
64774	Excisión de neuroma (nervio somático) en nervio cutáneo identificable quirúrgicamente.	14.1
64776	Excisión de neuroma en nervio digital, uno o ambos del mismo dedo.	14.5
64782	Excisión de neuroma de mano o pie, excepto nervio digital.	22.1
64786	Excisión de neuroma de nervio ciático.	16.3
64788	Excisión de neurofibroma de nervio cutáneo.	22.5
64792	Excisión amplia de neurofibroma o neurolemoma, incluyendo de tipo maligno.	79.2
64795	Biopsia de nervio.	7.6
64802	Simpatectomía cervical.	50.9
64804	Simpatectomía cervicotorácica.	69.8
64809	Simpatectomía toracolumbar.	69.8
64818	Simpatectomía lumbar.	53.3
Uréter		
50600	Ureterotomía con exploración o drenaje.	62.7
50610	Ureterolitotomía en tercio superior de ureter.	66.0
50620	Ureterolitotomía en tercio medio de ureter.	61.9
50630	Ureterolitotomía en tercio inferior de ureter.	55.7
50700	Ureteroplastia.	69.7
50760	Ureteroureteroanastomosis.	76.7
50800	Ureteroenteroanastomosis (anastomosis del ureter al intestino).	74.2
50840	Reemplazo total o parte del uretero por intestino, incluye la anastomosis intestinal.	97.3
50920	Cierre de fístula ureterocutánea.	40.2
50930	Cierre de fístula ureterovisceral, incluye la reparación de la víscera.	46.4
50970	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía con o sin irrigación, instilación o uretropielografía.	10.9
50976	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía con fulguración y/o incisión, con o sin biopsia.	10.6
Uretra		
53000	Uretrotomía o uretrotomía externa.	16.5
53020	Meatotomía, corte de meato sin otro procedimiento, excepto en lactante.	7.6
53025	Meatotomía sin otro procedimiento en lactante.	15.7
53040	Drenaje de absceso periuretral.	18.6
53200	Biopsia de uretra.	7.6
53250	Resección de glándula de Cowper.	14.8

CPT	Descripción común	Factor %
53260	Resección o fulguración de pólipo(s) uretrales, uretra distal.	7.6
53270	Resección o fulguración de glándula de Skene.	7.6
53430	Reconstrucción de uretra femenina.	39.1
53440	Corrección quirúrgica de incontinencia urinaria masculina con o sin colocación de prótesis.	72.4
53450	Uretromeatoplastia.	36.3
53502	Uretrorrafia, sutura de herida uretral femenina.	39.1
53505	Uretrorrafia, sutura de herida uretral peneana.	39.1
53600	Dilatación de estenosis inicial de uretra mediante sonda o dilatador, en hombre.	7.5
53601	Dilatación de estenosis subsecuente de uretra mediante sonda o dilatador, en hombre.	7.5
53665	Dilatación de uretra femenina con anestesia general o bloqueo.	8.6
Vagina		
57000	Colpotomía con exploración.	11.1
57010	Colpotomía con drenaje de absceso pélvico.	11.1
57020	Colpocentesis.	5.9
57061	Destrucción de lesión vaginal simple, por cualquier método.	6.6
57065	Destrucción de lesión vaginales extensas, por cualquier método.	6.6
57100	Biopsia de mucosa vaginal simple.	5.9
57105	Biopsia vaginal amplia que requiera sutura, incluyendo quistes.	7.3
57110	Vaginectomía con extirpación completa de la pared vaginal.	43.5
57120	Colpocleisis (tipo Le- Fort).	22.0
57135	Excisión de quiste o tumor vaginal.	22.0
57200	Colporrafia por lesión vaginal no obstétrica.	22.0
57210	Nolpoperineorrafia por lesión no obstétrica.	54.2
57230	Corrección de uretrocele.	54.2
57240	Colporrafia anterior, reparación de cistocele con o sin reparación de uretrocele.	51.1
57250	Colporrafia posterior, reparación de rectocele con o sin perineorrafia.	46.4
57260	Colporrafia anteroposterior (combinada).	50.0
57265	Colporrafia anteroposterior con reparación de enterocele.	46.4
57268	Corrección de enterocele, por vía vaginal.	38.5
57270	Corrección de enterocele, por vía abdominal.	38.5
57280	Colpopexia, por vía abdominal.	19.3
57282	Fijación de ligamento sacroespinoso, por prolapso vaginal.	19.3
57288	Tratamiento quirúrgico para incontinencia de esfuerzo (técnica de cabestrillo).	46.4
57289	Procedimiento de Pereyra, incluyendo colporrafia anterior.	46.4
57292	Formación artificial de vagina con injerto.	103.4
57300	Cierre de fístula rectovaginal por vía vaginal o transanal.	44.0
57305	Cierre de fístula rectovaginal por vía abdominal.	53.9
57307	Cierre de fístula rectovaginal por vía abdominal con colostomía concomitante.	61.3
57310	Cierre de fístula uretrovaginal.	46.4
57320	Cierre de fístula vesicovaginal por vía vaginal.	46.4
57330	Cierre de fístula vesicovaginal por vía transvesical y vaginal.	46.4
57452	Colposcopia.	2.9
57454	Colposcopia con biopsia y/o legrado del cérvix.	2.9
Válvula pulmonar		
33470	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón cerrado, transventricular.	90.0
33471	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón cerrado a través de arteria pulmonar.	95.5

