



I. Disposiciones generales

DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO

ORDEN de 18 de diciembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se modifica parcialmente el Anexo I de la Orden de 27 de abril de 2007, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios

Mediante Orden de 27 de abril de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, se procedió a regular la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios.

En la Disposición Adicional de la citada Orden se aprueba el Anexo I que contiene la relación de procedimientos y servicios susceptibles de ser concertados con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón, las modalidades de prestación sanitaria, los servicios incluidos, así como las tarifas máximas por las que pueden ser concertados, el cual podrá ser modificado por la supresión de prestaciones, modificación o ampliación de servicios y la inclusión de nuevas exigencias técnico asistenciales, así como la revisión de las correspondientes tarifas.

A su vez, mediante Orden de 14 de mayo de 2008 del Departamento de Salud y Consumo se modificó el Anexo I de la mencionada Orden de 27 de abril de 2007.

En la actualidad se ha comprobado la necesidad de modificar parcialmente el citado Anexo I de la Orden, con el fin de adaptarlo a los nuevos procedimientos y a las nuevas técnicas asistenciales existentes, así como a la revisión de las correspondientes tarifas, de cara a que los concertos que efectuó el Departamento se encuentren adaptados a los procedimientos y tarifas existentes actualmente en el mercado.

Por otra parte, queda pendiente la modificación de los procedimientos relativos a los servicios de salud mental y de atención a las drogodependencias, los cuales serán objeto de una revisión posterior.

Por todo ello, y en base a las competencias que tiene atribuidas este Departamento, dispongo:

Primero.—Aprobar la modificación parcial del Anexo I de la Orden del Departamento de Salud y Consumo de 27 de abril de 2007 por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios, modificado por Orden de 14 de mayo de 2008, y que afecta a los apartados 1, 2, 3, 4, 7 y 8, de dicha Orden, relativos a procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos, atención a crónicos dependientes, atención bucodental infantil y actividad asistencial.

Segundo.—No modificar los apartados 5 y 6 del Anexo I de la Orden del Departamento de Salud y Consumo de 27 de abril de 2007, modificado por Orden de 14 de mayo de 2008, relativos a servicios de salud mental y de atención a drogodependencias, los cuales permanecerán en vigor en tanto en cuanto no se modifiquen.

Disposición final única.—La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial de Aragón».

Zaragoza, 18 de diciembre de 2008.

**La Consejera de Salud y Consumo,
LUISA MARÍA NOENO CEAMANOS**

ANEXO I

PROCEDIMIENTOS, MODALIDADES Y TARIFAS PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE:

1. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:

1.1 CIRUGÍA GENERAL Y OTROS:

- Otorrinolaringología
- Cirugía General y Digestiva
- Cirugía Bariátrica
- Cirugía Plástica
- Cirugía Urológica
- Obstetricia y Ginecología
- Oftalmología
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía de Reasignación de Sexo

1.2 TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

1.3 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

- Cardiovascular
- Cirugía cardiaca

1.4 NEUROCIRUGÍA

1.5 SERVICIOS INCLUIDOS EN TARIFAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

2. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:

2.1 DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

2.2 MEDICINA NUCLEAR

2.3 NEUROFISIOLOGÍA

2.4 PRUEBAS FUNCIONALES

2.5 ANATOMÍA PATOLÓGICA

2.6 ESTUDIOS GENÉTICOS

2.7 PRUEBAS ALÉRGICAS

2.8 ENDOSCOPIA

2.9 ECOENDOSCOPIA

2.10 PRUEBAS ANALÍTICAS

2.11 SERVICIOS INCLUIDOS EN TARIFAS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**3. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS****3.1 HEMODINÁMICA CARDIACA TERAPÉUTICA Y ANGIOPLASTIAS.****3.2 RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA.****3.3 RADIOTERAPIA.**

3.3.1. Radioterapia convencional y radioterapia externa conformada en 3 dimensiones (3D).

3.3.2. Braquiterapia.

3.4 MEDICINA NUCLEAR.**3.5 LITOTRIZIA RENAL EXTRACORPÓREA.****3.6 TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS FARMACOLÓGICOS.****3.7 HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL**

3.7.1. Hemodiálisis por sesión.

3.7.2. Diálisis peritoneal domiciliaria, por día.

3.7.3. Suplementos de diálisis.

3.7.4. Suplemento de material fungible y fijo.

3.8 TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y DEL SUEÑO.

3.8.1. Tratamiento domiciliario del síndrome de apnea del sueño e insuficiencias respiratorias.

3.8.2. Oxigenoterapia a domicilio.

3.8.3. Aerosolterapia y ventiloterapia.

3.9 TRATAMIENTO DOMICILIARIO CON ANTICOAGULANTES ORALES**3.10 TRATAMIENTO CON CÁMARA HIPERBÁRICA.****3.11 TRATAMIENTOS VÍA ENDOSCÓPICA.**

3.11.1. Técnicas endoscópicas de menor complejidad.

3.11.2. Técnicas endoscópicas de mayor complejidad.

3.12 TRATAMIENTOS CON LÁSER.**3.13 REHABILITACIÓN.**

3.13.1. Rehabilitación Ambulatoria.

3.13.2. Rehabilitación domiciliaria

3.13.3. Foniatría y logopedia.

3.13.4. Rehabilitación para parálisis cerebrales.

4. ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES

-
- 4.1. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA DE PACIENTES EN FASE AGUDA
 - 4.2. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA CON REHABILITACIÓN
 - 4.3. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA SIN REHABILITACIÓN
 - 4.4. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA CUIDADOS PALIATIVOS
 - 4.5. HOSPITAL DE DÍA EN HOSPITAL DE CONVALECENCIA
 - 4.6. EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
7. ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL
- 7.1. ASISTENCIA DENTAL BÁSICA
 - 7.1.1 Niños/jóvenes que acuden regularmente a las revisiones
 - 7.1.2 Niños/jóvenes que no acuden regularmente a las revisiones
 - 7.2. ASISTENCIA DENTAL ESPECIAL
 - 7.2.1 Tratamiento de niños/jóvenes por traumatismos y malformaciones del grupo dental anterior y posterior permanente
 - 7.2.2 Tratamientos protésicos por caries de piezas permanentes en niños/jóvenes con enfermedades sistémicas que afecten gravemente al estado de salud bucodental.
 - 7.3. ASISTENCIA QUIRÚRGICA
 - 7.3.1 Asistencia dental de niños con hospitalización.
8. ACTIVIDAD ASISTENCIAL
- 8.1. HOSPITALIZACIÓN
 - 8.2. URGENCIAS NO INGRESADAS
 - 8.3. CONSULTAS EXTERNAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
 - 8.4. CIRUGÍA MAYOR Y MENOR AMBULATORIA

1. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

1.1 CIRUGÍA GENERAL Y OTROS

Grupo	Diagnósticos. CIE-9-MC		P.CIE 9	Procedimientos	Modalidades y Tarifas máximas		
	Código	Descripción			Código	Descripción	Hosp.
01 OTR	OTORRINOLARINGOLOGÍA						
01 OTR	387.9	Otoesclerosis	19.1	Estapedectomía		704,65	
01 OTR	384.2	Perforación timpánica	19.4	Miringoplastia		369,64	
			19.5	Otra Timpanoplastia		626,44	
01 OTR	384.2 + 470	Perforación timpánica más desviación tabique nasal	21.8 +19.4	Miringoplastia + septoplastia		695,53	
01 OTR	382	Otitis media no especificada	20.01	Miringotomía con inserción de tubo		424,87	113,23
01 OTR	471	Pólipo Nasal	21.31	Polipectomía nasal con estudio anatomopatológico.		569,46	212,28
			21.31	Cirugía endoscópica nasosinusal con estudio anatomopatológico		838,35	
01 OTR	470	Tabique nasal desviado	21.8	Septoplastia		578,47	
			21.87	Rinoplastia		522,03	
			21.88	Rinoseptoplastia		890,10	
01 OTR	470 + 786.09	Tabique nasal desviado	21.8 + 21.6	Septoplastia más turbinectomía		718,32	
01 OTR	780.57	Apnea del sueño y roncopatía	27.69	Otra reparación plástica del paladar (uvuloplastia)		508,35	
01 OTR	474	Enfermedad crónica de amígdalas y adenoides	28.2	Amigdalectomía sin Adenoidectomía		369,63	
			28.3	Amigdalectomía con Adenoidectomía		383,40	
			28.6	Adenoidectomía sin Amigdalectomía		368,63	
			20.01	Miringotomía con inserción de tubo		424,87	113,23
01 OTR	478.6	Edema de Reinke	30.09	Escisión de cuerda vocal	704,32		
01 OTR	478.4	Pólipo cuerda vocal	30.09	Escisión de cuerda vocal	704,32		
01 OTR	161.0 a 161.9 y 231.0 ó 235.6	Neoplasia de laringe	30.09	Otra escisión o destrucción de lesión o tejido de laringe	776,66		
			30.09	Otra escisión o destrucción de lesión o tejido de laringe con técnica láser y estudio anatomopatológico		2.587,50	
			30.3	Laringuectomía total	3.388,51		
			30.4	Laringuectomía radical	4.066,21		
02 CG	CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA						
02CG	214	Lipoma	86.3	Escisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico			222,65

02CG	706.2	Quiste sebáceo	86.3	Escisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico			222,65
02CG	216	Neoplasia benigna de piel/dermatofibroma	86.3	Escisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico			222,65
02CG	703	Enf. de la uña (incluye uña incarnata)	80.23	Extracción de uña, lecho de uña o pliegue			155,25
02CG	240a 242	Patología Tiroidea	06.2	Lobectomía tiroidea unilateral	1.464,89		
			06.3	Otra tiroidectomía parcial	1.464,89		
			06.4	Tiroidectomía total	1.830,56		
02CG	252	Patología de la glándula paratiroidea	06.81	Paratiroidectomía total	2.247,97		
			06.89	Otra paratiroidectomía	1.464,89		
02CG	553.3	Hernia diafragmática	44.66	Otros procedimientos para la creación de competencia esfinteriana esofagogástrica (funduplicatura y cardioplastia)	2.050,62		
			53.7	Reparación de hernia diafragmática, acceso abdominal	2.050,62		
			53.7	Reparación de hernia diafragmática, acceso abdominal (laparoscópica)	2.178,72		
02CG	153 ó 154	Neoplasia de colon y recto	45.7	Escisión parcial de intestino grueso (Hemicolectomía dcha., izda., resección de colon transverso, sigmoidectomía, y otras)	3.115,77		
			48.5	Refección de recto abdominoperineal	3.422,11		
02CG	574	Colelitiasis	51.22	Colecistectomía vía laparotómica	1.598,39		
			51.23	Colecistectomía vía laparoscópica	2.113,97	1.759,33	
02CG	576	Otros trastornos del tracto biliar	51.99	Otra operación sobre vía biliar	3.044,73		
02CG	685	Quiste pilonidal	86.21	Extirpación de quiste	637,65	606,90	
02CG	455	Hemorroides	49.46	Hemorroidectomía	769,42	732,24	
02CG	565.0	Fisura anal	49.3	Fisurectomía anal	590,74	562,02	
02CG	565.1	Fístula anal	49.12	Fistulectomía anal	637,51	606,90	
02CG	550.0	Hernia inguinal unilateral	53.0	Reparación unilateral hernia inguinal	873,27	830,54	
02CG	550.2	Hernia inguinal bilateral	53.1	Reparación bilateral hernia inguinal	1.049,72	999,14	
02CG	553.1	Hernia umbilical	53.4	Reparación hernia umbilical	873,27	830,54	
02CG	553.2	Hernia ventral (incluida hernia incisional)	53.5	Reparación de otra hernia de pared abdominal sin injerto ni prótesis	1.241,64	1.166,09	
			53.6	Reparación de otra hernia de pared abdominal con injerto o prótesis	1.369,19	1.293,65	
02CG	553.01	Hernia crural unilateral	53.2	Reparación unilateral hernia crural (femoral)	873,27	830,54	
02CG	553.02	Hernia crural bilateral	53.3	Reparación bilateral hernia crural	1.049,72	999,14	
02 CG	454.9	Varices	38.5	Ligadura y extirpación de venas varicosas, incluyendo perforantes	883,33	841,23	

		Varices bilaterales		Ligadura y extirpación de venas varicosas bilaterales, incluyendo perforantes	1.257,36	1.185,18	
03CB	CIRUGÍA BARIÁTRICA						
03CB	278.01	Obesidad mórbida	44.31	Desviación gástrica proximal	4.394,17		
			44.39	Gastroenterostomía	5.846,20		
				Gastroenterostomía vía laparoscópica	6.430,82		
			44.69	Otra reparación de estómago (gastroplastia)	2.650,45		
			51.33	Anastomosis de vesícula biliar a páncreas (Scopinaro)	5.846,20		
				Anastomosis de vesícula biliar a páncreas (Scopinaro) vía laparoscópica	6.430,82		
			51.39	Otra anastomosis de conducto biliar	5.846,20		
Otra anastomosis de conducto biliar vía laparoscópica	6.430,82						
04 CP	CIRUGÍA PLÁSTICA						
04CP	173.9	Epitelioma basocelular, sitio no especificado	86.3	Escisión local de piel y tejido celular subcutáneo con estudio anatomopatológico + injerto de pedículo o colgajo			326,30
04CP	173.9	Epitelioma basocelular	86.3+86.7	Escisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico + reconstrucción			466,06
			86.3+86.7	Escisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico + injerto de pedículo o colgajo con anestesia general/sedación	765,96	672,75	
04CP	216	Neoplasia benigna piel	86.3+86.7	Escisión local de piel o tejido subcutáneo con estudio anatomopatológico + injerto de pedículo o colgajo			326,30
04CP	709.2	Estados cicatriciales y fibrosis piel	86.84	Relajación de cicatriz o de contractura reticulada de piel			193,65
04CP	705,83	Hidradenitis unilateral	86.0	Incisión piel y tejido subcutáneo unilateral	507,47		414,26
04CP	705,83	Hidradenitis bilateral	86.0	Incisión piel y tejido subcutáneo bilateral	714,63		621,41
04CP	739.9	Lipodistrofia abdominal	86.83	Operación plástica de reducción de tamaño pared abdominal	2.404,58		
04CP	611.1	Hipertrofia mamaria	85.36	Mamectomia subcutánea bilateral	1.590,79		
04CP	611.9	Gigantomastia. Mamas tuberosas. Asimetría mamaria	85.32	Mamoplastia de reducción bilateral	2.514,99		
04CP	V51	Secuelas de mastectomía	85.7	Reconstrucción total mama 1 tiempo, sin prótesis ni expansores mamarios	1.554,45		
			85.7	Reconstrucción total mama 3 tiempos, sin prótesis ni expansores mamarios	2.264,87		
			85.7	Reconstrucción total mama con gran dorsal, sin prótesis ni expansores mamarios	4.036,50		
			85.89	Otra mamoplastia	1.554,45		

