

REPUBLICA DEL PERU



Resolución Jefatural

Surquillo, 31 de MARZO del 2016.

VISTO: El Informe N° 003-2016-CCT/INEN del Presidente de la Comisión Permanente de Costos y Tarifas del INEN;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" con fecha 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF-INEN), estableciéndose la jurisdicción, las funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

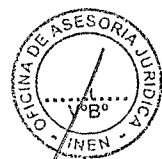
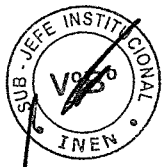
Que, en el literal m) del artículo 9° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF-INEN), faculta al Jefe del INEN a constituir mediante Resolución Jefatural, comités, comisiones y/o equipos de trabajo institucionales para evaluar y proponer recomendaciones que contribuyan a optimizar la ejecución de su misión, funciones, procesos, procedimientos, objetivos y actividades de gestión institucional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 246-2006/MINSA de fecha 13 de marzo de 2006, se aprobó el Documento Técnico: "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud", el cual tiene por finalidad mejorar el acceso a los servicios de salud a la población, ordenando y regulando la determinación de las tarifas en los establecimientos de salud públicos a nivel nacional y favoreciendo complementariamente su sostenibilidad operativa y financiera;

Que, la citada Resolución tiene como objetivo establecer las directrices y criterios técnicos que regulen la determinación de las tarifas de los servicios de salud en los establecimientos públicos en el marco de equidad, efectividad, transparencia, eficiencia y calidad en la atención;

Que, en dicho marco el Ministerio de Salud ha emitido la "Guía Metodológica de determinación de Costos de Servicios de Salud para el Sector Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 704 -2006/MINSA y la "Metodología para la Estimación de Costos Estándar en los Establecimientos de Salud", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 195-2009/MINSA, con el objeto de proporcionar una herramienta de ayuda al usuario del sistema de salud y uniformizar una metodología estándar de costeo, con un criterio uniforme para todos los establecimientos de salud;

Que, en ese orden de ideas, la Comisión Permanente de Costos y Tarifas, constituida mediante Resolución Directoral N° 244-DG-INEN-2005 y modificada mediante Resolución Jefatural N° 180-RJ-INEN-2007 y Resolución Jefatural N° 487-2012-



J/INEN, modificada finalmente por la Resolución Jefatural N° 305-2014-J/INEN, ha opinado a favor de la actualización del Tarifario Institucional, incorporando y actualizando los procedimientos aprobados mediante Acta de fecha 28 de enero de 2016, así como precisando los términos que allí se señalan;

Con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional, del Secretario General, del Director General de la Oficina General de Administración, de la Directora General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, del Director Ejecutivo de la Oficina de Contabilidad y Finanzas, del Presidente de la Comisión Permanente de Costos y Tarifas del INEN y del Director Ejecutivo de la Oficina de Asesoría Jurídica;



De conformidad con las atribuciones establecidas en la Resolución Suprema N° 008-2012-SA y el artículo 9° del Reglamento de Organización y Funciones del INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA;

SE RESUELVE:



ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el Tarifario Institucional 2016 – V.01 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN); el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.



ARTICULO SEGUNDO: ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación en el portal Web institucional y la difusión, de la presente resolución y su anexo.

ARTÍCULO TERCERO: DÉJESE sin efecto cualquier disposición que se oponga a la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y PUBLÍQUESE.



Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
[Signature]
MC. Tatiana Valdivia Rojas
Jefe Institucional



TARIFARIO INSTITUCIONAL
INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS

Tarifario Institucional 2016 - V.01

Marzo 2016

LIMA - PERÚ

Dra. Tatiana Vidaurre Rojas
Jefa Institucional

Mg. Julio Abugattas Saba
Sub Jefe Institucional

MC. Duniska Tarco Virto
Directora General de Planeamiento y Presupuesto

Eco. Juan Carlos Chavez
Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico

Participación en la Elaboración del Tarifario:

- Angélica Mogollón Monteverde.
- Arminda Navarro Vega.
- Milagros Romero Alegría.

Revisión y aprobación: Comisión Permanente de costos y tarifas:

1. Sub Jefe Institucional.
2. Directora General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto.
3. Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico.
4. Directora Ejecutiva del Departamento de Atención de Servicios al Paciente.
5. Directora General de la Oficina de Servicios y Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.
6. Director General de la Oficina General de Administración.
7. Director Ejecutivo de la Oficina de Contabilidad y Finanzas.