CPT	Descripción común	Factor %
33472	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón abierto con oclusión de flujo de entrada.	95.5
33474	Valvotomía de válvula pulmonar con derivación cardiopulmonar.	99.0
33475	Reemplazo de válvula pulmonar.	103.1
33476	Resección ventricular derecha por estenosis infundibular con o sin comisurotomía.	103.1
Válvula tricúspide		
33460	Valvectomy de válvula tricúspide con derivación cardiopulmonar.	90.0
33464	Valvuloplastia de válvula tricúspide con inserción de anillo.	114.2
33465	Reemplazo de válvula tricúspide con derivación cardiopulmonar.	114.2
Válvulas cardiacas		
33400	Valvuloplastia abierta de válvula aórtica con derivación cardiopulmonar.	133.2
33405	Reemplazo de válvula aórtica con derivación cardiopulmonar, con prótesis valvular que no sea homoinjerto o expansor.	119.9
33406	Reemplazo de válvula aórtica con derivación cardiopulmonar, con prótesis valvular (homoinjerto valvular).	119.9
33411	Reemplazo de válvula aórtica.	114.2
33415	Resección o insición de tejido subvalvular por estenosis aórtica subvalvular.	112.5
33417	Aortoplastia por estenosis supravalvular.	112.5
33420	Valvotomía de válvula mitral a corazón cerrado.	90.0
33422	Valvotomía de válvula mitral a corazón abierto con derivación cardiopulmonar.	90.0
33425	Valvuloplastia de válvula mitral a corazón abierto con derivación cardiopulmonar.	114.2
33426	Valvuloplastia de válvula mitral con derivación y anillo protésico.	119.5
33430	Reemplazo de válvula mitral con derivación cardiopulmonar.	119.5
Vejiga		
51020	Cistostomía con fulguración y/o inserción de material radiactivo.	38.7
51040	Cistostomía con drenaje.	38.7
51050	Cistolitotomía, cistostomía con extracción de cálculos, sin resección de cuello vesical.	44.1
51060	Ureterolitotomía transvesical.	52.7
51500	Excisión de quiste o seno uracal con o sin corrección de hernia umbilical.	53.3
51525	Cistotomía para excisión de divertículo vesical, único o múltiple.	51.2
51530	Cistotomía para excisión de tumor de vejiga.	51.2
51535	Cistotomía para excisión, incisión o reparación de ureterocele.	49.5
51550	Cistectomía parcial.	44.1
51570	Cistectomía total.	77.5
51580	Cistectomía completa con ureterosigmoidostomía o trasplantes ureterocutáneos.	117.9
51590	Cistectomía completa con conducto ureteroileal o de vejiga a sigmoides, incluye anastomosis intestinal.	117.9
51800	Cistoplastia o cistouretroplastia.	77.4
51820	Cistouretroplastia con ureteroneocistostomía, uni o bilateral.	99.7
51840	Vesicourethropexia anterior o urethropexia simple (tipo Marshall-Marchetti-Krantz).	46.4
51845	Suspensión abdominovaginal de cuello vesical con o sin control endoscópico (p. ej. Stamey, Raz, Pereyra modificado).	46.4
51880	Cierre de cistostomía.	21.4
51900	Cierre de fístula vesicovaginal por vía abdominal.	46.4
51920	Cierre de fístula vesicouterina.	46.4
51940	Tratamiento para extrofia de vejiga.	77.4
51960	Enterocistoplastia, incluyendo anastomosis de intestino.	99.7

