

# Gastos Médicos

## Condiciones generales Gastos Médicos Mayores Plus



reinventando / los seguros





# Condiciones Generales

## Índice

|   | Página   |
|---|----------|
| <b>I. Definiciones</b>                            | <b>7</b> |
| 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       |



|  | <b>Página</b> |
|--|---------------|
| 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            |
| <b>II. Objeto del seguro</b>   | <b>12</b>     |
| <b>III. Gastos Médicos Mayores cubiertos</b>                                       | <b>12</b>     |
| 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<br>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            |

# Condiciones generales

|  | 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<br>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        |
| <b>IV. Gastos Médicos Mayores no cubiertos</b>               | <b>21</b> |
| <b>V. Cláusulas generales</b>                                | <b>22</b> |
| 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        |





|   | <b>Página</b> |
|---|---------------|
| 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            |
| <b>VI. Coberturas adicionales con costo para</b>                            |               |
| <b>Pólizas individuales / familiares</b>                                    | <b>32</b>     |
| 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)<br>(servicio de asistencia con costo) | 58            |
| <b>VII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos</b>                            | <b>60</b>     |
| <b>VIII. Artículos citados en las condiciones generales</b>                 | <b>111</b>    |
| <b>IX. Registro</b>   | <b>119</b>    |

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.



reinventando / los seguros

## **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. Diagnostic 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 médicaamente 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 nutrientes, 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 al 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 cubierta.**

**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 médica mente 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 valuarán 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 médicalemente 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 médicalemente 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 médicalemente 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 substancias 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 médicaamente 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 médicaamente 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:**

| <b>Descripción del procedimiento</b>         | <b>Limitación o garantías por procedimiento</b>               |
|--|---|
| 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, fistulas 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 terapeúticos 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 períodos 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 Período 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 períodos 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 omite 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:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato de Seguro.
- b) 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.
- c) El Deducible, Coaseguro así como sus límites citados en el Contrato de Seguro se aplicarán para cada Enfermedad o Accidente cubierto.
- d) 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:

- a) El servicio médico se hubiere proporcionado por prestadores que no tengan firmado con la Compañía un Convenio para Pago Directo.
- b) 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**

- a) 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 |
| 270                           | Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado<br>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<br>Aplica Deducible contratado | Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado<br>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<br>Aplica Deducible contratado | Aumento de 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado<br>Aplica Deducible contratado | Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado<br>Aplica Deducible contratado | Aplican Coaseguro y Deducible contratados  | Aplican Coaseguro y Deducible contratados |
| 45                            | Aumento de 60 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado<br>Aplica Deducible contratado | Aumento de 50 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado<br>Aplica Deducible contratado | Aumento de 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado<br>Aplica Deducible contratado | Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado<br>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   |
|-------------------------------|--|
|                               |  |
| 360                           | 180  |
| 270                           | Aplica Coaseguro y Deducible contratados.  |
| 180                           |  |
| 90                            | Aumento de 15 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado.<br>Aplica Deducible contratado. |
| 45                            | Aumento de 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado.<br>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 Imunodeficiencia 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 angioplastía 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 necesite 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, recomiendan 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, recomiendan 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

Deductible y Coaseguro. Invariablemente se aplicarán tanto por Accidente como por Enfermedad y su monto se estipula en la carátula de la Póliza. El Deductible 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 períodos 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:

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

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 cubierta 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, recomiendan 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.

Deductible 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 imposibilite 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 perdida 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 cardiaca, de trastornos graves de ritmo o la conducción, asociados a cambios electrocardiográficos típicos y aumento de las enzimas cardiacas 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 falleciera 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 % |
|---------------------------------------|--|----------|
| <b>Abdomen</b>                        |  |          |
| 22900                                 | Excisión de tumor de pared abdominal, subfacial (ej. fibroma duro).  | 17.1     |
| <b>Abdomen (peritoneo)</b>            |  |          |
| 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     |
| <b>Amputación de muslo</b>            |  |          |
| 27590                                 | Amputación de muslo, cualquier nivel.  | 54.3     |
| 27598                                 | Desarticulación de rodilla.  | 54.3     |
| <b>Amputación de manos y dedos</b>    |  |          |
| 26951                                 | Amputación de dedo o pulgar (cada dedo), incluye neurectomías.   | 28.0     |
| <b>Amputación de pie</b>              |  |          |
| 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     |
| <b>Amputación de pierna y tobillo</b> |  |          |
| 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     |
| <b>Ano</b>                            |  |          |
| 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 isquierdorectal y/o perirectal.  | 13.2     |
| 46050                                 | Incisión y drenaje de absceso perianal.  | 6.1      |
| 46060                                 | Incisión y drenaje de absceso isquierdorectal o intramural, con fistulectomía o fisulotomía submuscular.                     | 27.5     |
| 46200                                 | Fisurectomía con o sin esfinterectomía.  | 23.9     |
| 46210                                 | Cripectomía.   | 10.6     |
| 46220                                 | Papilectomía o excisión de pólipos fibrocutáneos de ano.   | 10.6     |
| 46221                                 | Hemorroidectomía por ligadura simple.  | 35.1     |
| 46250                                 | Hemorroidectomía externa. Excisión de múltiples apéndices y/o papilas  |          |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|------------|--|-----------------|
|            | 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 fistula anal subcutánea (fistulectomía/fistulotomía).  | 35.1            |
| 46275      | Tratamiento quirúrgico de fistula anal submuscular.  | 35.1            |
| 46320      | Excisión de hemorroide externa trombótica.   | 35.1            |
| 46700      | Anoplastia.  | 92.9            |
| 46715      | Corrección de ano imperforado bajo con fistula ano perineal.   | 92.9            |
| 46730      | Corrección de ano imperforado alto sin fistula, abordaje perineal o sacroperineal.   | 92.9            |
| 46750      | Esfinteroplastia anal por incontinencia o prolapo 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.<br>(p. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética). | 5.9             |
| 46916      | Destrucción de lesión(es) de ano por criocirugía.<br>(p. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética).           | 5.8             |
| 46917      | Destrucción de lesión(es) de ano por cirugía láser.<br>(p. ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética).         | 13.1            |
| 46922      | Destrucción de lesión(es) de ano por excisión.<br>(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<br>(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 cartílago triangular.                        | 37.2 |
| 25110 | Excisión para liberación de tendón de antebrazo y/o muñeca.  | 18.2 |
| 25111 | Excisión de ganglion 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 |