05 CU CIRUGÍA UROLÓGICA							
05CU	189,0,1,2	Neoplasia maligna de riñón y de uréter	55.51	Nefroureterectomía	4.230,44		
05CU	593.9	Trastorno renal y ureteral no especificado	55.51	Nefroureterectomía	4.230,44		
05CU	189.2	Neoplasia de uréter	56.40	Ureterectomía NEOM	1.921,43		
05CU	593.9	Trastorno renal y ureteral no especificado	56.40	Ureterectomía NEOM	1.921,43		
05CU	188 ó 233.7 ó 236.7 ó 239.4	Neoplasia de vejiga	57.4	Escisión o destrucción transuretral de tejido de vejiga (RTU)	904,86	852,38	
			57.6	Cistectomía parcial	2.517,02		
			57.7	Cistectomía total (incluso radical)	5.753,35		
05CU	788.3	Incontinencia urinaria	59.5	Suspensión uretral retropúbica	1.092,03		
			59.4	Uretrocervicopexia	1.092,03		
			59.7	Otra reparación de incontinencia urinaria de esfuerzo	1.092,03		
05CU	598.9	Estenosis uretral no especificada	58.0	Uretrotomía	402,35	383,19	
			58.5	Liberación de estenosis uretral	402,35	383,19	
05CU	600	Hiperplasia próstata	60.2	Resección transuretral	1.215,00	1.138,92	
			60.3	Prostatectomía suprapúbica	1.946,61		
05CU	185	Neoplasia maligna próstata	60.5	Prostatectomía radical	2.064,86		
05CU	603	Hidrocele	61.2	Escisión de hidrocele	570,65	540,98	
05CU	752.5	Testículo no descendido	62.5	Orquidopexia	570,65	540,98	
05CU	456.4	Varicocele	63.1	Varicocelectomía	704,66	666,59	
05CU	V25.2	Esterilización	63.7	Vasectomía y ligadura conducto deferente		316,21	
05CU	605	Fimosis	64.0	Circuncisión con anestesia local			101,87
				Circuncisión con anestesia general o locorregional		301,12	
06 COG OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA							
06COG	629.9	Trastorno no especificado de los órganos genitales femeninos	68.16	Laparoscopia ginecológica exploratoria con biopsia	806,73		
06COG	620.2	Otros quistes ováricos y quistes ováricos no especificados	65.2	Escisión local o destrucción de lesión o tejido de ovario vía laparoscópica	806,73	761,56	
06COG	620.2	Quistes ováricos y no especificados	65.4	Salpingooforectomía unilateral vía laparoscópica	806,73	761,56	
06COG	620.2 + 183	Quistes ováricos y neoplasias malignas de ovario y anejos	65.61	Extirpación de ambos ovarios y trompas en mismo tiempo operatorio.	1.780,20		
06COG	V25.2	Esterilización	66.39	Otra destrucción u oclusión bilateral de las trompas de Falopio vía laparoscópica	673,20	579,22	
06COG	622.1	Displasia de cérvix uterino	67.2	Conización		714,15	
06COG	180 ó 233.1 ó 236.0	Neoplasia de cérvix uterino	67.2	Conización		714,15	
			67.4	Amputación de cuello uterino	1.633,49		
06COG	179 ó 182 ó 233.2 ó 236.0	Neoplasia de cuerpo uterino	68.4	Histerectomía total abdominal	1.780,20		
			68.6	Histerectomía abdominal radical	2.130,55		
06COG	218.9	Leiomioma uterino	68.29	Miomectomía uterina	1.082,11		
			68.4	Histerectomía abdominal total	1.780,20		

06COG	621.9	Alteración útero no especificada	68.4	Histerectomía abdominal total	1.780,20		
			69.0	Dilatación y legrado de útero		623,23	
			69.5	Legrado por aspiración de útero		623,23	
06COG	618	Prolapso genital	69.2	Reparación estructuras soporte útero	1.172,02		
			70.50	Reparación cistocele y rectocele	1.527,77		
			70.51	Reparación cistocele (colporrafia anterior)	1.092,03		
			70.52	Reparación rectocele (colporrafia posterior)	1.147,48		
06COG	618.3	Prolapso útero vaginal completo	68.5	Histerectomía vaginal	1.780,20		
06COG	616.2	Quiste de glándula de Bartholino	71.2	Operaciones sobre glándulas de Bartholino		419,32	
06COG	174 ó 233.0 ó 283.3 ó 239.3	Neoplasia de mama	85.20, 22, 25	Otros tipos de extirpación de tejido de mama (tumorectomía, incluida mastectomía subtotal)		1.092,80	
			85.4.	Mastectomía	2.083,47		
			85.89	Otra mamoplastia	1.554,45		
06COG	610	Displasias mamarias benignas	85.21	Extirpación local de lesión de mama (fibroma)			672,75
			85.20, 22, 25	Otros tipos de extirpación de tejido de mama (tumorectomía)		824,07	
			85.41	Mastectomía simple	1.342,27		
			85.42	Mastectomía bilateral	2.083,47		
06COG	V22.2	Estado de embarazo NEOM	69.51	I.V.E. (interrupción voluntaria de embarazo).Menor de 12 semanas. Anestesia local		350,35	
				I.V.E. menor de 12 semanas. Anestesia general		492,67	
				I.V.E. de 13 a 15 semanas		536,47	
				I.V.E. de 16 semanas		635,00	
				I.V.E. de 17 semanas		667,85	
				I.V.E. de 18 semanas		832,07	
				I.V.E. de 19 semanas		963,45	
				I.V.E. de 20 semanas		1.423,28	
				I.V.E. de 21 a 22 semanas		1.587,51	
				I.V.E. de 13 a 15 semanas gemelar		689,74	
				I.V.E. de 16 semanas gemelar		853,97	
				I.V.E. de 17 semanas gemelar		985,35	
				I.V.E. de 18 semanas gemelar		1.428,76	
				I.V.E. de 19 semanas gemelar	1.603,93		
I.V.E. de 20 semanas gemelar	1.905,01						
I.V.E. de 21-22 semanas gemelar	2.123,98						
07 COF	OFTALMOLOGÍA						
07COF	373.2	Chalazión	08.21	Escisión chalazión		295,60	
07COF	374	Ectropión/Entropión	08.4	Reparación ectropión/entropión		629,53	
07COF	374.3	Ptosis palpebral	08.3	Reparación de ptosis palpebral		253,18	
07COF	375	Trastornos del aparato lacrimal	09.81	Dacriocistorrinostomía		512,16	
07COF	372.4	Pterigion	11.3	Escisión de pterigion		305,98	
			11.32	Escisión de pterigion con autoinjerto		750,38	

07COF	365	Glaucoma	12.64	Trabeculectomía desde el exterior	649,94	616,14	
			12.79	Otros procedimientos de glaucoma	716,02	677,35	
07COF	366	Cataratas	13.1- 13.6+13. 71	Extracción de cristalino + LIO	846,61	799,19	
07COF	361	Desprendimientos y defectos de la retina	14.32	Reparación de desgarro retinal por crioterapia	987,54		
			14.34	Reparación de desgarro retinal por fotocoagulación por láser		329,54	
07COF	379.2	Trastornos del cuerpo vítreo	14.7	Operaciones sobre el cuerpo vítreo	1.878,73		
07COF	378	Estrabismo y otros trastornos de los movimientos binoculares de los ojos	15.29	Otras operaciones sobre músculos extraoculares	1.324,86	1.110,11	
08 CMF	CIRUGÍA MAXILOFACIAL						
08CMF	520.6	Trastornos de la erupción dentaria	23.0	Extracción de diente con fórceps			32,84
			23.19	Extracción quirúrgica de diente(cordales y caninos incluidos)			105,26
				Extracción quirúrgica de dos dientes (cordales y caninos incluidos)			143,76
				Extracción quirúrgica de diente con anestesia general (cordales y caninos incluidos)		302,33	
				Extracción quirúrgica de dos dientes con anestesia general (cordales y caninos incluidos)		340,83	
08CMF	524.1	Anomalías inespecíficas mandíbula. Prognatismo.Retrognatismo	76.6	Reparación hueso facial y cirugía ortognática	2.550,48		
08CMF	525.3	Raíz dental no extraída	23.11	Extracción de restos radiculares			85,30
08CMF	523	Enfermedades gingivales y periodontales	24.3	Otras operaciones sobre encía		549,61	
08CMF	526	Enfermedades de los maxilares	24.4	Escisión de lesión maxilar de origen dentario (quistectomía)		549,61	
08CMF	527	Enfermedades de las glándulas salivares	26.3	Sialoadenectomía	1.090,45	1.025,03	
09 CRS	CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN DE SEXO						
09CRS	302.85	Trastorno de Identidad de Género. Cirugía de hombre a mujer.	70.61	Vaginoplastia por inversión peneana	16.560,00		
			70.61	Vaginoplastia con trasplante rectosigmoidal pediculado	23.805,00		
			85.50	Mamoplastia de aumento bilateral sin prótesis	1.604,25		
09CRS	302.85	Trastorno de Identidad de Género. Cirugía de mujer a hombre	68.40 + 65.6	Histerectomía y Anexectomía	6.210,00		
			85.36	Mamoplastia de reducción bilateral	2.514,99		
			71.9	Metoidioplastia o faloplastia	18.630,00		

1.2 TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Grupo	Diagnósticos. CIE-9-MC		P.CIE 9	Procedimientos	Modalidades y Tarifas		
	Código	Descripción	Código	Descripción	Hosp.	CMA	cma
10COT	TRAUMATOLOGÍA						
10COT	354.0	Síndrome del túnel carpiano	04.43	Liberación de túnel carpiano		597,78	
10COT	354.2	Síndrome del túnel cubital	04.49	Liberación del nervio cubital		746,34	
10COT	700	Callos y callosidades óseas	77.68	Escisión local de lesión o tejido óseo de tarsianos o metatarsianos		478,01	
10COT	726.73	Espolón calcáneo	77.28	Otra osteotomía parcial en tarsianos o metatarsianos		633,20	
10COT	735.0	Deformidades adquiridas del dedo gordo del pie (valgo, martillo y rígido)	77.5	Escisión y reparación de Hallux Valgus y otras deformaciones de los dedos del pie		734,92	
			77.5	Escisión y reparación de Hallux Valgus y otras deformaciones de los dedos del pie (bilateral)		930,82	
			77.59	Otra burnionectomía. Técnica de Scarf (Sin material de osteosíntesis)		703,52	
			77.5	Cirugía percutánea de antepie (incluyendo Hallux valgus, dedos en martillo y metatarsalgia en conjunto) unilateral		1.040,32	
10COT	735.3	Deformidades adquiridas dedos pie (Excepto dedo gordo)	77.56	Reparación de dedo de pie (Excepto dedo gordo)		362,54	
10COT	736.79	Antepie triangular	80.8	Incisión y escisión de estructuras de la articulación del pie y dedos del pie		952,72	
10COT	719.97	Trastorno no especificado de articulación de tobillo	80.27	Artroscopia de tobillo	1.268,03	1.040,33	
			80.28	Artroscopia de pie	1.268,03	1.040,33	
			81.11	Artrodesis de tobillo sin material	900,86		
			81.12	Triple artrodesis de tobillo sin material	1.435,50		
			83.88	Otras operaciones plásticas sobre tendón / tenodesis		631,56	
10COT	V53.7	Extracción de dispositivo de fijación interna	78.6	Extracción de dispositivo fijación interna		595,74	
			78.6	Extracción dispositivo fijación interna (Enclavamiento medular de tipo UTN, GANMA, o similares)	1.387,06		

			78.6	Extracción múltiple (más de dos EMOS) en diferente fractura		1.021,79	
			78.62	Extracción de dispositivo interno de húmero	1.049,38	986,44	
			78.65	Extracción de dispositivo interno de fémur-cadera	1.049,38	986,44	
10COT	726.0, 1, y 2 727.61 y 840.4.	Síndrome manguito rotadores hombro, trastornos conexos y otras afecciones del hombro. Rotura manguito de los rotadores	80.21	Artroscopia de hombro terapéutica excluido material de anclaje	1.635,51	1.429,03	
				Lo anterior más RHB	1.790,50	1.584,03	
			81.8	Acromioplastia y otras reparaciones de hombro excluido material de anclaje	1.765,10		
				Lo anterior más RHB	1.920,09		
			81.8	Artroplastia de hombro sin prótesis	2.972,52		
81.8	Artroplastia de hombro con prótesis	6.210,00					
10COT	717	Trastorno interno de rodilla	80.26	Artroscopia terapéutica (incluido material)	1.163,89	901,38	
			80.6	Escisión de menisco de rodilla	2.177,02		
			81.45	Reparación ligamentos cruzados	3.198,65		
10COT	718.36	Luxación recidivante rotula	79.8	Reducción abierta de luxación	2.429,19		
10COT	717.8	Otros trastornos internos de rodilla	81.46	Reparación ligamentos colaterales	3.409,31		
10COT	714.0	Artritis reumatoide rodilla	81.54	Sustitución total de rodilla (sin prótesis)	3.829,30		
				Lo anterior más RHB	3.984,30		
			81.54	Sustitución total de rodilla (con prótesis)	6.860,10		
				Lo anterior más RHB	7.015,10		
10COT	715.16 o 715.26	Gonartrosis primaria o secundaria	77.87	Osteotomía de rodilla	3.144,40		
			81.54	Sustitución total de rodilla (sin prótesis)	3.829,30		
				Lo anterior más RHB	3.984,30		
			81.54	Sustitución total de rodilla (con prótesis)	6.860,10		
				Lo anterior más RHB	7.015,10		
			10COT	996.40 o 996.66	Complicación mecánica o infecciosa de prótesis de articulación interna.	81.55	Revisión sustitución de rodilla (con prótesis)
Lo anterior más RHB	7.383,09						
10COT	996.40	Complicación mecánica de dispositivo/ implante ortopédico interno	81.55	Revisión de sustitución de rodilla (un tiempo), sin prótesis	4.846,70		
				Lo anterior más RHB	5.001,70		