CPT	Descripción común	Factor %
Venas y arterias		
33910	Embolectomía de arteria pulmonar con derivación cardiopulmonar.	108.6
33916	Endarterectomía pulmonar con o sin embolectomía, con derivación cardiopulmonar.	108.6
33917	Corrección de estenosis de arteria pulmonar mediante reconstrucción por parche o injerto.	92.9
34001	Embolectomía o trombectomía con o sin catéter carotídeo de arteria innominada o subclavia mediante incisión en cuello.	54.3
34051	Embolectomía o trombectomía de arteria innominada o subclavia mediante incisión torácica.	66.9
34201	Embolectomía o trombectomía con o sin catéter de arteria femoropoplítea o aortoilíaca mediante incisión en pierna.	54.3
34401	Trombectomía directa o con catéter de vena cava o ilíaca, mediante incisión abdominal.	54.3
34421	Trombectomía directa o con catéter de vena cava, vena ilíaca, vena femoropoplítea, mediante incisión en pierna.	54.3
34451	Trombectomía directa o con catéter de vena cava, vena ilíaca y femoropoplítea mediante incisión en pierna y abdominal.	54.3
35001	Corrección directa de aneurisma, falso aneurisma o excisión (parcial o total) e inserción de injerto, con o sin injerto de parche, por aneurisma y enfermedad oclusiva asociada de arteria carótida y arteria subclavia mediante incisión en cuello.	124.0
35002	Corrección directa mediante incisión de cuello por ruptura de aneurisma de arteria carótida, o de arteria subclavia.	124.0
35082	Reparación por ruptura de aneurisma de aorta abdominal.	107.2
35091	Corrección directa de aneurisma, falso aneurisma y enfermedad oclusiva asociada de aorta abdominal, comprendiendo vasos viscerales (mesentérica, celíaca, renal).	155.0
35132	Reparación por ruptura de aneurisma de arteria ilíaca.	108.5
35142	Reparación por ruptura de aneurisma o falso aneurisma de arteria femoral (profunda y superficial).	108.5
35152	Reparación por ruptura de aneurisma de arteria poplítea.	108.5
35189	Corrección de fístula arteriovenosa adquirida o traumática en abdomen.	92.9
35190	Corrección de fístula arteriovenosa adquirida o traumática en miembros pélvicos o torácicos.	77.5
35301	Tromboendarterectomía en carótida o vertebral o subclavia con o sin injerto con parche mediante incisión en cuello.	62.0
35321	Tromboendarterectomía en arteria axilobranquial con o sin injerto con parche.	57.0
35331	Tromboendarterectomía en arteria aortabdominal con o sin injerto.	78.3
35341	Tromboendarterectomía en arteria mesentérica, celíaca o renal con o sin injerto.	62.2
35351	Tromboendarterectomía en arteria ilíaca, con o sin injerto.	62.2
35361	Tromboendarterectomía en arteria aorto ilíaca combinada con o sin injerto.	76.7
35372	Tromboendarterectomía en arteria de femoral profunda con o sin injerto.	62.2
35381	Tromboendarterectomía en arteria femoral, poplítea y/o tibioperonéa con o sin injerto.	64.2
Vías biliares		
47556	Endoscopia de tracto biliar con dilatación de estenosis y colocación de stent.	24.0
47562	Colecistectomía por laparoscopia.	83.8
47564	Colecistectomía con exploración de vías biliares por laparoscopia.	73.0
47600	Colecistectomía.	71.4
47605	Colecistectomía con colangiografía.	61.8
47610	Colecistectomía con exploración de vías biliares.	73.0
47701	Portoenterostomía (p. ej. procedimiento de Kasai).	66.2
47715	Excisión de quiste del colédoco.	49.7