| <b>CPT</b>                         | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|------------------------------------|--|-----------------|
| 44970                              | Apendicectomía por laparoscopia.   | 60.9            |
| <b>Arterias coronarias</b>         |  |                 |
| 33500                              | Corrección de fistula arteriovenosa coronaria con derivación cardiopulmonar.   | 112.3           |
| 33501                              | Corrección de fistula arteriovenosa coronaria sin derivación cardiopulmonar.   | 100.7           |
| 33502                              | Corrección de anomalidades de la arteria coronaria mediante ligadura.  | 100.7           |
| 33503                              | Corrección de anomalidades de la arteria coronaria mediante injerto, sin derivación cardiopulmonar.  | 100.7           |
| 33504                              | Corrección de anomalidades de la arteria coronaria mediante injerto, con derivación cardiopulmonar.  | 127.9           |
| 33505                              | Corrección de anomalidades de la arteria coronaria con construcción de túnel arterial intrapulmonar (procedimiento Takeuchi).                            | 136.9           |
| 33506                              | Corrección de anomalidades de la arteria coronaria mediante traslocación desde la arteria pulmonar a la aorta.   | 136.9           |
| 33510                              | Revacularización (bypass) coronaria con Injerto venoso único.  | 198.0           |
| 33517                              | Revacularización (bypass) coronaria con Injerto combinado único.   | 198.2           |
| 33533                              | Revacularización (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                              | Catererismo 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 cardíacas congénitas.  | 48.8            |
| 93532                              | Cateterismo cardiaco de corazón derecho y transeptal de corazón izquierdo con o sin cateterización retrograda para dx de anomalías cardíacas 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 arrítmico (estudio electrofisiológico y ablación con catéter).   | 117.3           |
| <b>Artrodesis de manos y dedos</b> |  |                 |
| 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            |

| <b>CPT</b>                         | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|------------------------------------|---|-----------------|
| 26860                              | Artrodesis de articulación interfalángica con o sin material de osteosíntesis.                                | 31.8            |
| <b>Artrodesis de muñeca</b>        |   |                 |
| 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            |
| <b>Artrodesis de pie</b>           |   |                 |
| 28750                              | Artrodesis metatarsofalángica de primer dedo.   | 38.6            |
| 28755                              | Artrodesis interfalángica de primer dedo.   | 34.5            |
| <b>Artroscopia</b>                 |   |                 |
| 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            |
| <b>Atención prenatal y cesárea</b> |   |                 |
| 59100                              | Histerotomía abdominal (p. ej. por mola hidatiforme y aborto).  | 66.0            |
| 59120                              | Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico con salpingectomía y/u oforectomía 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            |



| <b>CPT</b>                                      | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|---|---|-----------------|
| 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            |
| <b>Cámara anterior</b>                          |   |                 |
| 65820   | Goniotomía.   | 23.2            |
| 65855   | Trabeculoplastia por láser (una o más sesiones).  | 23.4            |
| 65860   | Lisis de adeherencias en segmento anterior por técnica de láser.  | 19.3            |
| 65865   | Lisis de adeherencias 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            |
| <b>Colocación o extracción en húmero y codo</b> |   |                 |
| 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            |
| <b>Columna vertebral. Artrodesis</b>            |   |                 |
| 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    |
| <b>Cordón espermático</b>                              |   |          |
| 55500  | Excisión de hidrocele de cordón espermático, unilateral.  | 20.5     |
| 55530  | Excisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas debido a varicocele.  | 32.3     |
| <b>Corrección de esófago</b>                           |   |          |
| 43280  | Fundoplastia esofágica por laparoscopia (p. ej. Nissen, Toupet).  | 76.5     |
| 43310  | Esofagoplastia (corrección plástica o reconstrucción) vía torácica, sin corrección de fistula traqueoesofágica.   | 92.9     |
| 43312  | Esofagoplastia (corrección plástica o reconstrucción) vía torácica, con corrección de fistula traqueoesofágica.   | 92.9     |
| 43324  | Fundoplastia esofagogastrica (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 fistula, vía cervical.  | 46.4     |
| 43425  | Cierre de esofagostomía o fistula, 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     |
| <b>Corrección, revisión o reconstrucción de hombro</b> |   |          |
| 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     |
| <b>Cristalino</b>                                      |   |          |
| 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     |
| <b>Cuello (tejidos blandos) y tórax</b>                |   |          |
| 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     |