10COT	996.66	Reacción infecciosa inflamatoria por prótesis de articulación interna	80.06 + 81.54	Artrotomía para extracción de prótesis y sustitución de rodilla (dos tiempos), sin prótesis	7.150,37		
				Lo anterior más RHB	7.305,37		
10COT	722	Trastorno del disco intervertebral con o sin mielopatía	80.51	Escisión de disco intervertebral a un nivel	3.000,94		
				Escisión de disco intervertebral a más de un nivel	3.415,50		
10COT	721.42 o 721.3	Patología degenerativa lumbar con o sin mielopatía (espondilosis lumbar)	81.00	Artrodesis vertebral	3.881,18		
10COT	715.15 o 715.25	Coxartrosis primaria o secundaria	81.51	Sustitución total o parcial de cadera (sin prótesis)	3.700,13		
				Lo anterior más RHB	3.855,13		
			81.51	Sustitución total de cadera (con prótesis)	6.266,15		
				Lo anterior más RHB	6.421,15		
10COT	996.40 o 996.66	Complicación mecánica o infecciosa de prótesis de articulación interna	81.53	Revisión de sustitución de cadera (con prótesis)	7.284,89		
				Lo anterior más RHB	7.439,89		
10COT	996.40	Complicación mecánica de dispositivo/implante ortopédico interno	81.53	Revisión de sustitución de cadera (un tiempo). Sin prótesis	4.846,70		
				Lo anterior más RHB	5.001,70		
10COT	996.66	Reacción infecciosa inflamatoria por prótesis de articulación interna	80.05 + 81.51, 52	Artrotomía para extracción de prótesis y sustitución de cadera (dos tiempos). Sin prótesis	7.150,37		
				Lo anterior más RHB	7.305,37		
10COT	727.4	Ganglión	82.21	Escisión de lesión de vaina tendón de mano		414,10	
10COT	727.03	Dedo en resorte	82.21	Escisión de lesión de vaina tendón de mano		414,10	
10COT	727.04	Tendinitis de Quervain	82.21	Escisión de lesión de vaina tendón de mano		414,10	
10COT	728.6	Dupuytren	82.35	Otra fasciectomía de mano		591,94	
10COT	736.1	Dedo de mano en martillo	82.84	Reparación dedo en martillo mano		441,22	
10COT	735.5	Dedo de la mano en garra	82.89	Reparación dedo en garra mano		441,22	
10COT	726.3	Epicondilitis	83	Operación de músculo, tendón, fascia y bolsa sinovial, excepto mano		563,63	
10COT	727.51	Quiste de Baker	83.39	Escisión de lesión de otro tejido blando		542,10	
10COT	355.6	Neuroma de Morton	83.39	Escisión de lesión de otro tejido blando		495,68	

1.3 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Diagnósticos. CIE-9-MC		P.CIE 9	Procedimientos	Modalidades y Tarifas			
Grupo	Código	Descripción	Código	Descripción	Hosp.	CMA	cma
11 CV	CARDIOVASCULAR						
11CV	440.2	Aterosclerosis de arterias nativas de extremidades	38.13	Endarterectomía de extremidades superiores.	1.936,41		
			38.43	Resección de vasos de miembros superiores con sustitución	5.581,46		
			38.48	Resección de arterias de miembros inferiores con sustitución	4.393,57		
			38.18	Endarterectomía de extremidades inferiores	1.934,22		
11CV	433.1	Oclusión y estenosis de arteria carótida	38.12	Endarterectomía de otros vasos de cabeza y cuello	2.773,21		
			38.42	Resección de otros vasos de cabeza y cuello con sustitución	4.863,25		
11CV	V45.1	Presencia de derivación arterial venosa (para diálisis)	39.27	Arteriovenostomía para diálisis renal (creación)		734,70	
			39.42	Arteriovenostomía para diálisis renal (revisión)		1.281,44	
11CV	441.02 y 441.3, 4, 5 y 9	Aneurisma de aorta abdominal y disección	38.44	Resección de aorta abdominal con sustitución	5.734,74		
11CV	440.8	Aterosclerosis de otras arterias especificadas	39.25	Derivación aorto-iliaca-femoral	5.734,74		
11CV	442.2 y 442.3	Aneurisma de arteria iliaca y femoral	39.25	Derivación aorto-iliaca-femoral	5.734,74		
11CV	454.9	Varices	38.5	Ligadura y extirpación de venas varicosas, incluyendo perforantes	883,33	841,23	
		Varices bilaterales	38.5	Ligadura y extirpación de venas varicosas, ambas piernas, incluyendo perforantes	1.257,36	1.185,18	
12CC	CIRUGÍA CARDIACA						
12CC	394.0 a 397.9 y 424.0 a 424.99	Patología de válvulas cardíacas y de endocardio	35.10 a 35.14 +39.61	Valvulotomía y valvuloplastia cardiaca abierta sin sustitución	7.293,78		
				Valvulotomía aórtica o pulmonar o mitral	7.293,78		
				Valvuloplastia mitral	7.293,78		
				Valvuloplastia tricuspídea o valvuloplastia mitral y tricuspídea	7.293,78		
			35.20 a 35.28 + 39.6	Sustitución de válvula cardiaca no especificada	8.539,70		
				Sustitución de válvula mitral o aórtica	8.447,73		
				Sustitución de válvula mitral y aórtica	8.622,91		
				Sustitución de dos o más válvulas	8.749,91		
35.31 a 35.39 + 39.61	Escisión anillo subvalvular aórtico y otras operaciones sobre estructuras adyacentes a válvulas	7.641,94					
12CC	745	Anomalías cierre septal cardiaco	35.5, 35.6, 35.7 + 39.61	Reparación de tabiques cardiacos con prótesis o injerto de tejido	7.120,80		

12CC	996.02	Complicación tras sustitución valvular cardiaca	35.95	Revisión de procedimientos correctivos sobre el corazón	5.083,31		
			35.95 + 39.61	Revisión de procedimientos correctivos sobre el corazón + circulación extracorpórea	7.794,12		
12CC	441.1 + 395	Aneurisma de aorta ascendente más enfermedad de la válvula aórtica	35.22 + 38.45 + 39.61	Resección de aneurisma de aorta con sustitución valvular o reimplantación de vasos	8.133,52		
12CC	410.0 a 414.9	Cardiopatía isquémica	36.1 a 36.2 + 39.61	Anastomosis para revascularización miocárdica	8.361,72		
			35.22 + 36.1 a 36.2 + 39.61	Lo anterior más sustitución valvular aórtica	8.895,45		
12CC	423	Enfermedades del pericardio	37.31	Pericardiectomía	3.820,81		
12CC	426.9	Bloqueo cardiaco	37.74	Inserción o sustitución de electrodo epicárdico	1.042,04	979,52	
			37.8	Recambio de generador	521,02	494,97	
			37.80	Inserción, revisión, sustitución de marcapasos endocavitario permanente	1.707,96	1.556,85	
12CC	428	Insuficiencia cardiaca	37.61	Implante de balón de contrapulsación	2.778,76		
12CC	441.01, 441.1, 441.2	Diseción y aneurisma de aorta torácica	38.45 + 39.61	Resección de aneurisma con sustitución	6.913,24		
12CC	747.0	Conducto arterioso permeable	38.85	Escisión, ligadura de ductus	3.473,46		
12CC	747.1	Coartación de la aorta	38.64	Reparación de coartación	4.515,50		

1.4 NEUROCIRUGÍA

Grupo	Diagnósticos. CIE-9-MC		P.CIE 9	Procedimientos	Modalidades y Tarifas		
	Código	Descripción	Código	Descripción	Hosp.	CMA	cma
13NCR	NEUROCIRUGÍA						
13NCR	741	Malformación Arnold Chiari	03.59	Reparación conducto espinal	6.234,73		
13NCR	225	Neoplasia benigna de cerebro y otras partes del sistema nervioso	01.5	Escisión o destrucción de lesión o tejido de cerebro y meninges	7.358,54		
			03.4	Escisión o destrucción de lesión de médula espinal o meninges espinales	6.234,73		
13NCR	331.4	Hidrocefalia	02.3	Derivación ventricular extracraneal (válvula no incluida)	5.422,10		
13NCR	738.1	Defecto craneal	02.05	Craneoplastia (prótesis no incluida)	5.692,50		
13NCR	353	Trastornos raíces y plexos nerviosos	03.1	Rizotomía abierta	6.234,73		
				Rizolisis con infiltración	1.438,71	1.345,50	

13NCR	722	Trastorno del disco intervertebral con o sin mielopatía	80.51	Escisión de disco intervertebral a un nivel	3.000,94		
				Escisión de disco intervertebral a más de un nivel	3.415,50		
13NCR	721.42 o 721.3	Patología degenerativa lumbar con o sin mielopatía (espondilosis lumbar)	81.00	Artrodesis vertebral	3.881,18		

1.5 SERVICIOS INCLUIDOS EN TARIFAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

1.5.1 Los procedimientos quirúrgicos que se relacionan en este Anexo, se abonarán conforme a las tarifas que se señalan en el mismo para cada una de las siguientes modalidades:

- a) Cirugía en régimen de hospitalización.
- b) Cirugía mayor ambulatoria (CMA).
- c) Cirugía menor ambulatoria (cma).

1.5.2 En el precio que se establece para cada uno de los procedimientos quirúrgicos se consideran incluidos:

- a) Para cirugía en régimen de hospitalización:
 - Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.
 - Consulta de preanestesia.
 - Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias o específicas que sea preciso realizar al paciente con anterioridad al procedimiento a que vaya a ser sometido incluido, en su caso, el estudio preoperatorio.
 - Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, tanto en la fase preoperatoria como en la intervención quirúrgica propiamente dicha y en el postoperatorio, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
 - Periodos de garantía:
 - En los procedimientos de cirugía general y cardiovascular, las reintervenciones quirúrgicas necesarias que haya que realizar al paciente, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado, y que se lleven a cabo en un plazo de tiempo no superior a seis meses, a contar desde la fecha del alta definitiva.
 - En los procedimientos de traumatología dicho plazo será de seis meses, a contar desde la fecha del alta definitiva. En el caso de aflojamiento séptico o aséptico que se produzca como complicación en el proceso de sustitución total de cadera o rodilla, se ampliará dicho periodo de garantía hasta un año. En los seis últimos meses de garantía las reintervenciones quirúrgicas necesarias se facturarán hasta un máximo del 20% de la tarifa indicada y para los procedimientos que figuran en este Anexo con los siguientes códigos: 81.55 y 81.53, ambos sin prótesis, 80.06 + 81.54 y 80.05 + 81.51, 52.
 - En los procedimientos de neurocirugía existirá un periodo de garantía para las reintervenciones quirúrgicas necesarias que haya que realizar al paciente, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado, y que se lleven a cabo en un plazo de tiempo no superior a seis meses, a contar desde la fecha del alta definitiva.
 - El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso, así como la sangre y hemoderivados.

- Curas.
- Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano y gastos de anestesia.
- El material fungible necesario y los controles pre y postoperatorios, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.
- Material protésico:
 - En los procedimientos quirúrgicos generales y de traumatología la elección de la prótesis a implantar deberá contar con la aprobación previa del centro contratante, en este sentido, la entidad ofertante especificará en la oferta de licitación el tipo de prótesis, marca, precio y técnica quirúrgica de implantación. Para los procedimientos que figuren definidos como “sin prótesis”, se deberá facturar la prótesis a precio de coste.
 - En los procedimientos quirúrgicos cardiovasculares no está incluido el material protésico. Se consideran como tales los materiales protésicos valvulares cardíacos y vasculares, así como los electrodos y generadores de electrodos de marcapasos permanentes. Estas prótesis se facturarán a precio de coste al centro de gasto que establezca el contrato correspondiente. La entidad ofertante especificará en la oferta de licitación el tipo de prótesis, marca, precio y técnica quirúrgica de implantación.
 - En los procedimientos quirúrgicos de Neurocirugía no están incluidas las válvulas y prótesis. Se facturarán a precio de coste al centro de gasto que establezca el contrato correspondiente. La entidad ofertante especificará en la oferta de licitación el tipo de prótesis o válvula, marca, precio y técnica quirúrgica de implantación
 - En los casos en que así lo especifique el Departamento de Salud y Consumo o el Servicio Aragonés de Salud, podrán concertarse procedimientos quirúrgicos con implante, diferenciando el valor de los mismos y sus mecanismos de liquidación económica. En el concepto de implante se incluye el material de osteosíntesis.
- En el procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo, se incluye la administración a la paciente de la Gammaglobulina Anti-Rh, en caso de ser necesaria.
- En el procedimiento de extracción de cataratas, se incluye la administración al paciente de todos los colirios necesarios, tanto en el preoperatorio, en la intervención y en el postoperatorio.
- La anatomía patológica de los procedimientos que la requieran siguiendo las directrices del conocimiento científico actualizado en cada momento, y de la Comisión Nacional de Especialidades.
- El coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Estancias en Unidad de Cuidados Intensivos que pudiera precisar. Para procedimientos quirúrgicos de cirugía cardiovascular y de neurocirugía, en el precio del proceso se incluye la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos durante los cinco primeros días postintervención, las estancias generadas a partir del quinto día se facturarán a 433,75 euros / día
- Las consultas posthospitalarias de revisión que sean necesarias, debiendo realizarse al menos, una consulta en cada uno de los procedimientos quirúrgicos generales, salvo en el de extracción de cataratas con inclusión de lente intraocular, cuyo número de consultas posthospitalarias serán de cuatro e incluirá la graduación visual. En cada una de las consultas se realizarán las exploraciones complementarias rutinarias o especiales o procedimientos terapéuticos que se consideren indicados.
- En los procedimientos de traumatología se realizarán el número de consultas necesarias hasta el alta clínica. Se deberá realizar, al menos, 1 en cada uno de los procedimientos, excepto en los

procedimientos de "sustitución prótesis de rodilla y de cadera": en los que se realizarán como mínimo cuatro consultas postoperatorias (a la semana, al mes, a los tres y a los seis meses aproximadamente). En cada una de las consultas se realizarán las exploraciones complementarias rutinarias o especiales o procedimientos terapéuticos que se consideren indicados.