PRESENTACION

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas presenta el documento técnico denominado "Tarifario Institucional 2016" el mismo que contiene las Tarifas aprobadas por la Comisión Permanente de Costos y Tarifas, las cuales fueron elaboradas por la Unidad de Costos de la Oficina de Planeamiento Estratégico de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto y se actualizan permanentemente con la incorporación de nuevos procedimientos o la modificación de los mismos, previa evaluación y aprobación por parte de la **Comisión Permanente de Costos y Tarifas**, órgano colegiado responsable de la administración tarifaria.

Las modificaciones y/o actualizaciones en las tarifas se realizan en base al análisis y actualización de la estructura de costos del procedimiento, labor que realiza en conjunto el equipo técnico de la Unidad de Costos con el Servicio usuario (Unidad Productora de Servicio de Salud - UPSS).

El Tarifario es un documento técnico que se elabora considerando los lineamientos aprobados con la Resolución Ministerial N° 246-2006/MINSA "Lineamientos de Política Tarifaria", asimismo, los procedimientos aprobados en la Resolución Ministerial N° 195-2009/MINSA "Metodología para la Estimación de Costos Estándar en los Establecimientos de Salud"; la información obtenida de los Sistemas de Gestión Administrativa del INEN, así como en otras fuentes de información que se considere relevantes.

Este documento sirve como base para los convenios de común acuerdo que se suscriben con las instituciones prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y con las IAFAS.

GLOSARIO

El presente Glosario de términos está referido al Tarifario y su contenido y se sustenta en los “Lineamientos de Política Tarifaria aprobados con Resolución Ministerial N° 246-2006/MINSA”; los mismos que en el Capítulo VI Contenido, numeral 6.3 “Lineamientos de Política Tarifaria”, en el Lineamiento 2, establece los principios de Transparencia en la definición de Tarifas.

➤ **Tarifa Hospital**

Es el precio que pagan los usuarios o consumidores a cambio del servicio público de salud brindado (el mismo que debe cubrir el costo directo del servicio de salud), en este caso el paciente se encuentra en la condición del paciente hospitalario el cual no cuenta con ningún tipo de seguro de salud.

➤ **Tarifa Asegurado S.P (Sector Publico)**

Los convenios de intercambio de servicios de salud con otros financiadores públicos. Es el precio que pagan los usuarios, financiadores a cambio del servicio público de salud brindado, por los convenios de intercambio prestacional de servicios de salud (el mismo que debe cubrir el costo total del servicio de salud), en este caso se refiere al paciente que se encuentra en la condición asegurado público de salud, el cual cuenta con algún tipo de Seguro público. Ellos están Considerados en los siguientes tipos de seguros:

ESSALUD
FOSPOLI
FOSPEME
FOSFAP
NAVAL

El Seguro Integral de Salud (SIS) – Se refiere a la tarifa que reembolsara el SIS a los establecimientos de salud, correspondientes al costo variable del servicio de salud brindado a los pacientes asegurados con condición SIS.

➤ **Tarifa SBTD (Servicios Bajo Tarifario Diferenciado)**

Es el precio que pagan los usuarios o consumidores de convenios con financiación privada o con capacidad de pago particular, los cuales deberán cubrir el costo total de la producción del servicio más un margen adicional pasible de negociación. En este caso se encuentra el paciente con condición de Servicio Bajo Tarifario Diferenciado.