| <b>CPT</b>              | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|-------------------------|---|-----------------|
| 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            |
| <b>Cuello del útero</b> |   |                 |
| 57500                   | Biopsia de cérvix única o múltiple, o excisión de lesión local con o sin fulguración.   | 5.5             |
| 57505                   | Legrado 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            |
| <b>Cuerpo uterino</b>   |   |                 |
| 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 multiple, vía vaginal.  | 37.2            |
| 58150                   | Histerectomía total abdominal con o sin salpingooforectomía.  | 79.2            |
| 58152                   | Histerectomía total abdominal con colpouretrrocistopexia (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 colpouretrrocistopexia (tipo Marshall Marchetti-Krantz, Pereyra), con o sin control endoscópico.  | 75.0            |
| 58275                   | Histerectomía vaginal con colpectomía 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            |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|------------|---|-----------------|
| 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 biseción 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 salpingoectomía 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 |

#### **Diáfragma**

|       |   |      |
|-------|---|------|
| 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 | Herniplastia 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 |



| <b>CPT</b>                         | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|------------------------------------|--|-----------------|
| 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            |
| <b>Endoscopia de esófago</b>       |  |                 |
| 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), pólipos(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), pólipos(s) u otras lesiones por técnica de "asa".   | 16.6            |
| 43227                              | Esofagoscopia con control de hemorragia, cualquier método.   | 23.2            |
| 43234                              | Gastroscopia.  | 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 retrograda (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            |
| <b>Endoscopia de laringe</b>       |  |                 |
| 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            |
| <b>Endoscopia de senos nasales</b> |  |                 |
| 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            |

| <b>CPT</b>                  | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|-----------------------------|--|-----------------|
| 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            |
| <b>Endoscopia de vejiga</b> |  |                 |
| 52000                       | Cistoureteroscopia, sin otro procedimiento.  | 7.2             |
| 52204                       | Cistoureteroscopia con biopsia.  | 11.5            |
| 52234                       | Cistoureteroscopia con fulguración (incluye criocirugía o cirugía con láser) y/o resección de tumores de vejiga de .5 a 2 cm.  | 22.0            |
| 52235                       | Cistoureteroscopia con fulguración y/o resección de tumores de vejiga de 2 a 5 cm.   | 29.8            |
| 52250                       | Cistoureteroscopia con inserción de substancia radiactiva, con o sin biopsia o fulguración.  | 16.0            |
| 52270                       | Cistoureteroscopia con uretrotomía interna en mujer.   | 37.2            |
| 52275                       | Cistoureteroscopia con uretrotomía interna en hombre.  | 34.5            |
| 52290                       | Cistoureteroscopia con meatotomía, uni o bilateral.  | 19.1            |
| 52300                       | Cistoureteroscopia con resección o fulguración de ureterocele(s), uni o bilateral.   | 32.5            |
| 52310                       | Cistoureteroscopia con extracción de cuerpo extraño, cálculos, o remoción de catéter dilatador ureteral desde la uretra o vejiga (sin otro procedimiento).   | 21.0            |
| 52320                       | Cistoureteroscopia con extracción de cálculo ureteral (incluye la cateterización ureteral).  | 30.2            |
| 52325                       | Cistoureteroscopia con fragmentación de cálculo ureteral, litotripsia transendoscópica.  | 60.5            |
| 52332                       | Cistoureteroscopia con inserción de un catéter ureteral (p. ej. Gibbons o tipo doble "j").   | 23.9            |
| 52353                       | Cistoureteroscopia con ureteroscopia y/o pieloscopia con litotripsia (incluye cateterización ureteral).  | 52.6            |
| 52400                       | Cistoureteroscopia 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, cistoureteroscopia, calibración y/o dilatación ureteral y uretrotomía interna. | 63.5            |
| 52620                       | Resección transuretral de tejido residual obstrutivo después de 90 días de la intervención quirúrgica.   | 51.4            |
| <b>Epidídimos</b>           |  |                 |
| 54700                       | Incisión y drenaje de epidídimos, testículo y bolsa escrotal (p. ej. absceso o hematoma).  | 19.1            |
| 54800                       | Biopsia de epidídimos con aguja.   | 7.8             |
| 54820                       | Exploración de epidídimos con o sin biopsia.   | 13.3            |
| 54830                       | Excisión de lesión local de epidídimos.  | 21.7            |
| 54840                       | Excisión de espermatocèle con o sin epididimectomía.   | 32.4            |
| 54860                       | Epididimectomía unilateral.  | 31.8            |
| 54861                       | Epididimectomía bilateral.   | 48.4            |
| <b>Escroto</b>              |  |                 |
| 55100                       | Drenaje de absceso en escroto.   | 12.1            |
| 55150                       | Resección de escroto.  | 18.6            |