- Para los procesos de cirugía cardíaca y de neurocirugía quedan incluidas, al menos, dos consultas de control postquirúrgico y todas las que se consideren indicadas durante el primer año de la realización del tratamiento. En cada una de las consultas se realizarán las exploraciones complementarias rutinarias o especiales o procedimientos terapéuticos que se consideren indicados.
- El tratamiento rehabilitador comprenderá un mínimo de 15 sesiones, a realizar desde la fecha de alta hospitalaria, en aquellos procedimientos traumatológicos en los que está especificado.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del hospital de procedencia, sea necesario su remisión al Hospital de Sector correspondiente.
- En el caso de que en el mismo acto quirúrgico se realicen dos procedimientos quirúrgicos, se facturará la tarifa íntegra del procedimiento principal y el 70 % del procedimiento secundario, siempre que en el Anexo I de esta Orden no figure tipificada y tarifada esta asociación de procedimientos.

b) Para cirugía mayor ambulatoria (CMA):

En la tarifa de cada uno de los procedimientos de esta modalidad será de aplicación lo establecido en el apartado a) del punto 1.5.2 siempre que lo requiera, a excepción de los costes derivados de la hospitalización y de las estancias en Unidad de Cuidados Intensivos.

En el procedimiento de extracción de cataratas, se incluye la administración al paciente de todos los colirios necesarios, tanto en el preoperatorio, en la intervención y en el postoperatorio

El número mínimo de consultas de control posthospitalario será de tres en los procedimientos de traumatología.

En el caso de que un paciente requiera ingreso hospitalario una vez realizado el proceso asistencial, por razones clínicas, el procedimiento se tarificará como cirugía en régimen de hospitalización, en aquellos casos en que la hospitalización figure tarifada en este Anexo.

En el procedimiento de vasectomía, se incluye la realización de dos espermogramas posteriores a la intervención.

En los procedimientos quirúrgicos con código 23.0 y 23.19 (extracción de cordales y caninos) no se incluye la ortopantomografía.

c) Para cirugía menor ambulatoria (cma):

En esta modalidad se incluye:

- Consulta preoperatoria.
- Asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso.
- El material fungible necesario en el acto quirúrgico.
- Anatomía patológica de los procedimientos quirúrgicos que se especifica expresamente en el Anexo I de esta Orden.
- En los procedimientos quirúrgicos con código 23.0 y 23.19 (extracción de cordales y caninos) no se incluye la ortopantomografía.

2. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN	MODALIDADES Y TARIFAS	
		INSTALACIONES MÓVILES	INSTALACIONES FIJAS
2.1.-DIAGNOSTICO POR IMAGEN			
2.1.1.Radiología simple			
2.1.1.1 Procedimientos diagnósticos generales			
	Cráneo 1 RX		13,99
	Cráneo 2 RX		15,99
	Cráneo 3 RX		19,05
	Cráneo 4 RX		23,98
	Senos 1 RX		13,99
	Senos 2 RX		15,99
	Cervical Dorsal Lumbar 1 P		13,99
	Cervical Dorsal Lumbar 2 P		15,99
	Cervical Dorsal Lumbar 3 P		19,05
	Cervical Dorsal Lumbar 4 P		23,98
	Columna completa 1 RX		21,98
	Columna completa 2 RX		31,97
	Columna completa 3 RX		41,97
	Clavícula 1 RX		13,99
	Clavícula 2 RX		15,99
	Omóplato 1 RX		13,99
	Omóplato 2 RX		15,99
	Húmero 1 RX		13,99
	Húmero 2 RX		15,99
	Húmero 3 RX		19,05
	Codo 1 RX		13,99
	Codo 2 RX		15,99
	Codo 3 RX		19,05
	Antebrazo 1 RX		13,99
	Antebrazo 2 RX		15,99
	Mano 1 RX		13,99
	Mano 2 RX		15,99
	Mano 3 RX		19,05
	Mano 4 RX		23,98
	Fémur 1 RX		15,73
	Fémur 2 RX		17,99
	Rodilla 1 RX		13,99
	Rodilla 2 RX		15,99
	Rodilla 3 RX		21,98

	Rodilla 4 RX		25,98
	Tibia y Peroné 1 RX		15,73
	Tibia y Peroné 2 RX		17,99
	Tobillo 1 RX		13,99
	Tobillo 2 RX		15,99
	Tobillo 3 RX		19,98
	Pie 1 RX		13,99
	Pie 2 RX		15,99
	Pie 3 RX		19,98
	Pelvis 1 RX		17,99
	Pelvis 2 RX		25,98
	Esternón 1 RX		19,98
	Parrilla Costal 1 RX		15,99
	Parrilla Costal 2 RX		25,98
	Abdomen 1 RX		17,99
	Abdomen completo incluyendo decúbito o bipedestación		27,98
	Tórax 1 RX		15,99
	Tórax 2 RX		19,98
	Tórax: decúbitos, lordóticas		17,99
	Adenoides		15,99
	Mastoides		23,98
2.1.1.2. Mamografías			
	Para cribado	22,43	22,41
	Para diagnóstico	51,25	50,61
2.1.1.3 Densitometría			
	Densitometría ósea (estudio e informe)		62,24
2.1.1.4 Urografía			
	Urografía intravenosa		123,56
2.1.1.5 Maxilofacial			
	Ortopantomografía		24,84
	Sialografía		167,51
2.1.1.6 Oftalmología			
	Angiografía oftalmológica		163,08
2.1.2. Ultrasonidos			
2.1.2.1 Procedimientos diagnósticos generales			
	Piel y partes blandas		33,90
	Músculo o grupos musculares		33,90
	Articulaciones		33,90
	Cadera pediátrica		33,90
	Hueso		33,90
	Nervios periféricos		33,90
	Cuello: Tiroides		33,90

	Cuello: Paratiroides		33,90
	Mama		33,90
	Hígado, vías biliares, páncreas, bazo		33,90
	Retroperitoneo		33,90
	Abdomen completo		33,90
2.1.2.2 Obstetricia y Ginecología			
	Ecografía ginecológica		33,90
	Ecografía obstétrica básica		33,90
	Ecografía para diagnóstico prenatal		33,90
	Amniocentesis con control ecográfico		114,80
2.1.2.3. Urología			
	Riñón, vías urinarias y próstata		33,90
	Testículo		33,90
2.1.2.4. Cardiovascular			
	Ecocardiograma		68,03
	Ecocardiograma transesofágico		95,82
	Ecocardiograma de stress		127,77
	Ecocardiograma de esfuerzo		127,77
	Cuello: troncos supraórticos		42,06
	Abdomen		72,52
	Sistema venoso de EESS		39,16
	Sistema venoso de EEII		39,16
	Sistema arterial EESS		73,97
	Sistema arterial EEII		73,97
2.1.3. T.A.C.			
	Por cada estudio simple con o sin contraste	89,69	88,25
	Por cada estudio doble con o sin contraste	128,13	127,81
	Por cada estudio vascular (angio TAC)	124,93	119,93
	Suplemento por anestesia	96,10	91,29
2.1.4. PET			
	Cuerpo completo		767,56
	Cerebro		607,65
	Anestesia		186,30
2.1.5. PET-TAC			
	Cuerpo completo		767,56
	Cerebro		767,56
	Anestesia		186,30
2.1.6. RNM			
	Por cada estudio simple	176,42	167,60
	Por cada estudio doble, de mama, cardiaco, vascular	246,99	234,63
	Por cada estudio funcional de perfusión		296,64

	Espectroscopia basada en RM (debe incluir estudio simple)		296,64
	Plus de anestesia	98,98	96,10
	Plus de contraste	55,87	55,87
	Plus de estudio de Estimulación		64,07
2.2.- MEDICINA NUCLEAR: Gammagrafia			
2.2.1 - Inflamación			
	Con Galio 67 localizada		192,03
	Con Galio 67 rastreo general		198,29
	Con leucocitos localizada (Spect y/o planar)		230,27
	Con leucocitos rastreo general		236,66
2.2.2. Óseo			
	Gammagrafia ósea (rastreo)		95,94
	Gammagrafia ósea en tres fases		127,93
	Spect óseo		115,13
2.2.3. Respiratorio			
	Gammagrafia pulmonar de perfusión		95,94
	Gammagrafia pulmonar de ventilación		95,94
2.2.4. Endocrino			
	Captación tiroidea con radioyodo		38,38
	Test de perclorato		38,38
	Gammagrafia tiroidea		44,77
	Gammagrafia tiroidea con radioyodo		140,72
	Rastreo corporal total con I131		140,72
	Gammagrafia de paratiroides (MIBI/Tetrofosmin)		243,06
	Gammagrafia suprarrenal cortical		384,84
	Gammagrafia suprarrenal medular-I123 localizada		576,73
	Gammagrafia suprarrenal medular-I123 rastreo C.		576,73
	Gammagrafia suprarrenal medular-I131 localizada		384,84
	Gammagrafia suprarrenal medular-I131 rastreo C.		384,84
2.2.5. Digestivo			
	Gammagrafia para detección de mucosa gástrica ectópica		108,74
	Gammagrafia hepato - esplénica		95,94
	Estudio de glándulas salivares		83,15
	Detección y localización de la hemorragia intestinal		179,10
	Estudio del tránsito esofágico		115,13
	Estudio del reflujo gastro-esofágico		115,13
	Estudios de vaciamiento gástrico		159,91
2.2.6. Oncología			
	Gammagrafia con Galio 67		198,29
	Spect con Galio 67		198,29
	Gammagrafia con 201 Talio-rastreo		198,29

	corporal		
	Gammagrafía con 111 In-Pentetreótida		768,62
	Spect con 111 In-Pentetreótida		768,62
2.2.7. Cardiovascular			
2.2.7.1. Miocardiografía			
	Gammagrafía miocárdica mediante pirofosfatos 99mTC		127,93
2.2.7.2. Ventriculografía			
	De primer paso. Reposo		127,93
	De primer paso. Post esfuerzo o intervención farmacológica		153,51
	De equilibrio. Reposo		127,93
	De equilibrio. Post esfuerzo o intervención farmacológica		153,51
2.2.7.3. Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con 201Tl			
	Reposo		159,91
	Post esfuerzo o intervención farmacológica		190,82
2.2.7.4. Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con MIBI/Tetrofosmina-99mTC			
	Reposo		223,87
	Post esfuerzo o intervención farmacológica		255,85
2.2.8. Neurología			
	Spect cerebral de perfusión con HMPAO-99m TC		223,87
	Gammamielografía		223,87
	Angioencefalografía		95,94
2.2.9. Hematología			
	Eritrocínica		211,08
	Ferrocínica		211,08
	Cálculo de masa eritrocitaria		140,72
	Gammagrafía de médula ósea		128,30
	Determinación del volumen plasmático		211,08
	Test de Schilling		172,70
2.2.10. Renal			
	Cistogammagrafía retrógrada		115,13
	Gammagrafía renal		70,36
	Renograma isotópico DTPA 99 mm Tc		95,94
	Renograma isotópico MAG3 99 mm Tc		102,34
	Renograma con Captopril DTPA 99mm Tc		127,93
	Renograma con Captopril MAG3 99mm Tc		140,72
2.2.11. Miscelánea			
	Linfogammagrafía		140,72
	Valoración de prótesis óseas		191,89
	Peritoneal		191,89

	Esplénica		159,91
	Testicular		95,94
2.3.- NEUROFISIOLOGIA			
2.3.1 .EEG			
	Electroencefalograma básico		24,35
	Electroencefalograma con privación del sueño		82,11
	Estudio de patología del sueño		131,38
2.3.2. Electromiografía y electroneurografía			
	Electromiograma básico		36,48
	Electromiograma con ampliación		10,92
	Electroneurograma básico		36,48
	Electroneurograma con ampliación		10,92
	Estudio nervio mixto		58,63
	Estudio raíz nerviosa		90,61
	Estudio de plexo nervioso: plexo branquial		130,06
	Estudio de plexo nervioso: plexo lumbosacro		130,06
	Estudio de miopatía		130,06
	Estudio de polineuropatía		130,06
	Estudio de unión neuromuscular: Miastenia		183,36
	Estudio de síndrome de túnel carpiano		85,28
	Estudio de la motoneurona inferior		183,36
2.3.3. Potenciales evocados			
	Estudio de potenciales evocados visuales		57,91
	Estudio de potenciales evocados auditivos		57,91
	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales		57,91
2.3.4. Polisomnográficos			
	Estudio polisomnográfico		341,14
	Estudio polisomnográfico con titulación de CPAP		447,74
	Estudio polisomnográfico en noche partida		298,49
	Estudio de poligrafía respiratoria basal		90,51
	Estudio de poligrafía respiratoria completa (con CPAP)		117,27
	Estudio de poligrafía respiratoria vigilada		306,88
	Estudio de poligrafía respiratoria vigilada con titulación CPAP		419,49
2.4.- PRUEBAS FUNCIONALES			
2.4.1. Cardiacos			
	Coronariografía		541,55
	Holter		60,69
	Ergometría		67,77
2.4.2. Respiratorias			
	Espirometría simple		26,09