➤ **Tarifa ECIF (Ensayos Clínicos Financiados por Industria Farmacéutica)**

La aplicación de esta tarifa es igual a la de paciente privado (SBTD), tarifas exclusivas para Protocolos de Investigación financiadas principalmente por la Industria Farmacéutica.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
Consulta	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	120103	Consulta Ambulatoria Especializada	5.00	20.00	150.00	150.00
	120167	Interconsulta Especializada	5.00	20.00	150.00	150.00
	120149	Evaluación Preanestésica	5.00	20.00	150.00	150.00
Topico	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	120510	Aspiración De Secreciones	12.00	24.00	41.00	41.00
	120504	Curación Grande	15.00	23.00	35.00	35.00
	120505	Curación Pequeña	4.00	7.00	11.00	11.00
	120501	Glicemia Capilar	3.60	5.00	10.00	10.00
	120503	Infusión Corta	4.00	12.00	19.00	19.00
	120502	Infusión Larga	6.00	22.00	34.00	34.00
	120507	Inyección Endovenosa	4.00	9.00	14.00	14.00
	120506	Inyección Intramuscular	2.00	3.00	5.00	5.00
	120508	Inyección Subcutánea	1.00	3.00	5.00	5.00
	120509	Nebulizaciones	9.00	13.00	26.00	26.00
Ginecología	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	120604	Colposcopia	40.00	108.00	151.00	151.00
	120601	Crioterapia	20.00	26.00	35.00	35.00
	129903	Cono Leep	202.00	263.00	329.00	329.00
	120605	Electrocauterización	10.00	18.00	31.00	31.00
	120606	Histeroscopia Ambulatoria	65.00	83.00	108.00	108.00
Neumología	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	170103	Biopsia Pleural	10.00	18.00	31.00	31.00
	170102	Cooximetría - Neumología	6.00	6.00	9.00	9.00
	170108	Difusión De Monóxido De Carbono	68.00	86.00	112.00	112.00
	170105	Drenaje Pleural	138.00	179.00	208.00	208.00
	170101	Espirometría - Neumología	26.00	40.00	61.00	61.00
	170109	Espujo Inducido	19.00	24.00	32.00	32.00
	170110	Test De Caminata	24.00	31.00	40.00	40.00
	170104	Toracocentesis	48.00	72.00	101.00	101.00
	170107	Volumenes Pulmonares	54.00	68.00	89.00	89.00
Neurología	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	190112	Electro Oculo Retinograma	120.00	200.00	352.00	352.00
	190103	Electrococleograma	96.00	160.00	286.00	286.00
	190109	Electromiograma Fibra Única	60.00	120.00	220.00	220.00
	190110	Electromiograma Macro	60.00	120.00	220.00	220.00
	190105	Electromiograma Y Neuroconducción	60.00	120.00	220.00	220.00
	190101	Encefalograma	48.00	80.00	144.00	144.00
	190108	Estimulación Repetida	60.00	120.00	220.00	220.00
	190113	Estudio Integral Del P300	120.00	200.00	352.00	352.00
	190114	Evaluación Integral El Sist.Auto.	96.00	160.00	286.00	286.00
	190116	Monitorización Con Pea	240.00	400.00	704.00	704.00
	190117	Monitorización Con Pess	240.00	400.00	704.00	704.00
	190115	Monitorización Con Pev	240.00	400.00	704.00	704.00
	190102	Potenciales Evocados Auditivos	96.00	160.00	286.00	286.00
	190104	Potenciales Evocados Somatosensoriales	120.00	200.00	352.00	352.00
	190111	Potenciales Evocados Visuales	120.00	200.00	352.00	352.00
	190106	Reflejo Palpebral	60.00	120.00	220.00	220.00
	190107	Vc Método De Colisión	60.00	120.00	220.00	220.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
Cardiología	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	180103	Ecocardiografía	60.00	280.00	480.00	480.00
	180101	Electrocardiograma	24.00	52.00	78.00	78.00
	180104	Evaluación Pre Operatoria	20.00	78.00	132.00	132.00
Odontología	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	130114	Extracción Dental Simple	14.00	31.00	52.00	52.00
	130113	Ferulización Interdentaria	80.00	157.00	270.00	270.00