| CPT                                   | Descripción común   | Factor % |
|---------------------------------------|---|----------|
| 55175                                 | Escrotoplastia.   | 26.4     |
| <b>Estómago</b>                       |   |          |
| 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                                 | Piloroplastia.  | 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 fistula gastrocólica.   | 46.4     |
| <b>Faringe, adenoides y amígdalas</b> |   |          |
| 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   |          |

| <b>CPT</b>                                  | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|---|---|-----------------|
|   | (p. ej. hemorragia postamigdalectomía).   | 29.4            |
| <b>Fémur (muslo) y rodilla</b>              |   |                 |
| 27303                                       | Incisión profunda con apertura de corteza ósea<br>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)<br>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            |
| <b>Férulas</b>                              |   |                 |
| 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             |
| <b>Fractura / luxación de húmero y codo</b> |   |                 |
| 24505                                       | Reducción cerrada de fractura de diáfisis humeral con manipulación,<br>con o sin tracción esquelética.                              | 23.9            |
| 24515                                       | Reducción abierta de fractura de diáfisis de húmero con material de osteosíntesis,<br>con o sin cerclaje.                           | 47.5            |
| 24516                                       | Reducción abierta de fractura de diáfisis humeral con colocación de implante intramedular,<br>con o sin cerclaje y/o tornillos.     | 47.5            |
| 24535                                       | Reducción cerrada de fractura de húmero supracondilea o transcondilea con manipulación,<br>con o sin tracción esquelética.          | 28.0            |
| 24546                                       | Reducción abierta de fractura supracondilea o transcondilea de húmero<br>con o sin material de osteosíntesis.                       | 47.5            |
| 24575                                       | Reducción abierta de fractura epicondilea medial o lateral de húmero<br>con o sin material de osteosíntesis.                        | 47.5            |
| 24579                                       | Reducción abierta de fractura de condilo humeral medial o lateral<br>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<br>(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 pélvano, 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 pélvano anterior con fijación interna, incluye sinfisis 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 |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|------------|---|-----------------|
| 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     |
| <b>Fractura / luxación de pie</b>                               |   |          |
| 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     |
| <b>Fractura / luxación de pierna (tibia y peroné) y tobillo</b> |   |          |
| 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 diafisiario con manipulación.  | 25.2     |
| 27784   | Reducción abierta de fractura de peroné proximal o diafisiario 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 bimaleolar de tobillo sin manipulación, incluyendo fractura de Pott.  | 18.5     |
| 27810   | Reducción cerrada de fractura bimaleolar de tobillo con manipulación.   | 18.5     |
| 27814   | Reducción abierta de fractura bimaleolar 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     |



| <b>CPT</b>                         | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|------------------------------------|--|-----------------|
| 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            |
| <b>Fractura / luxación de cara</b> |  |                 |
| 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            |
| <b>Ganglios y vasos linfáticos</b> |  |                 |
| 38308                              | Linfangiometría 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, hipográstricos y obturadores.   | 77.5            |
| 38790                              | Linfangiografía.   | 15.5            |
| <b>Globo ocular</b>                |  |                 |
| 65091                              | Evisceración del ojo sin implante.   | 27.5            |
| 65093                              | Evisceración del ojo con implante.   | 28.3            |
| 65101                              | Enucleación del ojo sin implante.  | 37.2            |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|------------|--|-----------------|
| 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 subdeltoides (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 | Claviculectomía 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 |



| <b>CPT</b>                  | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|-----------------------------|---|-----------------|
| 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            |
| <b>Húmero y codo</b>        |   |                 |
| 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            |
| <b>Intestinos</b>           |   |                 |
| 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                       | Laparoscopía diagnóstica.   | 27.3            |
| <b>Iris y cuerpo ciliar</b> |   |                 |
| 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            |
| <b>Laringe</b>              |   |                 |
| 31300                       | Laringotomía (tirotomía) con extracción de tumor o laringocele 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      |
| <b>Manos y dedos</b> |   |          |
| 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     |

| <b>CPT</b>                        | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|-----------------------------------|--|-----------------|
| 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            |
| <b>Marcapasos y desfibrilador</b> |  |                 |
| 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           |
| <b>Mediastino</b>                 |  |                 |
| 39010                             | Mediastinotomía con exploración, drenaje, extracción de cuerpo extraño o biopsia, vía torácica.  | 77.5            |
| 39220                             | Excisión de tumor mediastinal.   | 124.0           |
| 39400                             | Mediastinoscopia con o sin biopsia.  | 31.1            |
| <b>Músculos extraoculares</b>     |  |                 |
| 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 espasmótica).                    | 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 |