	Plestimografía		45,66
	Estudio de Difusión Pulmonar		196,82
2.4.3. Urológicas			
	Exploración urodinámica		110,91
2.4.4. O.R.L.			
	Audiometría		22,05
	Pruebas vestibulares		182,68
2.5. ANATOMIA PATOLÓGICA			
	Biopsia de próstata, cérvix, piel, pólipos		40,04
	Estudio de nódulos uterinos, mama, quistes anexiales, legrados endometriales		50,97
	Estudio de mastectomía, histerectomía, de pieza operatoria		58,25
	Inmunofluorescencia-estudio		167,51
	PAAF + estudio citológico		87,59
	Citología cérvico vaginal		25,33
2.6.- ESTUDIOS GENÉTICOS			
	Cariotipo sangre		113,91
	Cariotipos de líquido amniótico		301,51
	Cariotipos de biopsia		301,51
	Cariotipos en médula ósea		167,51
	Test despistaje Down		56,95
	Técnica PCR		134,01
	Técnica Sonthern		268,01
2.7.- PRUEBAS ALÉRGICAS			
	Pruebas alérgicas a medicamentos		97,86
	Pruebas epicutáneas		45,66
	Provocaciones		27,42
	Pruebas de función respiratoria		27,42
2.8.- ENDOSCOPIA			
	Broncoscopia		85,40
	Laringoscopia		56,33
	Panendoscopia oral		69,60
	Colonoscopia sin biopsia		81,32
	Colonoscopia con biopsia		109,52
	Enteroscopia de doble balón		2.587,50
	Uretrocistoscopia		78,82
	Histeroscopia		45,39
	Colangiografía retrógrada endoscópica diagnóstica		274,72
	Cápsula endoscópica		997,74
2.9.- ECOENDOSCOPIA			
	Ecoendoscopia digestiva		577,53
2.10.- PRUEBAS ANALÍTICAS			

	Pruebas hormonales endocrinología		27,37
	Pruebas hormonales ginecología		27,37
	Pruebas analíticas reumatología		7,66

2.11 SERVICIOS INCLUIDOS EN TARIFAS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

2.11.1 Los procedimientos diagnósticos que figuran en este Anexo, se abonarán de acuerdo a las tarifas que se indican para cada uno de ellos en las siguientes modalidades:

- a) Instalaciones móviles
- b) Instalaciones fijas

En el precio de los procedimientos diagnósticos tanto en instalaciones móviles como en las fijas, se incluye el conjunto de prestaciones derivadas del estricto cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos para cada una de las técnicas de diagnóstico, comprendiendo el ingreso hospitalario en aquellas técnicas que se precise.

2.11.2 Se considera también incluido lo siguiente:

- c) El material o fármacos que se requieran para la preparación del órgano a explorar, que no quede expresamente especificado en la relación de tarifas máximas.
- d) En la práctica de la Ventriculografía, si en el mismo procedimiento se procede a la realización de exploración en reposo y exploración tras esfuerzo o intervención farmacológica, el precio máximo será el de la exploración tras esfuerzo o intervención farmacológica incrementado en un 20%.

.....

3. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

3.1 HEMODINÁMICA CARDIACA TERAPÉUTICA Y ANGIOPLASTIAS

Diagnósticos CIE-9-MC		Procedimientos CIE-9-MC		Tarifa Máxima
Código	Descripción	Código	Descripción	
410.0 a 414.0, 414.8 y 9	Cardiopatía isquémica	36.0	Angioplastia coronaria transluminal percutánea simple (ACTP)	3.388,74
		36.0 + 88.5	Angioplastia transluminal coronaria incluyendo angiocardiografía	3.490,40
394.0 a 397.9 y 424.0 a 424.99	Patología de válvulas cardíacas	35.96	Valvuloplastia percutánea	3.388,74
		35.96 + 88.5	Valvuloplastia percutánea incluyendo angiocardiografía	3.524,30
		37.25	Biopsia endomiocárdica	1.016,62
745	Anomalías de cierre septal cardíaco	35.52	Cierre percutáneo de Comunicación interauricular (CIA)	3.388,74
747.0	Conducto arterioso permeable	38.85	Cierre percutáneo de Ductus arterioso	3.388,74
440.9	Arteriosclerosis de arterias no especificadas	39.5+ 39.50	Angioplastia percutánea transluminal de vaso no coronario vascular periférica	3.388,74

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de hemodinámica cardiaca y angioplastias, se considera incluido:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.
- Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias o específicas que sea preciso realizar al paciente con anterioridad al procedimiento a que vaya a ser sometido.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso, así como la sangre y hemoderivados
- Curas.
- Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano y anestesia si se precisa.
- El material fungible necesario durante la hospitalización y en los controles pre y postoperatorios, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.
- La anatomía patológica de los procedimientos que la requieran siguiendo las directrices del conocimiento científico actualizado en cada momento, y de la Comisión Nacional de Especialidades.
- El coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Estancias en Unidad de Cuidados Intensivos que pudiera precisar.
- Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las reintervenciones terapéuticas necesarias que haya que realizar al paciente, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado, y se realicen en plazo de tiempo no superior a tres meses, a contar desde el día siguiente a producirse el alta definitiva.

- Las consultas posthospitalarias de revisión que sean necesarias, debiendo realizarse al menos, dos y todas las que se consideren indicadas durante el primer año tras la realización del procedimiento. En cada una de las consultas se realizarán las exploraciones complementarias rutinarias o especiales o procedimientos terapéuticos que se consideren indicados.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.

No se incluirá el material protésico, considerándose como tal el "stent" vascular, las prótesis valvulares y las prótesis utilizadas en los procedimientos 35.52 y 38.85. No se considerarán como prótesis los catéteres, introductores, electrodos, generadores de marcapasos transitorios y otro material fungible de uso durante los procedimientos.

Las prótesis citadas se facturarán a precio de coste al Órgano de Contratación que establezca el contrato correspondiente. La entidad ofertante especificará en la oferta de licitación el tipo de prótesis, marca, precio y técnica de implantación. La elección de las mismas deberá contar con la aprobación previa del Órgano de Contratación.

3.2 RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA

Diagnósticos CIE-9-MC		Procedimientos CIE-9-MC		Tarifas máximas
Código	Descripción	Código	Descripción	
239.6, 239.7	Neoplasia del Sistema Nervioso Central	92.3	Radiocirugía estereotáxica	8.225,10
747.81	Malformaciones vasculares cerebrales	92.3	Radiocirugía estereotáxica	9.870,11

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de radiocirugía estereotáxica, se considera incluido:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.
- Angiografía cerebral bajo condiciones estereotáxicas (solo en las malformaciones vasculares).
- T.A.C. cerebral en condiciones estereotáxicas, más RNM realizada en condiciones que permita la fusión de imágenes con las del TAC.
- Ingreso en clínica (en tratamientos en dosis única).
- Medicación durante el proceso.
- Dosimetría clínica con sistema de planificación que permita fusión de imágenes de TAC, RNM y/o angiografía.
- Control de calidad del tratamiento y del equipamiento utilizado según normativa vigente.
- El tratamiento con radiocirugía estereotáxica (única o fraccionada).
- El coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- La utilización de quirófano y anestesia si se precisa.
- El material fungible necesario durante la hospitalización y en los controles pre y posteriores al tratamiento, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.
- Asistencia médica por personal especializado: neurorradiólogo, neurocirujano, radioterapeuta, radiofísico, ATS y técnicos especialistas en radioterapia.
- Informe clínico al finalizar el tratamiento, por escrito.
- Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las consultas posthospitalarias de seguimiento que se considere conveniente en los dos primeros años tras la realización del tratamiento. En cada una de las consultas se realizarán las exploraciones complementarias rutinarias o especiales, o procedimientos terapéuticos que se consideren indicados.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.

3.3 RADIOTERAPIA**3.3.1. Radioterapia convencional y radioterapia externa conformada en 3 dimensiones (3D)**

Procedimiento. CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción	
92.24	Radioterapia de complejidad tipo I	800,40
	Radioterapia de complejidad tipo II	2.381,00
	Radioterapia de complejidad tipo III	3.251,55
	Radioterapia de complejidad tipo IV o de Intensidad Modulada.	6.059,85

Las tarifas máximas por procedimiento completo de RT de complejidad I y II, incluirán lo siguiente:

- Primera consulta, con evaluación multidisciplinar del paciente.
- Imágenes de localización y planificación.
- Planificación del tratamiento.
- Dosimetría clínica individualizada.
- Simulación del tratamiento.
- Las sesiones correspondientes de radioterapia según protocolos establecidos.
- Medicación, así como todos los gastos de material sanitario que se requieran durante el procedimiento.
- Asistencia especializada por oncólogo-radioterapeuta, radiofísico, los médicos especialistas que procedan, ATS y técnicos especialistas en radioterapia.
- Material adicional utilizado en el tratamiento: inmovilizadores, bolus y otros fungibles.
- Control de calidad del tratamiento y del equipamiento necesario, según la normativa vigente.
- Evaluación final del tratamiento con informe clínico resumen, por escrito.
- Los costes derivados de posibles complicaciones que pudieran presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y /o del procedimiento realizado, correrán a cargo de la entidad adjudicataria.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.

Las tarifas máximas por procedimiento completo de RT de complejidad III, incluirán además de lo especificado en el apartado anterior lo siguiente:

- TAC de localización y planificación, con apoyo de imágenes de RNM y/o PET, si fuera necesario.
- Sistemas de inmovilización adecuados.
- Dosimetría computarizada en 3D que permite simulación virtual, con conformación adecuada al PTV (volumen blanco de planificación).
- Las sesiones correspondientes de radioterapia con Acelerador Lineal de Electrones, según protocolos establecidos.

Las tarifas máximas por procedimiento completo de RT de complejidad IV o Radioterapia de Intensidad Modulada, incluyen, además de lo especificado para la RT de complejidad III, lo siguiente:

- Dosimetría mediante planificación inversa.
- Inmovilización apropiada y específica en todos los casos.

3.3.2. Braquiterapia

Procedimiento. CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento completo
Código	Descripción	
92.27	Braquiterapia de complejidad I	2.003,65
	Braquiterapia de complejidad II	3.181,39
	Braquiterapia de complejidad III	4.950,13
	Braquiterapia de complejidad IV	9.886,45

Las tarifas máximas por procedimiento completo de Braquiterapia de complejidad I incluirán lo siguiente:

- Consulta inicial con evaluación multidisciplinar del paciente.
- Planificación del tratamiento.
- Imágenes para localización y dosimetría (Rx, TAC, Ultrasonidos).
- Dosimetría clínica.
- Control de calidad del tratamiento y del equipamiento necesario, según la normativa vigente.
- Las sesiones correspondientes de radioterapia según protocolos establecidos.
- Medicación, así como todos los gastos de material sanitario que se requieran durante el procedimiento.
- Asistencia especializada por oncólogo-radioterapeuta, radiofísico, ATS y técnicos especialistas de radioterapia, y aquellos otros facultativos especialistas según la patología de que se trate, si procede.
- Ingreso hospitalario, si procede.
- Evaluación final del tratamiento con informe clínico resumen, por escrito.
- Los costes derivados de posibles complicaciones que pudieran presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y /o del procedimiento realizado, correrán a cargo de la entidad adjudicataria.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.

Las tarifas máximas por procedimiento completo de Braquiterapia de complejidad II, III y IV, incluirán:

- Todos los conceptos enumerados para la Braquiterapia de complejidad I, y además cada uno de los procedimientos incluidos en los diferentes niveles de complejidad requiere una mayor dedicación en tiempo y medios materiales, así como una elaboración más exhaustiva.
- Para aquellos procedimientos de complejidad IV, en los que el tratamiento precisa el implante de "semillas", el precio de éstas se incluirá en el global.

3.4 MEDICINA NUCLEAR

Procedimientos CIE-9-MC			Tarifa máxima por procedimiento completo
Código		Descripción	
92.29	Oncología	Tto. del dolor metastásico óseo	1.566
		Tto. del Cáncer Tiroides con yodo 131	1.644
	Endocrinología	Tto. con yodo en régimen ambulatorio para el Hipertiroidismo: Unidosis	143
		Tto. con yodo en Hipertiroidismo: Dosis fraccionadas	223
	Hematología	Tto. de Policitemia Vera	179

	Osteoarticular	Sinoviortesis / Ttos. intraarticulares	222
--	-----------------------	--	-----

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de Medicina Nuclear anteriores, se consideran incluidos:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.
- Preparación adecuada del paciente.
- Los radiofármacos que sean necesarios para el tratamiento adecuado.
- Controles de calidad requeridos por la normativa vigente.
- En el caso de utilizar un radiofármaco que así lo requiera el paciente, deberá permanecer en la instalación el tiempo estimado por la normativa vigente, en una estancia adecuada.
- Recomendaciones adicionales al paciente, por escrito, tras realizar el tratamiento.

3.5 LITOTRICIA RENAL EXTRACORPÓREA

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción	
98.51	Litotricia Renal extracorpórea	889,69

En la tarifa máxima establecida el procedimiento de Litotricia Renal Extracorpórea, se consideran incluidos:

- Consulta externa para evaluación del paciente y planificación del tratamiento.
- Aplicación de la terapia con ondas de choque.
- Control del resultado del tratamiento, mediante técnica ecográfica o radiológica.

3.6 TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS FARMACOLÓGICOS

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión/día	Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción		
99.25	Quimioterapia	11,95	
96.49	IVE con RU		465,30

La tarifa máxima para el procedimiento 99.25 (Quimioterapia), incluye:

- Aplicación del tratamiento en una sala adecuada dentro de un centro sanitario.
- Control médico y de ATS durante la aplicación del tratamiento.
- Tratamiento medicamentoso básico y material fungible que precise.
- No se incluye en la tarifa máxima los fármacos quimioterápicos. El Órgano de Contratación establecerá los mecanismos para su facturación.

La tarifa máxima para el procedimiento 96.49 (IVE con RU) incluirá:

- Consulta para la evaluación de la paciente y planificación del tratamiento:
Deberá incluir: Analítica de sangre, ecografía ginecológica y prevención de la isoimmunización si es preciso.
- Administración de RU 486
- Administración de Prostaglandinas.

- Nueva ecografía
- Realización de un legrado uterino si la paciente lo precisa para completar el tratamiento.
- Consulta de revisión

3.7 HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL

3.7.1. Hemodiálisis por sesión

La tarifa máxima por sesión de hemodiálisis, incluye el coste del concentrado de bicarbonato.