	130102	Obturaciones Con Resina	17.00	35.00	58.00	58.00
	130101	Obturaciones Simples(Superficie)	12.00	25.00	42.00	42.00
	130103	Protesis Paladar	55.00	108.00	185.00	185.00
	130111	Protesis Paladar con dientes	126.00	247.00	424.00	424.00
	130105	Profilaxis	19.00	31.00	52.00	52.00
	130112	Protesis Ocular	139.00	270.00	463.00	463.00
	130104	Protesis Parcial	61.00	51.00	209.00	209.00
	130108	Protesis Total	68.00	133.00	228.00	228.00
	130107	Acondicionamiento de prótesis	43.00	102.00	145.00	145.00
Oftalmología	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	120701	Ecografía Ocular	26.00	50.00	200.00	200.00
		Retinoangiografía fluoresceinografía	89.00	113.00	147.00	147.00
Foniatría	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	140109	Procedimiento para Afasia	5.00	10.00	20.00	20.00
	140103	Procedimiento para Afonía	5.00	10.00	20.00	20.00
	140110	Procedimiento para Disartria	5.00	10.00	20.00	20.00
	140108	Procedimiento para Disfagia	5.00	10.00	20.00	20.00
	140101	Procedimiento para Disfonía	5.00	10.00	20.00	20.00
	140104	Procedimiento para Disglosia	5.00	10.00	20.00	20.00
	140112	Procedimiento para Dislalias	5.00	10.00	20.00	20.00
	140111	Procedimiento para Dispraxia	5.00	10.00	20.00	20.00
	140113	Procedimiento para Problemas De Aprendizaje	5.00	10.00	20.00	20.00
	140114	Procedimiento para Síndromes Asociados	5.00	10.00	20.00	20.00
Rehabilitación Física	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	140304	Agentes Físicos	10.00	15.00	30.00	30.00
	140302	Fisioterapia Adultos	10.00	15.00	50.00	50.00
	140303	Fisioterapia Niños	10.00	15.00	40.00	40.00
	140308	Fisioterapia Respiratoria	10.00	15.00	40.00	40.00
	140301	Rehabilitación Para Mastectomizadas	10.00	15.00	30.00	30.00
	140309	Terapia Grupal	5.00	8.00	N.A	N.A
Hospitalización	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	010301	Estadía - Hospitalización (Por día)	6.00	60.00	350.00	350.00
	010214	Unidad De Tratamiento Intermedio (Clínica De Día)	24.00	46.00	450.00	450.00
	010220	Hospitalización Paciente TAMO por día	495.00	621.00	807.30	807.30
Procedimientos de Hospitalización	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	010802	Canalización de Vía Periférica	8.00	10.00	12.00	12.00
	010832	Administración De Quimioterapia	90.81	94.86	100.58	100.58
	010827	Colocación De Catéter Venoso Central	56.00	70.00	151.00	151.00
	010825	Colocación De Sonda Foley	8.00	10.00	13.00	13.00
	010821	Colocación Y Retiro De Sonda Nasogástrica	8.00	10.00	13.00	13.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	010828	Retiro De Cateter Venoso Central	8.00	10.00	25.00	25.00
	010830	Colocacion De Cvc De Alto Flujo (incluye cateter)	400.00	422.18	453.43	453.43
	010831	Curacion Y Mantenimiento De Cvc De Alto Flujo	99.15	175.34	201.64	201.64
	010829	Infusión De Células Progenitoras	18.00	22.00	345.00	345.00
	010835	Reinfusion De Celulas Progenitoras	32.75	40.34	51.05	51.05
	010411	Preparación De Bolsa Parenteral	21.00	34.00	65.00	65.00
Medicina crítica	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
Servicio De Medicina Critica	010403	Estadia En Emergencia Por Dia	17.00	23.00	296.00	296.00
Endoscopias	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	070101	Broncoscopia	104.00	132.00	171.60	171.60
	070103	Colonoscopia	178.00	227.00	295.00	295.00
	070117	Colangiopancreatografía Endoscópica Retrógrada	705.00	940.00	1222.00	1222.00
	070116	Endoscopia Digestiva Alta	100.00	150.00	195.00	195.00
	070105	Esofago Gastroduodeno - Gastroscopia	166.00	210.00	273.00	273.00
	070110	Histeroscopia	587.43	783.24	1018.21	1018.21
	070111	Laparoscopia	413.37	551.16	716.51	716.51