| <b>CPT</b>                                       | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|--|--|-----------------|
| 64885  | Implante de nervios de la cabeza o cuello (incluye obtención del implante) hasta de 4 cm de longitud.  | 86.6            |
| 64886  | Implante de nervio de la cabeza o cuello (incluye obtención del implante) de más de 4 cm de longitud.  | 93.2            |
| 64890  | Implante de nervio de mano o pie (incluye obtención del implante), hasta de 4 cm de longitud.  | 66.6            |
| 64892  | Implante de nervio de brazo o pierna (incluye obtención del implante), hasta de 4 cm de longitud.  | 66.6            |
| <b>Oído interno</b>                              |  |                 |
| 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 implante.   | 54.3            |
| 69960  | Descompresión de canal auditivo interno.   | 54.3            |
| 69970  | Excisión de tumor de hueso temporal.   | 85.2            |
| <b>Otros procedimientos de segmento anterior</b> |  |                 |
| 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 xenón.  | 10.1            |
| <b>Páncreas</b>                                  |  |                 |
| 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 pancreaticoyeyunostomía.  | 85.2            |
| 48150  | Pancreatectomía proximal subtotal con duodenectomía total, gastrectomía parcial, coledocoenterostomía y gastroyeyunoanastomosis (procedimiento tipo Whipple) con pancreaticoyeyunoanastomosis.       | 118.4           |
| 48152  | Pancreatectomía proximal sin pancreaticoyeyunoanastomosis.   | 118.4           |
| 48153  | Pancreatectomía proximal subtotal con duodenectomía, coledocoenteroanastomosis y duodenoyeyunoanastomosis (procedimiento tipo Whipple con conservación del piloro) con pancreaticoyeyunoanastomosis. | 118.4           |
| 48155  | Pancreatectomía total.   | 118.4           |
| 48510  | Drenaje de pseudoquiste de páncreas.   | 43.2            |
| <b>Párpados</b>                                  |  |                 |
| 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 chalazón) 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 |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|------------|---|-----------------|
| 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      | Metatarssectomía.   | 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 subfacial 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     |
| <b>Procedimientos postinfarto</b> |   |          |
| 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 tricúspide) 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 tricúspide, 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    |
| <b>Procedimientos vasculares</b>  |   |          |
| 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, fistula 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                             | Onfaloclisis.   | 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 fistula 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     |



| <b>CPT</b>   | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|--|--|-----------------|
| 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            |
| <b>Próstata</b>  |  |                 |
| 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 suprapública, uno o dos estadios, incluye control de sangrado postoperatorio, vasectomía, meatotomía, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna. | 63.1            |
| 55840  | Prostatectomía radical retropública con o sin conservación del nervio.   | 63.1            |
| 55842  | Prostatectomía radical retropública con toma de biopsia de nódulo linfático (linfadenectomía pélvica limitada).  | 69.3            |
| 55845  | Prostatectomía radical retropública con linfadenectomía pélvica bilateral, incluyendo ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadoradores.                                      | 88.0            |
| <b>Quemaduras, tratamiento local</b>                               |  |                 |
| 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            |
| <b>Recto</b>   |  |                 |
| 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 suprarelevador, 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            |
| <b>Reparación, revisión y reconstrucción de antebrazo y muñeca</b> |  |                 |
| 25260  | Reparación de tendón o músculo flexor, antebrazo y/o muñeca.   | 25.9            |

| <b>CPT</b>  | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|---|--|-----------------|
| 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            |
| <b>Reparación, revisión y reconstrucción de pie</b>                               |  |                 |
| 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 metatarsofalángica 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            |
| <b>Reparación, revisión y reconstrucción de pierna (tibia y peroné) y tobillo</b> |  |                 |
| 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            |
| <b>Reparación, revisión y reconstrucción</b>                                      |  |                 |
| 27097   | Liberación o resección de tendones de la corva proximal (p. ej. del hueco popliteo).                                       | 26.3            |
| 27098   | Transferencia del aductor a isquión.   | 38.6            |
| 27100   | Transferencia del músculo oblicuo externo a trocánter mayor, incluyendo la extensión                                       |                 |



| <b>CPT</b>  | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|---|---|-----------------|
|   | de fascia o tendón.   | 59.1            |
| 27120   | Acetabuloplastia (p. ej. tipo Whitman, Colonna, Haygroves).   | 121.9           |
| 27122   | Resección de cabeza femoral.  | 99.7            |
| 27125   | Hemiarthroplastia de cadera (p. ej. tallo femoral protésico, arthroplastia 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            |
| <b>Reparación, revisión y reconstrucción de fémur (muslo) y rodilla</b> |   |                 |
| 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 hueco 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, diafisiaria o supracondilea, sin fijación.   | 42.3            |
| 27450   | Osteotomía de fémur, diafisiaria o supracondilea, con fijación.   | 42.3            |
| <b>Retina</b>   |   |                 |
| 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 desprendimiento 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            |
| <b>Segmento anterior / córnea</b>                                       |   |                 |
| 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            |