CPT	Descripción común	Factor %
47720	Colecistointestinoanastomosis.	64.5
47760	Derivaciones biliointestinales.	51.6
47800	Reconstrucción de vías biliares extrahepáticas con anastomosis término terminal.	54.4
Vítreo		
67005	Extirpación de vítreo por vía anterior (técnica abierta o incisión del limbo), remoción parcial.	48.7
67010	Remoción subtotal de vítreo con vitrectomía mecánica.	54.1
67031	Sección de adherencias de vítreo, láminas, membranas u opacidades por cirugía con láser (una o más sesiones).	49.9
67039	Vitrectomía con fotocoagulación focal endoláser.	67.6
Vulva, periné e introito		
56405	Incisión y drenaje de absceso vulvar o perineal.	8.3
56420	Incisión y drenaje de absceso de glándula de Bartholin.	6.6
56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholin.	14.6
56605	Biopsia de vulva o periné.	2.9
56620	Vulvectomy parcial.	24.7
56625	Vulvectomy completa.	24.8
56631	Vulvectomy radical (parcial) con linfadenectomía inguinofemoral unilateral.	49.5
56632	Vulvectomy radical (parcial) con linfadenectomía inguinofemoral bilateral.	81.6
56633	Vulvectomy radical completa.	60.2
56634	Vulvectomy radical completa con linfadenectomía inguinofemoral unilateral.	75.1
56637	Vulvectomy radical completa con linfadenectomía inguinofemoral bilateral.	81.6
56640	Vulvectomy radical completa con linfadenectomía inguinofemoral, ilíaca y pélvica.	88.2
56740	Excisión de quiste o de glándula de Bartholin.	14.6
56810	Perineoplastia (no obstétrico).	31.0
Yesos en miembros pélvicos		
29305	Aplicación de yeso tipo espiga en la cadera (una pierna).	5.4
29365	Aplicación de yeso cilíndrico (de muslos a tobillo).	4.3
29405	Aplicación de yeso corto en pierna (debajo de rodilla a dedos de pies).	3.9
Yesos en miembros torácicos		
29065	Aplicación de yeso largo (brazo).	3.9
29075	Aplicación de yeso corto de codo a dedos.	2.9
29085	Aplicación de yeso en guante (mano a antebrazo).	2.9
Reparación de hernias		
49495	Hernioplastia inguinal inicial (reductible) en menores de 6 meses con o sin hidrocelectomía.	46.4
49496	Hernioplastia inguinal inicial (estrangulada) en menores de 6 meses con o sin hidrocelectomía.	46.4
49500	Hernioplastia inguinal inicial (reductible) en niños de 6 meses a 5 años de edad, con o sin hidrocelectomía.	46.4
49501	Hernioplastia inguinal inicial (encarcelada) en niños de 6 meses a 5 años de edad con o sin hidrocelectomía.	46.4
49505	Hernioplastia inguinal inicial (reductible) en mayores de 5 años de edad.	46.4
49507	Hernioplastia inguinal inicial (estrangulada) en mayores de 5 años de edad.	51.1
49520	Hernioplastia de hernia inguinal recurrente reductible en cualquier edad.	46.4

CPT	Descripción común	Factor %
49550	Hernioplastia femoral inicial (reductible) en cualquier edad.	45.3
49560	Hernioplastia incisional o ventral inicial (reductible).	52.1
49580	Hernioplastia umbilical (reductible) en menores de 5 años.	45.3
49582	Hernioplastia umbilical (estrangulada) en menores de 5 años.	46.4
49585	Hernioplastia umbilical (reductible) en mayores de 5 años.	49.8
49587	Hernioplastia umbilical (estrangulada) en mayores de 5 años.	49.8
49600	Corrección de onfalocele pequeño con cierre primario.	42.3
49650	Hernioplastia inguinal por laparoscopia.	46.4
Testículo		
54500	Biopsia de testículo con aguja.	5.8
54505	Biopsia incisional de testículo.	8.1
54520	Orquiectomía con o sin prótesis testicular por vía escrotal o inguinal.	28.9
54530	Orquiectomía radical por tumor, vía inguinal.	47.0
54535	Orquiectomía radical por tumor con exploración abdominal.	47.0
54600	Reducción de torsión testicular con o sin fijación de testículo contralateral.	34.1
54640	Orquidopexia por vía inguinal con o sin hernioplastia.	47.4
54650	Orquidopexia por vía abdominal para testículos intraabdominales.	43.4
54660	Inserción de prótesis testicular.	30.1
Correcciones		
49605	Corrección de gastrosquisis u onfalocele grande con o sin prótesis.	64.3
49900	Sutura secundaria de pared abdominal por evisceración o dehiscencia.	29.0
Cráneo: huesos faciales y articulación temporomandibular		
21015	Resección radical de tumor maligno de tejido blando en cara o piel cabelluda.	24.6
21030	Excisión de tumor benigno o quiste de hueso facial, excluyendo la mandíbula.	43.0
21034	Excisión de tumor maligno de hueso facial, excluyendo la mandíbula.	54.0
21040	Excisión de quiste o tumor benigno de mandíbula.	44.4
21044	Excisión de tumor maligno de mandíbula.	58.1
21045	Resección radical de tumor maligno de mandíbula.	71.7
21182	Excisión de tumor benigno de huesos del cráneo (p. ej. displasia fibrosa) con reconstrucción de paredes y bordes orbitarios, frente, complejo nasomaxilar en un área menor a 40 centímetros cuadrados, incluye obtención del injerto.	75.1
21240	Artroplastia temporomandibular con o sin autoinjerto, incluye la obtención del injerto.	58.1
Derivaciones		
33735	Septectomía o septostomía auricular a corazón cerrado.	99.0
33736	Septectomía o septostomía auricular a corazón abierto con derivación cardiopulmonar.	99.0
33737	Septectomía o septostomía auricular a corazón abierto con oclusión de flujo de entrada.	99.0
33750	Derivación de subclavia a arteria pulmonar.	95.6
33755	Derivación de aorta ascendente a arteria pulmonar.	95.6
33762	Derivación de aorta descendente a arteria pulmonar.	95.6
33766	Derivación de vena cava superior a arteria pulmonar para incrementar la circulación hacia un pulmón.	95.6
33767	Derivación de vena cava superior a arteria pulmonar para incrementar la circulación hacia ambos pulmones.	129.8