	070107	Proctoscopia - Proctosigmoidoscopia	162.93	217.24	282.41	282.41
	070102	Uretrocistoscopia	368.85	491.80	639.34	639.34
Centro Quirurgico	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	050190	Adrenalectomia	1263.00	1684.00	2189.00	2189.00
	050146	Anastomosis De Intestino	744.00	992.00	1290.00	1290.00
	050205	Anastomosis De Conductos Biliares Extrahepaticos Y Tracto Ga	1207.00	1610.00	2093.00	2093.00
	050130	Apendicectomia	441.00	588.00	765.00	765.00
	050193	Aplicación De Aloinjerto De Piel	742.00	989.00	1286.00	1286.00
	050187	Aplicación De Injerto Heterólogo De Piel	603.00	804.00	1045.00	1045.00
	050155	Biopsia De Endometrio	157.00	209.00	272.00	272.00
	050112	Biopsia De Ganglio Centinela Axilar + Disección De Axila	100.00	134.00	174.00	174.00
	050156	Biopsia De Ovario	626.00	835.00	1085.00	1085.00
	050199	Biopsia De Piel, Tejido Celular Subcutaneo	79.00	105.00	136.00	136.00
	050164	Biopsia De Pleura Percutánea	79.00	105.00	136.00	136.00
	050163	Biopsia De Pulmón O Mediastino, Aguja Percutánea	274.00	366.00	475.00	475.00
	050182	Biopsia O Excision De Ganglios Linfaticos Superficiales	100.00	134.00	174.00	174.00
	050192	Bisección De Ovario, Unilateral O Bilateral	588.00	783.00	1018.00	1018.00
	050131	Cierre De Herida Quirurgica	820.00	1093.00	1421.00	1421.00
	050169	Cistectomia Parcial	1053.00	1404.00	1825.00	1825.00
	050191	Cistolitotomia	384.00	512.00	666.00	666.00
	050189	Cistorrafia	577.00	770.00	1000.00	1000.00
	050142	Colecistectomia	1135.00	1513.00	1967.00	1967.00
	050180	Colecistectomia Por Via Laparoscopica	1194.00	1592.00	2070.00	2070.00
	050111	Colectomia Parcial Con Anastomosis	1275.00	1699.00	2209.00	2209.00
	050123	Conizacion Del Cervix (Sin Correccion De Cono Laser)	523.00	698.00	907.00	907.00
	050133	Craneotomia	1590.00	2120.00	2756.00	2756.00
	050176	Cura Quirúrgica De Eventración De Pared Abdominal	588.00	783.00	1018.00	1018.00
	050161	Derivacion Ventriculo Peritoneal, Pleural, Otros	988.00	1317.00	1712.00	1712.00
	050137	Electrocorticografia Intraoperatorio	1503.00	2157.00	2804.00	2804.00
	050198	Esofaguectomia Parcial	1207.00	1610.00	2093.00	2093.00
	050144	Esplenectomia Total	1162.00	1550.00	2014.00	2014.00
	050175	Excision De Lesiones	158.00	211.00	274.00	274.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	050152	Excision De Tumor De Tejido Blando	625.00	833.00	1083.00	1083.00
	050148	Exenteracion De La Orbita	1271.00	1695.00	2204.00	2204.00
	050172	Extirpacion De Quiste O Tumor De Ovario	405.00	539.00	701.00	701.00
	050110	Gastrectomía Parcial Distal, Con Gastroyeyunostomía	1448.00	1930.00	2509.00	2509.00
	050121	Gastrectomia Parcial con Esofagogastrostomia Con Vagotom	1465.00	1953.00	2540.00	2540.00
	050120	Gastrectomia Total Con Esofagoenterostomia	1553.00	2071.00	2693.00	2693.00
	050194	Gastroyeyunostomia	1147.00	1530.00	1989.00	1989.00
	050141	Hepatectomia Parcial	1252.00	1670.00	2171.00	2171.00
	050195	Hernioplastia Umbilical	534.00	712.00	925.00	925.00
	050122	Histerectomia Abdominal Total	1397.00	1862.00	2421.00	2421.00
	050114	Histerectomia Radical	1315.00	1754.00	2280.00	2280.00
	050160	Incision Y Drenaje De Abscesos	64.00	86.00	112.00	112.00
	050153	Injerto De Piel	800.00	1067.00	1387.00	1387.00
	050174	Injertos De Tejido , Otros (P. Ej. Paratendon, Grasa, Dermis	970.00	1293.00	1681.00	1681.00
	050170	Laminectomia Para Biopsia	1783.00	2377.00	3090.00	3090.00
	050139	Laparotomía Exploratoria	806.00	1075.00	1397.00	1397.00
	050151	Laringuectomia Subtotal	1185.00	1580.00	2054.00	2054.00