| <b>CPT</b>              | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|-------------------------|--|-----------------|
| 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                   | Epiqueratofaquia.  | 47.7            |
| 65771                   | Queratotomía radiada.  | 33.9            |
| <b>Sistema auditivo</b> |  |                 |
| 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, aticotomy 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, aticotomy, cirugía de oído medio) sin reconstrucción de huesecillos.            | 58.7            |
| 69636                   | Timpanoplastia con antrotomía (incluyendo plastia del canal auditivo, aticotomy, 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                   | Estapediectomía con restablecimiento de continuidad de huesecillos propios del oído, con o sin uso de material extraño.  | 63.2            |
| 69666                   | Corrección de fistula de ventana oval.   | 38.6            |
| 69667                   | Corrección de fistula 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            |



| <b>CPT</b>                    | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|-------------------------------|---|-----------------|
| <b>Sistema cardiovascular</b> |   |                 |
| 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           |
| <b>Sistema digestivo</b>      |   |                 |
| 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, térmicos, 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 fistula 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            |
| <b>Sistema endocrino</b>      |   |                 |
| 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            |

| <b>CPT</b>                       | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|----------------------------------|--|-----------------|
| 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            |
| <b>Sistema genital femenino</b>  |  |                 |
| 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            |
| <b>Sistema genital masculino</b> |  |                 |
| 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            |
| <b>Sistema lagrimal</b>          |  |                 |
| 68400                            | Incisión para drenaje de glándula lagrimal.  | 6.4             |
| 68420                            | Incisión para drenaje de saco lagrimal (daciocistotomía).  | 4.6             |
| 68500                            | Excisión de glándula lagrimal (dacioadenectomía), excepto por tumor.   | 29.8            |
| 68510                            | Biopsia de glándula lagrimal.  | 8.0             |
| 68520                            | Excisión de saco lagrimal (daciocistectomía).  | 24.2            |
| 68525                            | Biopsia de saco lagrimal.  | 10.2            |
| 68540                            | Excisión de tumor de glándula lagrimal.  | 24.2            |
| 68720                            | Daciocistorrinostomía (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 fistula 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             |



| <b>CPT</b>                        | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|-----------------------------------|--|-----------------|
| 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 fluoresceina, con interpretación e informe.  | 2.5             |
| 92235                             | Angiografía con fluoresceina, 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             |
| <b>Sistema musculoesquelético</b> |  |                 |
| 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 olécreanon). | 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            |
| <b>Sistema nervioso</b>           |  |                 |
| 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           |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|------------|--|-----------------|
| 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 médica.  | 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 craneostenosis (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 fistula en duramadre (fosa anterior, media o posterior), con injerto libre.   | 66.9            |
| 61624      | Oclusión o embolización, transcatéter 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 carotidea.   | 133.6           |
| 61702      | Cirugía de aneurisma de la circulación vertebrobasilar.  | 121.2           |
| 61705      | Cirugía de aneurisma, malformación vascular o fistula carotideocavernoso, mediante oclusión cervical e intracraneal de arteria carótida.   | 131.9           |
| 61710      | Cirugía para aneurisma, malformación vascular o fistula carotideocavernosa 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            |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|------------|---|-----------------|
| 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 fistula (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 discoidectomía (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 médular), 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 médular), un solo segmento vertebral.     | 119.8           |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|------------|---|-----------------|
| 63081      | Corpectomía vertebral parcial o completa vía anterior con descompresión de cordón médula 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 médica que no sea neoplásica, extradural, en región de columna cervical.  | 112.1           |
| 63266      | Laminectomía para evacuación o excisión de lesión médica que no sea neoplásica, extradural, en región de columna torácica.  | 112.1           |
| 63267      | Laminectomía para evacuación o excisión de lesión médica 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 |



| <b>CPT</b>                  | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|-----------------------------|--|-----------------|
| 30545                       | Corrección de atresia de coana por vía transpalatina.  | 44.7            |
| 30560                       | Lisis de sinequía 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,<br>(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            |
| <b>Sistema tegumentario</b> |  |                 |
| 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 fibrocutáneos, cualquier zona, hasta 15 lesiones, cualquier método (corte, cauterización química o eléctrica).   | 3.9             |
| 11201                       | Extirpación de verrugas blandas, varios pólipos fibrocutáneos, 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             |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|------------|--|-----------------|
| 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            |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|------------|--|-----------------|
| 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 dehincencia 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 dehincencia amplia o complicada.  | 9.6             |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|------------|---|-----------------|
| 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      | Inseto único o múltiple para úlceras pequeñas, puntas de dedos u otra área mínima (excepto cara), hasta 2.0 cm de diámetro.   | 16.4            |
| 15100      | Inseto en tronco, brazos y piernas, excepto área mínima, hasta 100 cm cuadrados o 1% de área corporal de lactantes y niños.   | 32.8            |
| 15200      | Inseto de espesor total libre en tronco, incluyendo cierre directo de zona donante, hasta de 20 cm cuadrados.   | 29.4            |
| 15240      | Inseto 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      | Inseto 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      | Inseto libre de fascia para parálisis del nervio facial, incluyendo obtención de fascia.  | 82.0            |
| 15841      | Inseto 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  |