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión	
Código	Descripción		
39.95	Hemodiálisis en Centros hospitalarios	154,58	
	En centro satélite con personal sanitario del SALUD	113,27	
	En centro satélite con personal sanitario de la empresa concertada	149,80	
	Hemodiálisis en un club de diálisis:		
	Que realicen 250 o menos sesiones de tratamiento al mes a pacientes.	173,24	
	Que realicen entre 251 y 390 sesiones de tratamiento al mes a pacientes	157,07	
	Que realicen entre 391 y 780 sesiones de tratamiento al mes a pacientes	153,47	
	Que realicen más de 780 sesiones de tratamiento al mes a pacientes	149,92	
	En el domicilio del paciente con máquina	137,15	

3.7.2. Diálisis peritoneal domiciliaria, por día

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción	
54.98	Diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC)	41,11
	Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora alto volumen (mayor de 15 litros/día)	70,55
	Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora bajo volumen (menor de 15 litros/día)	56,93

3.7.3. Suplementos de diálisis

- a) Suplemento de diálisis peritoneal Ambulatoria con solución de poliglucosa

Descripción	Tarifa máxima por sesión
En todas las modalidades de DPA: continua, con cicladora o con último cambio automático	6,09

- b) Suplemento de diálisis peritoneal Ambulatoria con soluciones basadas en el bicarbonato

Descripción	Tarifa máxima por sesión
En todas las modalidades de DPA: continua, con cicladora o con último cambio automático	12,00

3.7.4. Suplemento de material fungible y fijo

A los efectos de facturación y abono de los servicios de "hemodiálisis a domicilio" y "diálisis peritoneal ambulatoria continua", las tarifas establecidas en los apartados 3.7.1, y 3.7.2 para estas prestaciones se diferenciarán, dada su distinta fiscalidad, en los conceptos que se recogen en el siguiente cuadro:

Procedimiento CIE-9-MC			Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción		
39.95	Hemodiálisis a domicilio con máquina	Material fungible	66,05
		Material fijo	67,11
54.98	Diálisis peritoneal ambulatoria continua	Material fungible	43,58
		Material fijo	47,13
	Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora alto volumen (mayor de 15 l/día)	Material fungible	57,93
		Material fijo	15,09
Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora bajo volumen (menor de 15 l/día)	Material fungible	47,13	
	Material fijo	11,79	

Con independencia de la tarifa por sesión fijada para los servicios de "hemodiálisis en domicilio del paciente con máquina", se abonarán a la firma comercial los gastos por la instalación de los aparatos, previa conformidad del órgano contratante, exclusivamente para aquellos pacientes que utilicen, por primera vez, el tratamiento de hemodiálisis en su domicilio.

3.8 TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y DEL SUEÑO

3.8.1. Tratamiento domiciliario del síndrome de apnea del sueño e insuficiencias respiratorias.

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción	
93.90	CPAP	1,79
93.91	BIPAP espontánea (doble presión)	2,58
	BIPAP controlada (doble presión)	4,55
96.70	Respirador volumétrico, 12 horas	7,18
	Respirador volumétrico, 24 horas	10,75
	Monitor de apnea.	5,39

Las tarifas máximas por sesión incluirán:

- Atención al paciente dentro de los 3 días naturales del aviso o dentro de las 24 horas en caso de urgencia justificada.
- Instalación de equipo completo en el domicilio del paciente. Dichos equipos estarán homologados por la autoridad competente y su elección deberá contar con la aprobación previa del Órgano de Contratación.
- Accesorios: gafas o mascarilla adecuada a cada paciente y conjunto de sujeción de la mascarilla.
- Revisión en el domicilio del paciente con periodicidad trimestral, complementada con una revisión telefónica mensual respecto a la adecuación del servicio que se presta, para los tratamientos con CPAP y BIPAP espontánea.
- Revisión en el domicilio del paciente con periodicidad mensual, para el tratamiento con BIPAP controlada.
- Recepción y avisos durante las 24 horas del día. Reparación de averías o reposición del equipo dentro de las 24 horas hábiles del aviso.
- Retirada del equipo al finalizar el tratamiento.

- Realización de pulsioximetría nocturna domiciliaria en aquellos pacientes que bajo orden facultativa se crea necesaria para asegurar el correcto funcionamiento y corrección de las desaturaciones de la oxihemoglobina reflejadas en el estudio basal.

Las tarifas máximas por sesión, para los tratamientos con Respirador volumétrico, incluirán además de lo anterior:

- Aspirador de secreciones.
- Material fungible necesario si precisa aplicación de tratamiento por traqueostomía.
- Una primera visita a las 24 horas de la instalación en el domicilio para verificar el correcto funcionamiento del equipo por un Técnico, que se repetirá a los 7 días y luego una vez al mes.
- La empresa dispondrá de un equipo de enfermería especializado en estos tratamientos que realizarán:
 - Durante la primera semana una llamada telefónica cada 48 horas para detectar posibles problemas, realizando visita si fuera preciso.
 - Una visita a los 7 días.
 - Dos llamadas telefónicas por semana a partir de la segunda semana.
 - Posteriormente una visita mensual.
 - Informe clínico de cada visita de enfermería.

3.8.2. Oxigenoterapia a domicilio

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción	
93.96	Oxigenoterapia con concentradores	2,65
	Oxigenoterapia con cilindro o bala de oxígeno	2,82
	Oxígeno líquido	7,10

En las tarifas máximas se incluirá:

- Instalación de la bombona y equipo necesario para la administración de oxígeno en el domicilio del paciente, en cualquiera de las modalidades especificadas en la tabla anterior.
- Dichos equipos estarán homologados por la autoridad competente y su elección deberá contar con la aprobación previa del Órgano de Contratación.
- Las gafas nasales o las mascarillas para la administración de oxígeno, serán nuevas en cada instalación y se cambiarán mensualmente.
- Recepción y avisos durante las 24 horas del día. Reparación de averías o reposición del equipo dentro de las 24 horas hábiles del aviso, mediante un servicio de Asistencia Técnica.
- Mensualmente y por muestreo, se hará una revisión telefónica a los pacientes respecto a la adecuación del servicio que se presta y a su grado de satisfacción.
- En el tratamiento mediante concentrador de oxígeno, se realizará una visita trimestral por el Técnico, debidamente habilitado, para el mantenimiento preventivo en el domicilio del paciente.
- Revisión exhaustiva del concentrador y de los equipos de oxígeno líquido como mínimo con carácter anual en talleres especializados.

3.8.3. Aerosolterapia y ventiloterapia

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción	
93.94	Tratamiento individualizado de aerosolterapia con nebulizador ultrasónico	1,06
	Tratamiento individualizado de aerosolterapia con alto flujo.	1,53

La tarifa máxima incluye:

- Instalación del equipo necesario para la administración de aerosolterapia en el domicilio del paciente, en cualquiera de las modalidades especificadas en la tabla anterior.
- Dichos equipos estarán homologados por la autoridad competente y su elección deberá contar con la aprobación previa del Órgano de Contratación.
- Material fungible necesario.
- Mensualmente y por muestreo, se hará una revisión telefónica a los pacientes respecto a la adecuación del servicio que se presta y a su grado de satisfacción.
- Recepción y avisos durante las 24 horas del día. Reparación de averías o reposición del equipo dentro de las 24 horas hábiles del aviso, mediante un servicio de Asistencia Técnica.

3.9 TRATAMIENTO DOMICILIARIO CON ANTICOAGULANTES ORALES

Descripción	Tarifa máxima por paciente
Adiestramiento, capacitación, seguimiento y control de pacientes para tratamiento con anticoagulantes orales.	152,00

Se considera tarifa máxima por paciente incorporado al programa de autotratamiento domiciliario con anticoagulantes orales y comprende las siguientes actividades:

- Citación de los pacientes derivados.
- Adiestramiento, capacitación en el uso del equipo medidor, interpretación de resultados y rangos de seguridad.
- Recepción de incidencias y seguimiento de resultados
- Emisión de informe de capacitación para cada paciente
- Validación y seguimiento de resultados de las modificaciones terapéuticas propuestas por el paciente

3.10 TRATAMIENTO CON CÁMARA HIPERBÁRICA

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por sesión
Código	Descripción	
93.95	Oxigenoterapia Hiperbárica	48,47

La tarifa máxima por sesión incluye la presencia del facultativo especialista durante la aplicación del tratamiento y revisión médica del paciente al final de la misma.

La consulta externa de valoración y planificación del tratamiento, se facturará como si fuera una sesión más. En ella se realizarán las exploraciones diagnósticas rutinarias o específicas que sea preciso realizar al paciente con anterioridad al inicio del procedimiento terapéutico.

3.11 TRATAMIENTOS VÍA ENDOSCÓPICA

3.11.1. Técnicas endoscópicas de menor complejidad:

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción	
42.33	Esclerosis de varices esofagagástricas	208,89

44.43	Esclerosis de ulcus gastroduodenal	208,89
44.13	Extracción de cuerpo extraño por gastroscopia	168,01
42.92	Dilatación esofágica	244,69
45.42	Polipectomía de colon por endoscopia	167,52
57.49	Polipectomía vesical por endoscopia	167,52
43.11	Gastrostomía percutánea endoscópica	223,43
45.24	Enteroscopia de doble balón	3.312,00

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de endoscopias de menor complejidad, se considera incluido:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento, y realización de las pruebas diagnósticas rutinarias o específicas que sea preciso practicar al paciente con anterioridad al procedimiento a que vaya a ser sometido.
- El tratamiento medicamentoso y curas que se requiera durante la realización del procedimiento.
- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano y sedación si se precisa
- El material fungible necesario durante la realización del procedimiento y en los controles pre y posteriores al tratamiento.
- La anatomía patológica de los procedimientos que la requieran siguiendo las directrices del conocimiento científico actualizado en cada momento.
- Seguimiento posterior a la realización del tratamiento, si precisa.
- Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las reintervenciones terapéuticas necesarias que haya que realizar al paciente, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado, en las 48 horas posteriores a la aplicación del tratamiento.

3.11.2. Técnicas endoscópicas de mayor complejidad:

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción	
51.10	Colangiografía retrógrada endoscópica terapéutica	596,10
51.84	Dilatación endoscópica de ampolla, esfínter de Oddi y conductos biliares	393,29
51.85	Esfínterotomía / papilotomía endoscópica	393,29
51.99	Colocación de endoprótesis biliar o pancreática	636,70

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de endoscopias de mayor complejidad, se considera incluido:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.
- Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias o específicas que sea preciso realizar al paciente con anterioridad al procedimiento a que vaya a ser sometido.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso, así como la sangre y hemoderivados.
- Curas.
- Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano y anestesia si se precisa.

- El material fungible necesario durante la hospitalización y en los controles pre y postoperatorios, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.
- La anatomía patológica de los procedimientos que la requieran siguiendo las directrices del conocimiento científico actualizado en cada momento.
- Material protésico. La entidad ofertante especificará en la oferta de licitación el tipo de prótesis, marca, precio y técnica de implantación. La elección de las mismas deberá contar con la aprobación previa del Órgano de Contratación.
- El coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Estancias en Unidad de Cuidados Intensivos que pudiera precisar.
- Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las reintervenciones terapéuticas necesarias que haya que practicar al paciente, durante el mes siguiente tras la realización del procedimiento, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las consultas posthospitalarias de revisión que sean necesarias.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.

3.12 TRATAMIENTOS CON LÁSER

Procedimiento CIE-9-MC		Tarifa máxima por procedimiento
Código	Descripción	
86.3	Láser para nevus gigantes, nivel I	1.594,42
	Láser para nevus gigantes, nivel II	2.657,36
	Láser para nevus gigantes, nivel III	3.720,31
	Láser para malformaciones venosas congénitas, nivel I	2.125,89
	Láser para malformaciones venosas congénitas, nivel II	2.763,66
	Láser para malformaciones venosas congénitas, nivel III	4.039,19
86.3	Láser de luz verde HPS	5.000,00

En las tarifas máximas para cada uno de los niveles de complejidad de procedimientos con láser y siguiendo los protocolos que se establezcan para cada uno de ellos, teniendo en cuenta, la patología a tratar, su localización o extensión, el número de máquinas utilizadas y el tiempo de quirófano. No obstante como mínimo se considera incluido:

- Consulta externa de valoración y planificación del tratamiento.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso.
- Curas.
- Alimentación.
- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- La utilización de quirófano y anestesia.
- Utilización de diferentes tipos de láser en función de la patología, localización y extensión de la misma.
- El material fungible necesario durante la hospitalización y en las revisiones tras la aplicación del tratamiento, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.
- El coste en hospitalización de un día.
- Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento realizado.
- Las consultas posthospitalarias de revisión que sean necesarias.
- El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del Órgano de Contratación, sea necesario su remisión al hospital correspondiente.