CPT	Descripción común	Factor %
33770	Corrección de la transposición de las grandes arterias con defecto del tabique ventricular y estenosis subpulmonar, sin agrandamiento quirúrgico del defecto de tabique ventricular.	153.7
33774	Corrección de la transposición de las grandes arterias, procedimiento de contrapuerta auricular con derivación cardiopulmonar.	129.8
33820	Corrección de persistencia de conducto arterioso mediante ligadura.	102.4
33840	Excisión de coartación de la aorta con o sin defecto de conducto arterioso asociado, con anastomosis.	108.6
Destrucción de lesiones		
17000	Destrucción de una lesión benigna o premaligna (p. ej. queratosis actínica) incrementar la circulación por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser), excepto verrugas blandas o lesiones proliferativas vasculares cutáneas, incluye anestesia local.	2.9
17106	Destrucción de lesiones proliferativas vasculares cutáneas (p. ej. técnica de láser), hasta 10 centímetros cuadrados.	5.4
17107	Destrucción de lesiones proliferativas vasculares cutáneas (p. ej. técnica de láser), de 10 a 50 centímetros cuadrados.	5.4
17110	Destrucción, por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser), de verrugas planas, molusco contagioso o milios, hasta 14 lesiones.	5.4
17262	Destrucción de lesión maligna, por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en tronco, brazos o piernas, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	5.4
17264	Destrucción de lesión maligna, por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser), en tronco, brazos o piernas, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	6.3
17266	Destrucción de lesiones malignas, por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser), en tronco, brazos o piernas, mayor de 4 cm de diámetro.	7.8
17272	Destrucción de lesión maligna, por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser,) en piel cabelluda, cuello, manos, pies y/o genitales, de 1.1 a 2 cm de diámetro.	5.6
17274	Destrucción de lesión maligna, por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser), en piel cabelluda, cuello, manos, pies y/o genitales, de 3.1 a 4 cm de diámetro.	8.3
17281	Destrucción de lesión maligna, por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser), en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios, de 0.6 a 1 cm de diámetro.	6.2
17283	Destrucción de lesión maligna, por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser), en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios, de 2.1 a 3 cm de diámetro.	6.8
17304	Moh (técnica microquirúrgica). Quimiocirugía, incluye la remoción de todo el tumor macroscópico, la excisión quirúrgica de muestras de tejido, examen microscópico y preparación histopatológica completa, hasta 5 muestras de tejido.	10.5
Endoscopia del intestino delgado y estómago		
44360	Endoscopia del intestino delgado, hasta la segunda porción de duodeno, de duodeno (excepto ileón) con o sin toma con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado .	16.6
44361	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileón) con biopsia única o múltiple.	16.6
44363	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileón) con extracción de cuerpo extraño.	16.6
44364	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileón) con extirpación de tumor(es), pólipo(s) u otras lesiones mediante técnica con asa.	18.2
44366	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileón) con control de sangrado, mediante cualquier método.	18.2
44372	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileón) con colocación de tubo percutáneo de yeyunostomía.	16.6
44376	Endoscopia de intestino delgado de la segunda porción de duodeno (incluyendo ileón) con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado.	16.6