| <b>CPT</b>                               | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|--|--|-----------------|
| 50520                                    | Cierre de fistula 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             |
| <b>Transección o avulsión de nervios</b> |  |                 |
| 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 cervicotóraxica.   | 69.8            |
| 64809                                    | Simpatectomía toracolumbar.  | 69.8            |
| 64818                                    | Simpatectomía lumbar.  | 53.3            |
| <b>Uréter</b>                            |  |                 |
| 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 fistula ureterocutánea.  | 40.2            |
| 50930                                    | Cierre de fistula 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            |
| <b>Uretra</b>                            |  |                 |
| 53000                                    | Uretrotomía o uretrostomía 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            |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|------------|---|-----------------|
| 53260      | Resección o fulguración de pólipos 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 cístocele 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 sacroespinal, 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 fistula rectovaginal por vía vaginal o transanal.                       | 44.0  |
| 57305 | Cierre de fistula rectovaginal por vía abdominal.                                 | 53.9  |
| 57307 | Cierre de fistula rectovaginal por vía abdominal con colostomía concomitante.     | 61.3  |
| 57310 | Cierre de fistula uretrovaginal.  | 46.4  |
| 57320 | Cierre de fistula vesicovaginal por vía vaginal.                                  | 46.4  |
| 57330 | Cierre de fistula 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 |



| <b>CPT</b>                 | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|----------------------------|--|-----------------|
| 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           |
| <b>Válvula tricuspídea</b> |  |                 |
| 33460                      | Valvectomía 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           |
| <b>Válvulas cardiacas</b>  |  |                 |
| 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 expensor. | 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           |
| <b>Vejiga</b>              |  |                 |
| 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                      | Vesicouretropexia anterior o uretropexia 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 fistula vesicovaginal por vía abdominal.   | 46.4            |
| 51920                      | Cierre de fistula vesicouterina.   | 46.4            |
| 51940                      | Tratamiento para extrofia de vejiga.   | 77.4            |
| 51960                      | Enterocistoplastia, incluyendo anastomosis de intestino.   | 99.7            |

| CPT                     | Descripción común  | Factor % |
|-------------------------|--|----------|
| <b>Venas y arterias</b> |  |          |
| 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 fistula arteriovenosa adquirida o traumática en abdomen.   | 92.9     |
| 35190                   | Corrección de fistula 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 aorta 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     |
| <b>Vías biliares</b>    |  |          |
| 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     |



| <b>CPT</b>                         | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|------------------------------------|--|-----------------|
| 47720                              | Colecistoenteroanastomosis.  | 64.5            |
| 47760                              | Derivaciones biliointestinales.  | 51.6            |
| 47800                              | Reconstrucción de vías biliares extrahepáticas con anastomosis término terminal.                               | 54.4            |
| <b>Vítreo</b>                      |  |                 |
| 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 adeherencias de vítreo, láminas, membranas u opacidades por cirugía con láser (una o más sesiones). | 49.9            |
| 67039                              | Vitrectomía con fotocoagulación focal endoláser.   | 67.6            |
| <b>Vulva, periné e introito</b>    |  |                 |
| 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                              | Vulvectomía parcial.   | 24.7            |
| 56625                              | Vulvectomía completa.  | 24.8            |
| 56631                              | Vulvectomía radical (parcial) con linfadenectomía inguinofemoral unilateral.                                   | 49.5            |
| 56632                              | Vulvectomía radical (parcial) con linfadenectomía inguinofemoral bilateral.                                    | 81.6            |
| 56633                              | Vulvectomía radical completa.  | 60.2            |
| 56634                              | Vulvectomía radical completa con linfadenectomía inguinofemoral unilateral.                                    | 75.1            |
| 56637                              | Vulvectomía radical completa con linfadenectomía inguinofemoral bilateral.                                     | 81.6            |
| 56640                              | Vulvectomía 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            |
| <b>Yesos en miembros pélvicos</b>  |  |                 |
| 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             |
| <b>Yesos en miembros torácicos</b> |  |                 |
| 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             |
| <b>Reparación de hernias</b>       |  |                 |
| 49495                              | Herniplastia inguinal inicial (reductible) en menores de 6 meses con o sin hidrocelectomía.                    | 46.4            |
| 49496                              | Herniplastia inguinal inicial (estrangulada) en menores de 6 meses con o sin hidrocelectomía.                  | 46.4            |
| 49500                              | Herniplastia inguinal inicial (reductible) en niños de 6 meses a 5 años de edad, con o sin hidrocelectomía.    | 46.4            |
| 49501                              | Herniplastia inguinal inicial (encarcelada) en niños de 6 meses a 5 años de edad con o sin hidrocelectomía.    | 46.4            |
| 49505                              | Herniplastia inguinal inicial (reductible) en mayores de 5 años de edad.                                       | 46.4            |
| 49507                              | Herniplastia inguinal inicial (estrangulada) en mayores de 5 años de edad.                                     | 51.1            |
| 49520                              | Herniplastia de hernia inguinal recurrente reductible en cualquier edad.                                       | 46.4            |