3.13 REHABILITACIÓN

3.13.1.Rehabilitación Ambulatoria

Descripción según Categoría Mayor Diagnóstica	Descripción del procedimiento	Tarifas máximas con médico rehabilitador del Salud	Tarifas máximas con médico rehabilitador de la entidad concertada	Número mínimo de sesiones por procedimiento	
Accidente vascular cerebral (AVC) con hemiplejía	AVC con hemiplejía con/sin alteración del lenguaje y/o del habla.	355	385	40	
Enfermedades del sistema nervioso central	Enfermedades del sistema nervioso central	235	265	25	
Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías	Síndromes caniculares y/o de atrapamiento	155	185	15	
	Afecciones traumáticas del sistema nervioso periférico	355	385	40	
	Otras afecciones del sistema nervioso y neuromiopatías	355	385	40	
Traumatismo craneoencefálico (TCE)	Traumatismo cráneo-encefálico	435	465	50	
Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades	Afecciones traumáticas osteoarticulares de las extremidades	Fracturas extremo proximal del húmero	235	265	25
		Fractura de muñeca	155	185	15
		Resto de las patologías incluidas	275	305	30
	Afecciones traumáticas de las partes blandas de las extremidades	Esguince de tobillo (*)	155	185	15
		Resto de las patologías incluidas	155	185	15
	Politraumatismos con lesiones complejas de las extremidades.	355	385	40	
Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades	Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas del hombro.	Hombro doloroso (*)	155	185	15
		Resto de las patologías incluidas	195	225	20
	Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de la rodilla.	Gonartrosis (*)	155	185	15
		Resto de las patologías incluidas	155	185	15
	Otras afecciones no traumáticas osteo-articulares y de las partes blandas de las extremidades (excepto del hombro y rodilla).	Coxartrosis (*)	155	185	15
		Tendinopatía de muñeca (*)	155	185	15
		Artrosis de muñeca (*)	155	185	15
	Resto de las patologías incluidas	155	185	15	
	Artritis	155	185	15	
	Algoneurodistrofias	395	425	45	
Artroplastias	315	345	35		
Linfedema	195	225	20		
Afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular	Afecciones traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular.		155	185	15
	Síndromes álgicos vertebrales de características mecánicas y/o degenerativas	Cervicalgia (*)	155	185	15
		Dorsalgia (*)	155	185	15
		Lumbociática (*)	155	185	15
		Resto de las patologías incluidas	155	185	15
Otras afecciones vertebrales	155	185	15		
Amputaciones	Amputaciones	355	385	40	

Grupo específico de patología infantil	Deformidades vertebrales, acortamientos musculares y otras alteraciones del sistema músculo-esquelético	355	385	40
Grupo específico de patología senil	Síndrome de inmovilidad	155	185	15

La tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de Rehabilitación Ambulatoria descritos en la tabla anterior, se refiere a procesos completos, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de ellos, y que comprenden, como mínimo:

- Consulta inicial de valoración y planificación del tratamiento, realizada por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación pertenecientes al Servicio Público de Salud o a la Entidad Concertada, (según los protocolos conveniados).
- Las consultas de revisión realizadas por un médico rehabilitador necesarias para cada proceso, hasta la finalización del tratamiento. Para aquellos procedimientos que requieran un número de sesiones igual o mayor de 20, será obligatoria una consulta de revisión como mínimo.
- El número de sesiones de fisioterapeuta o terapeuta ocupacional, que aparecen en la tabla anterior, se considerará mínimo para cada proceso, con las excepciones contempladas en los protocolos conveniados.
- Consulta al finalizar el tratamiento, realizada por el médico especialista y emisión de informe clínico, por escrito.

Para aquellos procedimientos en los que por su menor complejidad no sea preciso la asistencia por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, señalados en la Orden mediante (*), la tarifa máxima comprenderá, como mínimo:

- Consulta inicial de valoración y planificación del tratamiento, realizada por un fisioterapeuta.
- El número de sesiones de fisioterapeuta o terapeuta ocupacional que aparecen en la tabla anterior, para cada proceso, se considerará mínimo.
- Emisión de informe clínico por el fisioterapeuta, por escrito, al alta definitiva.

3.13.2. Rehabilitación domiciliaria

Descripción según Categoría Mayor Diagnóstica	Descripción del proceso	Tarifas máximas sin médico Rehabilitador	Número mínimo de sesiones por procedimiento
Accidente vascular cerebral (AVC) con hemiplejía	AVC con hemiplejía en fase aguda	680	40
	AVC con hemiplejía en fase crónica	510	30
Enfermedades del sistema nervioso central	Parkinson	425	25
	Esclerosis múltiple	425	25
	Otras enfermedades del sistema nervioso central	425	25
Lesiones de la médula espinal	Lesiones de la médula espinal	510	30
Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías	Síndromes caniculares y/o de atrapamiento	255	15
	Afecciones traumáticas del sistema nervioso periférico	680	40
	Otras afecciones del sistema nervioso y neuromiopatías	680	40
Traumatismos cráneo encefálicos	Traumatismos cráneo encefálicos	850	50
Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades	Fracturas de la epífisis proximal del húmero	425	25
	Fracturas de la epífisis proximal del fémur	510	30
	Politraumatismos con lesiones complejas de las extremidades	680	40
	Otras afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades	340	20
Afecciones no traumáticas	Artoplastia de rodilla	595	35

osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades	Artroplastia de cadera	595	35
	Otras afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades (excepto artroplastia de rodilla y de cadera)	340	20
Afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular	Afecciones vertebrales sin lesión medular	255	15
Amputaciones	Amputación de la/s extremidad/es inferior/es	680	40
Enfermedades respiratorias	E.P.O.C.	340	20
Grupo específico de patología infantil	Miopatías	680	40
Grupo específico de patología senil	Síndrome de inmovilidad	255	15

La tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos de Rehabilitación Domiciliaria descritos en la tabla anterior, se refiere a procesos completos, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de ellos, y que comprenden como mínimo:

- Consulta inicial de valoración y planificación del tratamiento, realizada por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, pertenecientes al Servicio Público de Salud o a la Entidad Concertada, (según los protocolos conveniados).
- Las consultas de revisión realizadas por un médico rehabilitador necesarias para cada proceso, hasta la finalización del tratamiento. Para aquellos procedimientos que requieran un número de sesiones igual o mayor de 20, será obligatoria una consulta de revisión como mínimo.
- El número de sesiones de fisioterapeuta o terapeuta ocupacional, que aparecen en la tabla anterior, se considerará mínimo para cada proceso, con las excepciones contempladas en los protocolos conveniados.
- Consulta al finalizar el tratamiento, realizada por el médico especialista y emisión de informe clínico, por escrito.
- Desplazamiento hasta el domicilio del paciente.

3.13.3. Foniatría y logopedia.

Descripción según Categoría Mayor Diagnóstica	Descripción del procedimiento	Tarifa máxima por proceso	Duración mínima de tratamiento
Alteraciones del lenguaje, de la voz y del habla	Disfonía	400,73	6 meses
	Afasia	801,46	12 meses
	Disartria	533,60	8 meses
	Trastornos de la fluencia	400,73	6 meses
	Anomalías funcionales dentofaciales	400,73	6 meses
	Laringuectomía	400,73	4 meses
	Implante coclear- pacientes postlocutivos, en niños	4.874,66	24 meses
	Implante coclear- pacientes prelocutivos, en niños	7.975,27	36 meses
	Implante coclear- pacientes postlocutivos, en adultos	3.655,46	6 meses
	Implante coclear - pacientes prelocutivos, en adultos	5.981,20	12 meses

La tarifa máxima establecida para cada uno de los procedimientos terapéuticos enumerados en la tabla anterior, (se refieren a proceso completo, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de ellos). No obstante, como mínimo se considera incluido:

- Consulta inicial de valoración y planificación del tratamiento, realizada por un médico especialista en Rehabilitación/ Foniátra.
- Las consultas de revisión realizadas por un médico Rehabilitador/Foniátra necesarias para cada proceso, hasta la finalización del tratamiento, siendo como mínimo una consulta mensual.

- La duración para cada procedimiento que aparece en la tabla anterior, se considerará mínima y de obligado cumplimiento.
- Las sesiones para cada modalidad terapéutica serán impartidas por un logopeda. El número y duración de las mismas vendrán determinadas en los protocolos establecidos al efecto.
- En el caso de laringuectomizados, en modalidad terapéutica de recuperación del habla esofágica las sesiones podrán ser realizadas por personal especializado.
- Consulta médica realizada por un médico especialista en rehabilitación/foniatra al final del proceso terapéutico.
- Emisión de informe médico, por escrito, al alta definitiva.

3.13.4. Rehabilitación para parálíticos cerebrales.

Descripción del procedimiento	Tarifas máximas
Por cada mes completo de tratamiento de rehabilitación integral, incluyendo fisioterapia, logopedia, foniatría, terapia ocupacional, ortopedia y neuropediatría.	230,86
Por cada sesión de tratamiento	9,83

La tarifa máxima anterior correspondiente a tratamiento de rehabilitación para parálíticos cerebrales por meses completos, incluye:

- Consulta inicial multidisciplinar de valoración y planificación del tratamiento.
- Consultas de revisión necesarias durante el tratamiento. Se realizará como mínimo una mensual.
- La rehabilitación integral mensual incluye 20 sesiones.

La tarifa máxima por sesión de tratamiento, será de aplicación cuando el tratamiento requerido exceda de uno o más meses completos.

.....

4. ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES

4.1. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA DE PACIENTES EN FASE AGUDA

Tipo de cuidado	Tarifa máxima
Internamiento en fase aguda	3.000

Se consideran tarifas máximas por el tipo de cuidado, entendiéndose que son los cuidados que precisa el paciente por sufrir un proceso agudo de su enfermedad cuyo tratamiento requiere hospitalización. Serán siempre derivados desde un Servicio de Urgencias de un Hospital del Sistema de Salud de Aragón. La finalidad del ingreso es conseguir que el paciente retorne a un estado de salud y funcional similar al existente antes de la reagudización.

Servicios incluidos:

Como mínimo se consideran incluidos:

- Internamiento en hospital de convalecencia: coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Asistencia por equipo médico, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- Atención personal básica: manutención, aseo y movilización.
- Informe de alta por el médico responsable.

4.2. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA CON REHABILITACIÓN

Tipo de cuidado	Tarifa máxima
Internamiento con RHB	9.810

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado, se refiere a la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta hospitalaria, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Internamiento en hospital de convalecencia: coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual, cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.

- Asistencia por equipo médico, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Actividades y procedimientos de enfermería:
 - Actividades de enfermería: Actividades de prevención y promoción de la autonomía y del autocuidado.
 - Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- Consulta médica de especialista en RHB.
- Técnicas diagnósticas y terapéuticas rehabilitador /fisioterapia/ terapia ocupacional.
- Atención personal básica: manutención, aseo y movilización.
- Informe de alta por el médico responsable.

4.3. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA SIN REHABILITACIÓN

Tipo de cuidado	Tarifa máxima
Internamiento sin RHB	7.510

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado, se refiere a la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta hospitalaria, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Internamiento en hospital de convalecencia: coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Asistencia por equipo médico, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- Atención personal básica: manutención, aseo y movilización.
- Informe de alta por el médico responsable.

4.4. INTERNAMIENTO HOSPITALES CONVALECENCIA CUIDADOS PALIATIVOS

Tipo de cuidado	Tarifa máxima
Internamiento cuidados paliativos	3.715

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado, se refiere a la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta hospitalaria, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Internamiento en hospital de convalecencia: coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Asistencia por equipo médico, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Tratamiento del dolor.
- Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.
 - Vendajes e inmovilizaciones.
 - Toma de muestras.
 - Toma de constantes.
 - Sondajes.
 - Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
 - Tratamiento postural.
 - Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.
 - Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- Atención personal básica: manutención, aseo y movilización.
- Informe de alta por el médico responsable.

4.5. HOSPITAL DE DÍA EN HOSPITAL DE CONVALECENCIA

Tipo de cuidado	Tarifa máxima
Hospital de Día	2.040

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado, se refiere a la atención sanitaria del proceso completo, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta hospitalaria, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Asistencia por equipo médico, enfermería y personal auxiliar sanitario.
- El tratamiento farmacológico que se requiera durante el proceso.
- Procedimientos de enfermería:
 - Aplicación de tratamientos.

- Vendajes e inmovilizaciones.
- Toma de muestras.
- Toma de constantes.
- Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.
- Técnicas diagnósticas y terapéuticas rehabilitador/fisioterapia/terapia ocupacional/terapia para déficit cognitivos.
- Atención personal básica.
- Manutención.
- Informe de alta por el médico responsable.

4.6. EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMILIARIA

Distancia desde la base del ESAD hasta el domicilio del paciente	Tarifa
Hasta 45 Km.	648
Entre 45 y 80 Km.	1.121
Más de 80 Km.	1.457

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por tipo de cuidado y tramo de distancia kilométrica, estando incluido de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro del tipo de cuidado hasta el alta, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de los tipos de cuidados. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Asistencia médica y/o de enfermería en domicilio:
 - Valoración inicial conjunta del paciente y de la unidad familiar con los profesionales de Atención Primaria que hayan solicitado colaboración del ESAD. Elaboración de planes de cuidados y estrategia de seguimiento con el EAP
 - Asesoramiento telefónico y presencial a profesionales de EAP en base a la historia clínica del paciente.
 - Atención directa a pacientes inmovilizados y/o en situación terminal, cuyo curso clínico lo requiera, aplicando las técnicas y tratamientos que se precisen dentro del tipo de cuidado.
 - Tratamiento del dolor.
 - Administración de medicación por vía subcutánea: en bolus o en infusión continua.
 - Vigilancia de cualquier tipo de dispositivos que lleve el enfermo (PEG, Reservorios, Sondas etc.).
 - Apoyo y administración de medicación en la agonía.
 - Control y registro de mórficos.
 - Consulta telefónica a cuidadores y familiares.
 - Información, formación y apoyo a cuidadores y familiares.
 - Detección y prevención de procesos de duelo patológicos.
 - Ayudar en la gestión de los procesos de duelo.
 - Adiestramiento y asistencia a los cuidadores para la atención personal básica del paciente: alimentación, aseo y movilización.
- Actividades y procedimientos de enfermería:
 - Actividades de enfermería:
 - Actividades de promoción de la autonomía y del autocuidado.
 - Actividades preventivas que necesariamente incluirán:
 - Prevención de déficit nutricional,
 - Prevención de accidentes y caídas,

Prevención de la polifarmacia y la automedicación,
Prevención de incontinencia urinaria,
Prevención del síndrome del cuidador
Apoyo emocional y seguimiento de los cuidadores familiares

○ Procedimientos de enfermería:

Aplicación de tratamientos.

Vendajes e inmovilizaciones.

Toma de muestras.

Toma de constantes.

Sondajes.

Apoyo en las paracentesis evacuadoras

Extracción manual de fecalomas

Cuidados de heridas, úlceras y ostomías.

Tratamiento postural.

Aplicación de aerosolterapia, oxigenoterapia y terapia respiratoria básica.

Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.

7. ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL

7.1. ASISTENCIA DENTAL BÁSICA

7.1.1. NIÑOS/ JÓVENES QUE ACUDEN REGULARMENTE A LAS REVISIONES	Tarifa Máxima
Precio caputivo: niño / año	51,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por la asistencia dental básica por niño/joven y año, y se refiere a la atención de los niños entre 6 y 16 años ambos inclusive que acuden regularmente a las revisiones, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de los servicios incluidos, de acuerdo con los protocolos que se establezcan para cada uno de los tipos de prestaciones. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

Servicios generales:

- Asistencia por equipo especializado, dentista, enfermería y/o personal auxiliar sanitario.
- Utilización de consulta autorizada
- Material fungible necesario.
- Informes clínicos de asistencia.

Prestaciones:

- Revisión diagnóstica del estado de salud bucodental.
- Instrucciones sanitarias sobre higiene y dieta.
- Sellado de fisuras de molares y premolares permanentes, Aplicación de flúor tópico.
- Tratamiento preventivo periodontal en dentición permanente: Tartrectomía.
- Extracciones de piezas temporales y permanentes a excepción de las de indicación exclusivamente ortodóncica.
- Obturaciones de piezas permanentes.
- Recubrimiento pulpar directo de piezas permanentes.
- Pulpotomía.de piezas permanentes
- Endodoncia.de piezas permanentes
- Apicoformación.
- Reconstrucción de piezas permanentes
- Radiografía simple diagnóstica.
- Tratamiento de urgencias bucodentales.

Todas las radiografías simples que sea necesario hacer como consecuencia del acto terapéutico que se realice se entenderán incluidas en el mismo.

7.1.2. NIÑOS/JÓVENES QUE NO ACUDEN REGULARMENTE A LAS REVISIONES	Tarifa Máxima
Precio caputivo: niño/año	51,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por la asistencia dental básica por niño/joven y año, y se refiere a la atención de los niños entre 6 y 16 años ambos inclusive que no acuden regularmente a las revisiones, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de los servicios incluidos, de acuerdo con los protocolos que se establezcan para cada uno de los tipos de prestaciones. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

Servicios generales:

- Asistencia por equipo especializado, dentista, enfermería y/o personal auxiliar sanitario.
- Utilización de consulta autorizada.
- Material fungible necesario.
- Informes clínicos de asistencia.

Prestaciones:

- Revisión diagnóstica del estado de salud bucodental.
- Instrucciones sanitarias sobre higiene y dieta.
- Sellado de fisuras de molares y premolares permanentes.
- Aplicación de flúor tópico.
- Tratamiento preventivo periodontal en dentición permanente: Tartrectomía.
- Extracciones de piezas temporales y permanentes.
- Tratamiento de urgencias bucodentales.

Precio por acto	Tarifas Máximas
Obturación de piezas permanentes	35,00
Recubrimiento pulpar directo	21,00
Pulpotomía de piezas permanentes	45,00
Endodoncia de piezas permanentes	64,00
Endodoncia Molar	120,00
Apicoformación, sesión	43,00
Reconstrucción de lesiones de piezas permanentes	50,00
Radiografía simple diagnóstica	14,00

Todas las radiografías simples que sea necesario hacer como consecuencia del acto terapéutico que se realice se entenderán incluidas en el mismo.

7.2. ASISTENCIA DENTAL ESPECIAL

7.2.1. TRATAMIENTOS DE NIÑOS/JÓVENES POR TRAUMATISMOS Y MALFORMACIONES DEL GRUPO DENTAL ANTERIOR Y POSTERIOR PERMANENTE	Tarifas Máximas
Precio por acto	
Obturación	35,00
Reconstrucción	50,00
Recubrimiento pulpar directo	21,00
Pulpotomía	45,00
Apicoformación	43,00
Endodoncia de piezas permanentes	64,00
Ferulización grupo anterior	73,00
Reimplante dentario	60,00
Extracción de restos radiculares	80,00
Prótesis parcial removible de 1 a 2 piezas	160,00

Prótesis parcial removible de 3 a 4 piezas	167,00
Reparación de prótesis	50,00
Perno colado	82,00
Corona provisional resina dentista	35,00
Corona metal resina	166,00
Corona metal porcelana	180,00
Sutura tejidos blandos	33,00
Radiografía simple diagnóstica	14,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por acto de asistencia dental especial por malformaciones y traumatismos del grupo dental anterior y posterior permanente en niño/joven, y se refiere a la atención de los niños entre 6 y 16 años ambos inclusive, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de los servicios incluidos, de acuerdo con los protocolos que se establezcan para cada uno de los tipos de prestaciones. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

Servicios generales:

- Asistencia por equipo especializado, dentista, enfermería y/o personal auxiliar sanitario.
- Utilización de consulta autorizada.
- Material fungible necesario.
- Informes clínicos de asistencia.

Todas las radiografías simples que sea necesario hacer como consecuencia del acto terapéutico que se realice se entenderán incluidas en el mismo.

7.2.2. TRATAMIENTOS PROTÉSICOS POR CARIES DE PIEZAS PERMANENTES EN NIÑOS/JÓVENES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE AFECTEN GRAVEMENTE AL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL	Tarifas Máximas
Precio por acto	
Ferulización grupo anterior	73,00
Prótesis parcial removible de 1 a 2 piezas	160,00
Prótesis parcial removible de 3 a 4 piezas	167,00
Reparación de prótesis	50,00
Perno colado	82,00
Corona provisional resina dentista	35,00
Corona metal resina	166,00
Corona metal porcelana	180,00
Radiografía simple diagnóstica	14,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifas máximas por acto de asistencia dental especial por niño/joven, y se refiere a la atención de los niños entre 6 y 16 años ambos inclusive que presentan enfermedades sistémicas que afectan gravemente al estado de salud bucodental, estando incluida de forma general toda la asistencia que precise el paciente dentro de los servicios incluidos, de acuerdo con los protocolos que se establezcan para cada uno de los tipos de prestaciones. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

Servicios generales:

- Asistencia por equipo especializado, dentista, enfermería y/o personal auxiliar sanitario.
- Utilización de consulta autorizada.
- Material fungible necesario.
- Informes clínicos de asistencia.

Todas las radiografías simples que sea necesario hacer como consecuencia del acto terapéutico que se realice se entenderán incluidas en el mismo.

7.3. ASISTENCIA QUIRÚRGICA

7.3.1. ASISTENCIA DENTAL DE NIÑOS CON HOSPITALIZACIÓN	Tarifa Máxima
Por proceso quirúrgico	500,00

Servicios incluidos:

Se consideran tarifa máxima de la asistencia dental a niño/joven, y se refiere a la atención de los que presenten características que hacen imprescindible el diagnóstico y tratamiento bucodental con anestesia general o sedación vigilada en medio hospitalario, estando incluidos de forma general todos los servicios que precise el paciente, de acuerdo con los protocolos que se establezcan para cada uno de los tipos de prestaciones. No obstante como mínimo se consideran incluidos:

- Una valoración preoperatoria, que incluye:
 - Consulta con el especialista.
 - Analítica general.
 - Electrocardiograma.
 - Radiografía de tórax.
 - Ortopantografía.
- Utilización de quirófano completamente equipado, así como del utillaje y material necesario para la cobertura de las prestaciones bucodentales básicas o especiales.
- Estancia hospitalaria con asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar de enfermería.
- Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- El coste de la estancia de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante la asistencia, así como la sangre y hemoderivados. El material fungible preciso durante la estancia, incluidas las curas.
- Facultativo especialista en Odontología, Anestesia y Reanimación e Instrumentista
- Atención en Unidad de Despertar.
- Disponibilidad del resto de zonas del bloque quirúrgico.

.....

8. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

8.1. HOSPITALIZACIÓN

Concepto	Tarifas máximas	Tramos
Estancia / Día (médica o quirúrgica) Hospitales grupos I, II y III*	95,74	Único
Estancia / Día (médica o quirúrgica) Hospitales grupos IV, V y VI*	124,20	Único
Estancia / Día (médica o quirúrgica) Hospitales grupo VII*	201,82	Único
Estancia / Día (médica o quirúrgica) con personal del Servicio Aragonés de Salud	93,15	Único
Estancia / Día en U.C.I.	548,30	Del 1º al 4º día
	433,75	A partir del 5º día

*Grupos establecidos según resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad de 1980 (B.O.E. de 3 de mayo). En el caso de que el centro no se encuentre calificado, deberá cumplir los requisitos establecidos en la citada Resolución para la inclusión en los grupos antes mencionados.

Servicios incluidos:

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los conceptos anteriores, se consideran incluidos:

- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar de enfermería.
- Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias para cada especialidad.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante la estancia, así como la sangre y hemoderivados.
- Curas.
- El material fungible necesario.
- Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.
- El coste de la estancia de hospitalización en habitación compartida o individual cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.
- Emisión de informe médico, por escrito, al alta.
- En el caso de hospitalización con personal propio del Servicio Aragonés de Salud, éste aportará como mínimo el personal médico, de enfermería y auxiliar de enfermería.
- En la hospitalización en U.C.I, además de los servicios anteriormente mencionados, se considerarán incluidas todas las atenciones más complejas y específicas de este tipo de unidades, que garanticen una adecuada asistencia al paciente.

Definiciones:

La hospitalización requerirá el ingreso del paciente en el hospital y la asignación de una cama de hospitalización, generando estancias entre la fecha de ingreso y la fecha de alta, de acuerdo con las siguientes definiciones:

- a) Camas de hospitalización: Son las destinadas a la atención continuada de pacientes ingresados incluyendo:
 - o Camas convencionales de hospitalización y de cuidados especiales (intensivos médicos y quirúrgicos).
- b) Estancias: Se entiende por estancia el conjunto de pernocta y tiempo que corresponde al suministro de una comida principal (almuerzo o cena). Si el centro utiliza el criterio de hora censal (24 horas), se podrá utilizar igualmente.

No se consideran estancias:

- o Las sesiones de diálisis a pacientes ambulatorios.

- La cirugía mayor ambulatoria.
- El tiempo de permanencia en unidades de reanimación, unidades de transición, observación y urgencias.

8.2. URGENCIAS NO INGRESADAS

Concepto	Tarifas máximas
Urgencia no ingresada	44,18

Servicios incluidos:

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los conceptos anteriores, se consideran incluidos:

- La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar de enfermería.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante la permanencia en el servicio de Urgencias, así como la sangre y hemoderivados
- Curas.
- Material fungible necesario.
- Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias para cada especialidad.
- Emisión de informe médico, por escrito, al alta.

Definiciones:

Son las asistencias sanitarias que se realizan por el servicio de Urgencias y que no generan ingreso hospitalario.

No se considerarán como tales las atenciones urgentes en consultas externas o en otras dependencias del hospital.

8.3. CONSULTAS EXTERNAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
--

Concepto	Tarifas máximas
Primera Consulta Hospitales grupos I, II y III*	31,56
Primera Consulta Hospitales grupos IV, V y VI*	44,18
Primera Consulta Hospitales grupo VII*	92,11
Consulta sucesiva Hospitales grupos I, II y III*	15,01
Consulta sucesiva Hospitales grupos IV, V y VI*	22,07
Consulta sucesiva Hospitales grupo VII*	45,54

*Grupos establecidos según resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad de 1980 (B.O.E. de 3 de mayo). En el caso de que el centro no se encuentre calificado, deberá cumplir los requisitos establecidos en la citada Resolución para la inclusión en los grupos antes mencionados.

Servicios incluidos:

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los conceptos anteriores, se consideran incluidos:

- La asistencia por médico especializado, enfermería y personal auxiliar de enfermería.
- Pruebas diagnósticas o terapéuticas rutinarias de la especialidad que se consideren indicadas.
- Curas.
- En su caso material fungible y medicamentoso.
- Emisión de informe médico, por escrito, al alta y/o a solicitud del facultativo remitente.

Quedan excluidas de estas tarifas, las consultas de atención especializada incluidas en los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos recogidos en esta Orden.

Definiciones:

Son los actos médicos realizados de forma ambulatoria, en un local de consultas externas especializadas, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y la exploración física.

No se considerarán como consultas facturables:

- Las realizadas por el personal de enfermería.
- Las realizadas a pacientes ingresados por peticiones interservicios.
- La realización ni el informe de pruebas diagnósticas complementarias.

Consultas primeras: Son las que se realizan a pacientes vistos por primera vez en una unidad de especialización concreta y por un proceso concreto.

Consultas sucesivas: Son todas aquellas que derivan de una primera consulta.

8.4.	CIRUGÍA MAYOR Y MENOR AMBULATORIA
-------------	--

Concepto	Tarifas máximas
Acto quirúrgico Cirugía Menor Ambulatoria	44,18
Sesión quirúrgica de Cirugía Menor con personal del Servicio Aragonés de Salud	437,92
Sesión quirúrgica de Cirugía Mayor Ambulatoria con personal del Servicio Aragonés de Salud	568,68
Sesión quirúrgica de Cirugía Mayor con hospitalización, con personal del Servicio Aragonés de Salud	744,06

Servicios incluidos:

En la tarifa máxima establecida para cada uno de los conceptos anteriores, se consideran incluidos:

- Acto quirúrgico.
- Valoración preoperatoria.
- La utilización de quirófano o sala de curas.
- El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el procedimiento.
- El material fungible necesario en el acto quirúrgico.
- Emisión de informe médico, por escrito, al alta definitiva.

Quedan excluidos de estas tarifas, los procedimientos quirúrgicos singularizados, recogidos en el Anexo I de esta Orden.

La sesión quirúrgica con personal del Servicio Aragonés de Salud, comprenderá como mínimo:

- Utilización de Quirófano completamente equipado, así como del utillaje básico, durante un turno completo de mañana o de tarde.
- Disponibilidad del resto de zonas del bloque quirúrgico.
- El tratamiento medicamentoso, con las excepciones establecidas en los protocolos, y el material fungible que se requiera durante el procedimiento.

Definiciones:

Se define Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como la práctica de un acto quirúrgico de procedimientos de mediana complejidad realizados con anestesia general, locorreional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, no causando ingreso en cama hospitalaria.

Se define Cirugía Menor Ambulatoria (cma) como la práctica de un acto quirúrgico de procedimientos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, realizados bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios en pacientes que no precisan ingreso. Son procedimientos que pueden realizarse en consulta externa.