CPT	Descripción común	Factor %
44377	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción de duodeno (incluyendo ileón) con biopsia única o múltiple.	19.1
44500	Introducción de sonda gastrointestinal larga (p. ej. Miller-Abbott).	16.6
Endoscopia, proctosigmoidoscopia, sigmoidoscopia y colonoscopia		
45300	Proctosigmoidoscopia rígida con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado.	11.1
45305	Proctosigmoidoscopia con biopsia única o múltiple.	11.1
45307	Proctosigmoidoscopia con extracción de cuerpo extraño.	11.1
45308	Proctosigmoidoscopia con extracción de tumor único, pólipo u otra lesión con pinza de electrocoagulación o cauterio bipolar.	11.1
45315	Proctosigmoidoscopia con extracción de tumores múltiples, pólipos u otras lesiones con pinza de biopsia de electrocoagulación, cauterio bipolar o técnica de asa.	12.2
45330	Sigmoidoscopia, flexible diagnóstica con o sin toma de muestra(s) mediante cepillado o lavado.	11.1
45331	Sigmoidoscopia con biopsia única o múltiple.	11.1
45332	Sigmoidoscopia con extracción de cuerpo extraño.	11.1
45333	Sigmoidoscopia con extracción de tumor(es), pólipo(s) u otras lesiones con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar.	22.3
45378	Colonoscopia flexible, proximal al ángulo esplénico, con o sin toma de muestra mediante cepillado o lavado, con o sin descompresión del colon.	19.3
45380	Colonoscopia con biopsia única o múltiple.	21.2
45382	Colonoscopia con control de sangrado, por cualquier método.	21.2
45384	Colonoscopia con extracción de tumor(es), pólipo(s), u otra lesión con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar.	23.3
45500	Proctoplastia por estenosis.	37.9
45560	Reparación de rectocele.	37.9
45800	Cierre de fístula rectovesical.	60.6
45820	Cierre de fístula rectouretral.	60.6
45900	Reducción de prolapso rectal (manipulación bajo anestesia).	37.9
Intestino		
44602	Sutura de intestino delgado por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura (enterorrafia).	68.6
44604	Sutura de intestino grueso por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura sin colostomía (colorrafia).	68.6
44605	Colorrafia con colostomía.	61.2
44620	Cierre de enterostomía de intestino delgado o grueso.	54.2
44625	Cierre de enterostomía con resección y anastomosis que no sea colorrectal.	54.2
44626	Cierre de enterostomía con resección y anastomosis colorrectal (cirugía de Hartmann).	54.2
44640	Cierre de fístula cutaneointestinal.	54.2
44650	Cierre de fístula enteroentérica o enterocólica.	54.2
44660	Cierre de fístula enterovesical sin resección de intestino o vejiga.	54.2
44661	Cierre de fístula enterovesical con resección de intestino y/o vejiga.	92.9
44800	Resección de divertículo de Meckel (diverticulectomía) o del conducto onfalomesentérico.	52.2
Mama		
19000	Punción y aspiración de quiste mamario.	7.2
19001	Punción aspirativa de cada quiste adicional de mama.	1.0
19020	Mastotomía con exploración o drenaje de absceso profundo.	12.0