	050145	Liberacion De Adherencias O Bridas Peritoneales O Intestinal	706.00	941.00	1223.00	1223.00
	050140	Ligadura De Troncos Arteriales O Venosos	1011.00	1348.00	1752.00	1752.00
	050173	Linfadenectomia Abdominal	1219.00	1625.00	2113.00	2113.00
	050158	Linfadenectomia Pelvica	1219.00	1625.00	2113.00	2113.00
	050179	Litotripsia	101.00	135.00	175.00	175.00
	050162	Lobectomia Pulmonar Y/O Segmentectomia	1254.00	1672.00	2174.00	2174.00
	050136	Mapeo Cortical Intraoperatorio	1504.00	2157.00	2804.00	2804.00
	050126	Mastectomia Parcial	1053.00	1404.00	1825.00	1825.00
	050127	Mastectomia Parcial Con Linfadenectomia Axilar	1070.00	1427.00	1855.00	1855.00
	050124	Mastectomia Radical (Ganglios Linfaticos Axilares)	1070.00	1427.00	1855.00	1855.00
	050125	Mastectomia Radical (Musculos Pectorales Mayor)	1236.00	1647.00	2142.00	2142.00
	050128	Mastectomia Simple Completa	1174.00	1566.00	2036.00	2036.00
	050165	Mediastinoscopia C/S Biopsia	996.00	1328.00	1726.00	1726.00
	050196	Miomectomía Histeroscópica	836.00	1114.00	1448.00	1448.00
	050135	Monitoreo Neurofisiologico Intraoperatorio	1384.00	2170.00	2821.00	2821.00
	050183	Nefrectomia Incluyendo Ureterectomia	1156.00	1541.00	2003.00	2003.00
	050116	Orquiectomía Simple	431.00	574.00	747.00	747.00
	050143	Pancreatetectomia Distal Subtotal C/S Esplenectomia	1185.00	1580.00	2054.00	2054.00
	050154	Parotidectomia	1417.00	1889.00	2456.00	2456.00
	050197	Pericardiocentesis	97.00	129.00	167.00	167.00
	050115	Prostatectomía Retropúbica, Radical	1151.00	1535.00	1995.00	1995.00
	050138	Radioterapia Intraoperatorio Mama	1577.00	1988.00	2584.00	2584.00
	50159	Reseccion De Lesion De Vulva	60.00	80.00	103.00	103.00
	050201	Reseccion De Paladar O Lesion	1119.00	1493.00	1940.00	1940.00
	050119	Resección Electroquirúrgica Transuretral Completa - Próstata	770.00	1026.00	1334.00	1334.00
	050181	Reseccion Intestinal Con Anastomosis Via Laparoscopica	1276.00	1702.00	2212.00	2212.00
	050167	Reseccion Parcial /Correccion De Laceracion Del Diafragma	1094.00	1458.00	1895.00	1895.00
	050178	Reseccion Radical De Tumor De Tejido Blando De Antebrazo	1070.00	1427.00	1855.00	1855.00
	050157	Salpinguectomia Ooforectomia	806.00	1075.00	1397.00	1397.00
	050202	Sutura De Colon O Intestino Delgado	1053.00	1404.00	1825.00	1825.00
	050150	Tiroidectomia Total	911.00	1215.00	1579.00	1579.00
	050186	Toracoscopia Quirurgica	674.00	899.00	1169.00	1169.00
	050166	Toracotomia	505.00	673.00	876.00	876.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	050177	Traqueoplastia	961.00	1281.00	1666.00	1666.00
	050134	Traqueostomia	221.00	295.00	383.00	383.00
	050204	Tratamiento Abierto De Fractura Femur	864.00	1152.00	1498.00	1498.00
	050203	Tratamiento Abierto De Fractura Tibia	619.00	825.00	1073.00	1073.00
	050185	Ureterolisis	781.00	1041.00	1353.00	1353.00
	050188	Ureterorrafia	1094.00	1458.00	1895.00	1895.00
	050168	Ureterotomia	781.00	1041.00	1353.00	1353.00
	050184	Uretrotomia	369.00	493.00	640.00	640.00
	050118	Vaporizacion Láser Completa de Prostata	926.00	1177.00	1529.00	1529.00
Procedimientos Especiales	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimieno	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	080110	Aspirado: Medula Osea	52.00	59.00	94.00	94.00
	080119	Biopsia Cerebral Por Esterotaxia	315.00	420.00	600.00	600.00
	080104	Biopsia De Hueso	25.00	28.00	46.00	46.00
	080108	Flebotomia	7.00	17.00	29.00	29.00
	080118	Linfangiografia	17.00	33.00	43.00	43.00
	080131	Mantenimiento De Cateter	13.00	15.00	23.00	23.00
	080120	Papanicolau L.C.R.	38.00	43.00	68.00	68.00
	080132	Puncion Lumbar	49.00	55.00	88.00	88.00