| <b>CPT</b>  | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|---|--|-----------------|
| 49550   | Herniplastia femoral inicial (reductible) en cualquier edad.   | 45.3            |
| 49560   | Herniplastia incisional o ventral inicial (reductible).  | 52.1            |
| 49580   | Herniplastia umbilical (reductible) en menores de 5 años.  | 45.3            |
| 49582   | Herniplastia umbilical (estrangulada) en menores de 5 años.  | 46.4            |
| 49585   | Herniplastia umbilical (reductible) en mayores de 5 años.  | 49.8            |
| 49587   | Herniplastia umbilical (estrangulada) en mayores de 5 años.  | 49.8            |
| 49600   | Corrección de onfalocele pequeño con cierre primario.  | 42.3            |
| 49650   | Herniplastia inguinal por laparoscopia.  | 46.4            |
| <b>Testículo</b>  |  |                 |
| 54500   | Biopsia de testículo con aguja.  | 5.8             |
| 54505   | Biopsia incisional de testículo.   | 8.1             |
| 54520   | Orquitectomía con o sin prótesis testicular por vía escrotal o inguinal.   | 28.9            |
| 54530   | Orquitectomía radical por tumor, vía inguinal.   | 47.0            |
| 54535   | Orquitectomía 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 herniplastia.  | 47.4            |
| 54650   | Orquidopexia por vía abdominal para testículos intraabdominales.   | 43.4            |
| 54660   | Inserción de prótesis testicular.  | 30.1            |
| <b>Correcciones</b>   |  |                 |
| 49605   | Corrección de gastosquisis u onfalocele grande con o sin prótesis.   | 64.3            |
| 49900   | Sutura secundaria de pared abdominal por evisceración o dehiscencia.   | 29.0            |
| <b>Cráneo: huesos faciales y articulación temporomandibular</b> |  |                 |
| 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 nasoetmoidal 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            |
| <b>Derivaciones</b>   |  |                 |
| 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           |

| <b>CPT</b>   | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|--|--|-----------------|
| 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           |
| <b>Destrucción de lesiones</b>                     |  |                 |
| 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            |
| <b>Endoscopia del intestino delgado y estómago</b> |  |                 |
| 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), pólipos(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 alla 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     |
| <b>Endoscopia, proctosigmoidoscopia, sigmoidoscopia y colonoscopia</b> |   |          |
| 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, pólipos 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), pólipos(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), pólipos(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 fistula rectovesical.   | 60.6     |
| 45820  | Cierre de fistula rectouretral.   | 60.6     |
| 45900  | Reducción de prollapso rectal (manipulación bajo anestesia).  | 37.9     |
| <b>Intestino</b>   |   |          |
| 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 fistula cutaneointestinal.  | 54.2     |
| 44650  | Cierre de fistula enteroentérica o enterocólica.  | 54.2     |
| 44660  | Cierre de fistula enterovesical sin resección de intestino o vejiga.  | 54.2     |
| 44661  | Cierre de fistula enterovesical con resección de intestino y/o vejiga.  | 92.9     |
| 44800  | Resección de divertículo de Meckel (diverticulectomía) o del conducto onfalomesentérico.  | 52.2     |
| <b>Mama</b>  |   |          |
| 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     |

| <b>CPT</b> | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|------------|---|-----------------|
| 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 fistula 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 linfadenectomía 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 mamarios 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 transverso 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 |

| <b>CPT</b>                            | <b>Descripción común</b>  | <b>Factor %</b> |
|---------------------------------------|---|-----------------|
| <b>Procedimientos diagnósticos</b>    |   |                 |
| 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             |
| <b>Pruebas de función audiológica</b> |   |                 |
| 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             |
| <b>Tráquea, bronquios y pulmones</b>  |   |                 |
| 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 fluoroscopio 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 sellado 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            |

| <b>CPT</b>                          | <b>Descripción común</b>   | <b>Factor %</b> |
|-------------------------------------|--|-----------------|
| 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 fistula broncopleural.                                     | 77.5            |
| <b>Túnica vaginal del testículo</b> |  |                 |
| 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;

Art. 276

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;

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;

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.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

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.

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

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 impondrá una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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.

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.

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.

Art. 276

Art. 277

|   |          |
|---|----------|
| <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 |
| <b>Ley Sobre el Contrato de Seguro</b>  |          |
| <p>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.</p>  | Art. 8   |
| <p>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.</p>   | Art. 9   |
| <p>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.</p>  | Art. 10  |
| <p>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.</p>  | Art. 25  |
| <p>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.</p>  | Art. 47  |
| <p>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.</p>   | Art. 52  |
| <p>Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>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.</li> </ul>  |          |
| <p>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.</p>  | 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.   | Art. 71     |
| 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.  |             |
| Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:<br>I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.<br>II.- En dos años, en los demás casos.<br>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.<br>Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.  | Art. 82     |
| <b>Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros</b>  |             |
| 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:<br>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;<br>II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;<br>III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;<br>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<br>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> | Art. 68 |
|---|---------|

|  |             |
|--|-------------|
| <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>   | Art. 68     |
| <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>   |             |
| <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 |
| <b>Ley Monetaria</b>   |             |
| <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>   | Art. 8      |
| <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> |             |

---

## **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

AXA Seguros, S.A. de C.V. Félix Cuevas 366, Piso 6,  
Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, México, D.F.  
Tels. 5169 1000 • 01 800 900 1292 • axa.mx

**reinventando / los seguros**