CPT	Descripción común	Factor %
19100	Biopsia de mama con aguja trocar.	7.2
19101	Biopsia de mama incisional.	9.4
19110	Exploración de pezón con o sin excisión de conducto lactífero solitario o papiloma de conducto lactífero.	13.4
19112	Excisión de fístula de conducto lactífero.	13.4
19120	Excisión de quiste, fibroadenoma u otro tumor benigno o maligno, tejido mamario aberrante, lesión de conducto, lesión de pezón o de la areola, en hombre o mujer, una o más lesiones.	29.6
19125	Excisión de lesión mamaria, identificada mediante colocación preoperatoria de marcador radiológico (esterotaxia).	28.3
19126	Excisión de cada lesión mamaria adicional, identificadas por marcadores radiológicos.	10.7
19140	Mastectomía por ginecomastia (hombres).	39.2
19160	Mastectomía parcial.	42.5
19162	Mastectomía parcial con lifadenectomía axilar.	69.7
19180	Mastectomía simple, completa.	57.4
19182	Mastectomía subcutánea.	57.4
19200	Mastectomía radical, incluyendo músculos pectorales y ganglios linfáticos axilares.	110.8
19220	Mastectomía radical, incluyendo músculos pectorales y ganglios linfáticos axilares y mamaros internos.	106.7
19240	Mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar, con o sin músculo pectoral menor.	100.7
19271	Excisión de tumor de pared torácica que compromete costillas, con reconstrucción plástica, sin linfadenectomía mediastinal.	106.7
19272	Excisión de tumor de pared torácica que compromete costillas, con reconstrucción plástica y linfadenectomía mediastinal.	118.4
19340	Inserción inmediata de prótesis de mama, posterior a la mastopexia, mastectomía o cirugía reconstructiva.	43.0
19342	Inserción diferida de prótesis de mama, posterior a la mastopexia, mastectomía o cirugía reconstructiva.	43.0
19350	Reconstrucción de areola / pezón.	28.3
19357	Reconstrucción de mama directa o diferida con expansor tisular, incluye expansión subsecuente.	91.2
19367	Reconstrucción de mama con colgajo miocutáneo transversal del recto del abdomen, incluyendo cierre de zona donante.	99.6
Procedimientos de neurología y neuromusculares		
95819	Electroencefalograma (EEG).	4.4
95925	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos, sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en los miembros torácicos.	4.6
95926	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos, sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en los miembros pélvicos.	4.6
95927	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos, sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en tronco y cabeza.	4.6
95860	Electromiografía (una extremidad).	3.9
95961	Mapeo cortical y subcortical funcional.	6.3

CPT	Descripción común	Factor %
Procedimientos diagnósticos		
91000	Intubación esofágica y obtención de material por lavado para citología, incluye la preparación de muestras.	11.1
91010	Manometría del esófago y/o de unión gastroesofágica.	5.0
91011	Manometría esofágica, con estimulante de mecolilo o semejante.	5.5
91012	Manometría esofágica, con prueba de perfusión ácida (Bernstein).	5.5
91020	Manometría gástrica.	5.5
91032	Prueba de reflujo ácido en esófago con electrodo de ph intraluminal.	5.5
91033	Prueba de reflujo acidoprolongada en esófago con electrodo de ph intraluminal.	5.5
91052	Prueba de análisis gástrico con estimulante de la secreción gástrica (p. ej. histamina, insulina, pentagastrina, calcio y secretina).	8.1
91065	Prueba de hidrógeno en aliento (p. ej. para la detección de deficiencia de lactasa).	5.5
91122	Manometría anorrectal.	0.6
Pruebas de función audiológica		
92543	Prueba vestibular con registro.	1.3
92552	Audiometría de tonos puros (umbral) transmitidos por aire solamente.	2.3
92553	Audiometría de tonos puros (umbral) transmitidos por aire y hueso.	2.3
92557	Evaluación completa del umbral de audiometría y reconocimiento del habla.	2.3
92560	Audiometría de Bekesy.	2.5
92567	Timpanometría, prueba de impedancia.	2.1
92575	Prueba de agudeza neurosensorial.	4.5
92585	Potenciales evocados auditivos.	5.8
Tráquea, bronquios y pulmones		
31600	Traqueostomía programada.	28.3
31603	Traqueostomía de emergencia transtraqueal.	28.3
31611	Fistulización traqueoesofágica e inserción subsecuente de una prótesis (Blom-Singer).	31.1
31622	Broncoscopia diagnóstica (flexible o rígida) con o sin cepillado y lavado.	12.4
31625	Broncoscopia con biopsia.	18.8
31628	Biopsia transbronquial de pulmón con o sin fluoroscopia por broncoscopia.	16.6
31635	Broncoscopia para extracción de cuerpo extraño.	16.6
31640	Excisión de tumor por broncoscopia.	48.5
31641	Destrucción de tumor o disminución de estenosis por cualquier método (ej. láser) a través de broncoscopia.	34.6
31645	Broncoscopia inicial con aspiración terapéutica traqueobronquial (p. ej. drenaje de absceso pulmonar).	16.6
31646	Broncoscopia subsecuente con aspiración terapéutica traqueobronquial .	16.6
31750	Traqueoplastia cervical.	77.5
31755	Fistulización traqueofaríngea.	31.1
31785	Excisión de tumor traqueal o carcinoma cervical.	77.5
31786	Excisión de tumor traqueal o carcinoma torácico.	77.5
31820	Cierre quirúrgico de traqueostomía o fístula.	38.6
32000	Toracocentesis (punción de la cavidad pleural para aspiración) inicial o subsecuente.	12.0
32002	Toracocentesis con colocación de sonda, con o sin sello de agua (p. ej. neumotorax).	16.6
32005	Pleurodesis química.	13.2
32035	Toracotomía con resección de costilla por empiema.	46.1
32095	Toracotomía limitada para biopsia de pulmón o pleura.	41.0
32100	Toracotomía mayor con exploración y biopsia.	41.0

CPT	Descripción común	Factor %
32110	Toracotomía para control de hemorragia traumática y/o corrección de desgarro pulmonar.	77.5
32141	Toracotomía con excisión de pliegues de bula, con o sin algún procedimiento pleural.	77.5
32150	Extirpación de cuerpo extraño intrapleural o depósito de fibrina por toracotomía.	77.5
32200	Neumostomía con drenaje de absceso o quiste.	38.8
32220	Decorticación pulmonar total.	74.4
32225	Decorticación pulmonar parcial.	74.4
32310	Pleurectomía parietal.	40.0
32320	Decorticación y pleurectomía parietal.	74.4
32400	Biopsia percutánea de pleura.	12.0
32405	Biopsia percutánea de pulmón o mediastino.	12.0
32440	Neumonectomía total.	175.5
32480	Lobectomía (un solo lóbulo).	80.6
32482	Bilobectomía (dos lóbulos pulmonares).	80.6
32484	Segmentectomía o extirpación de un segmento de pulmón.	80.6
32500	Resección de pulmón en cuña única o múltiple.	80.6
32650	Toracoscopia quirúrgica con pleurodesis por cualquier método.	49.5
32905	Toracoplastia tipo Schede o extrapleural (todos los tiempos).	74.8
32906	Toracoplastia con cierre de fístula broncopleural.	77.5
Túnica vaginal del testículo		
55000	Punción aspirativa de hidrocele.	14.7
55040	Excisión de hidrocele unilateral.	20.5
55041	Excisión de hidrocele bilateral.	26.4
55060	Corrección de hidrocele de túnica vaginalis (tipo Bottle).	20.5

VIII. Artículos citados en las condiciones generales

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

Art. 276

<p>VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;</p> <p>VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.</p> <p>El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:</p> <p>a) Los intereses moratorios;</p> <p>b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y</p> <p>c) La obligación principal.</p> <p>En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.</p> <p>Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y</p> <p>IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.</p> <p>En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.</p>	<p>Art. 276</p>
<p>En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.</p> <p>En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.</p>	<p>Art. 277</p>

<p>Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.</p> <p>Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.</p> <p>La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.</p>	Art. 277
Ley Sobre el Contrato de Seguro	
El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.	Art. 8
Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.	Art. 9
Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.	Art. 10
Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.	Art. 25
Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.	Art. 47
El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.	Art. 52
<p>Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:</p> <p>I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;</p> <p>II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.</p>	Art. 53
Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.	Art. 54

Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.	Art. 67
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.	Art. 70
El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.	Art. 71
Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Art. 81
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.	Art. 82
Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros	
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.	Art. 50 bis

<p>La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.</p> <p>Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.</p> <p>Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.</p>	Art. 50 bis
<p>Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.</p> <p>La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.</p>	Art. 65
<p>La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:</p> <p>I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.</p> <p>I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.</p> <p>II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;</p> <p>III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;</p> <p>IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.</p> <p>La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.</p> <p>V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.</p>	Art. 68

<p>VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;</p> <p>Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.</p> <p>VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.</p> <p>Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.</p> <p>En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.</p> <p>En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.</p> <p>La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;</p> <p>La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.</p> <p>Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.</p> <p>VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;</p> <p>IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y</p> <p>X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.</p> <p>Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.</p>	<p>Art. 68</p>
---	----------------

<p>En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.</p> <p>En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.</p> <p>El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.</p> <p>XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.</p>	Art. 68
<p>En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.</p>	Art. 70
<p>Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.</p>	Art. 71
<p>En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo, podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión Nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.</p>	Art. 72 Bis
Ley Monetaria	
<p>La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago.</p> <p>Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica.</p> <p>Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor.</p> <p>Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago sólo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.</p>	Art. 8

IX. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de marzo de 2012, con el número CNSF-S0048-0081-2012.



Llámanos sin costo
01 800 911 9999
axa.mx

AI-228 • MARZO 2012