	080130	Quimioterapia Intratecal	17.00	35.00	60.00	60.00
	080114	Raquicentesis	49.00	55.00	88.00	88.00
	080117	Tubaje Gastrico	6.00	9.00	13.00	13.00
	293401	Aortografia	188.00	223.00	685.00	685.00
	293404	Arteriografia Cerebral	188.00	223.00	385.00	385.00
	293402	Arteriografia Periferica Region	188.00	223.00	640.00	640.00
	293403	Arteriografia Visceral Region	188.00	223.00	640.00	640.00
	293418	Biopsia Dirigida Por Fluoroscopia	146.00	172.00	304.00	304.00
	293409	Colangiografia Transduodenal	188.00	223.00	554.00	554.00
	293408	Colangiografia Transparietohep	144.00	171.00	554.00	554.00
	293410	Colocacion De Endoprotesis Digestiva	232.00	274.00	640.00	640.00
	293413	Control De Cateter	123.00	145.00	437.00	437.00
	293414	Dilatacion prcutanea tras- Hepatica con Interpretacion Radiológica	232.00	274.00	641.00	641.00
	293415	Drenaje Percutaneo	232.00	274.00	509.00	509.00
	293405	Embolizaciones Arteriales Region	232.00	274.00	852.00	852.00
	293416	Fistulografia	123.00	145.00	446.00	446.00
	293406	Flebografia Segmentaria O Visc. Region	188.00	223.00	640.00	640.00
	293422	Gastrostomia	232.00	274.00	509.00	509.00
	293417	Histersalpingografia	123.00	145.00	446.00	446.00
	293419	Mielografia	144.00	171.00	509.00	509.00
	293411	Nefrostomia Percutanea	232.00	274.00	844.00	844.00
	293420	Radioablacion	160.00	189.00	435.00	435.00
	293412	Intercambio de Cateter Arterial Previamente Colocado	144.00	171.00	509.00	509.00
Procedimiento Medico	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimieno	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	120808	Biopsia Hepatica	10.00	18.00	31.00	31.00
	120806	Cateterismo Vesical	5.00	9.00	14.00	14.00
	120801	Cauterizaciones	25.00	50.00	100.00	100.00
	120809	Inspeccion Visual Con Acido Acetico (Ivaa)	16.00	20.00	27.00	27.00
	120807	Paracentesis	37.00	42.00	67.00	67.00
	120811	Biopsia Prostatica Transrectal	70.00	94.00	122.00	122.00
	120803	Biopsia Aspiracion	20.00	31.00	44.00	44.00
	120805	Biopsia Core	34.00	45.00	28.00	28.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	120804	Biopsia Punch	7.00	15.00	20.00	20.00
	120814	Biopsia Por Aspiración Con Aguja Fina De Glándula Salival	25.00	30.00	40.00	40.00
	120812	Biopsia Por Aspiración Con Aguja Fina De Mama	25.00	30.00	40.00	40.00
	120813	Biopsia Por Aspiración Con Aguja Fina De Nódulo Linfático	25.00	30.00	40.00	40.00
	120815	Biopsia Por Aspiración Con Aguja Fina De Partes Blandas	25.00	30.00	40.00	40.00
	120816	Biopsia Por Aspiración Con Aguja Fina De Tiroides	25.00	30.00	40.00	40.00
Patología	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	210157	Aspirado Bronquial	32.00	35.00	144.00	144.00
	210104	B.I.P.A.	36.00	69.00	206.00	206.00
	210139	Biopsia Cerebral Por Esterotaxia	315.00	420.00	600.00	600.00
	210106	Biopsia De Hueso (Evaluacion De Medula Osea)	65.00	172.00	316.00	316.00
	210103	Biopsia Por Congelacion	35.00	102.00	139.00	139.00
	210158	Cepillado Bronquial	32.00	35.00	144.00	144.00
	210174	Citologia En Base Liquida - Cervico Vaginal	57.00	73.00	94.00	94.00
	210101	Citologia Por Aspiracion	36.00	80.00	206.00	206.00
	210126	Citometria Celulas Progenitoras	523.00	665.00	864.00	864.00
	210120	Citometria de Leucemia Nuevo	1120.00	1671.00	2172.30	2172.30
	210125	Citometria de Linfocitos Cd4 Cd8	169.00	214.00	278.00	278.00
	210122	Recuento de Linfocitos T,B Y Nk	206.00	262.00	340.00	340.00
	210121	Citometria de Linfoma Nuevo	1011.00	1385.00	1800.00	1800.00
	210175	Hemoglobinuria Paroxistica Nocturna	250.00	317.00	412.00	412.00
	210176	Estudio de ADN (LLA-B)	289.00	368.00	478.00	478.00
	210177	Estudio Liquido Cefalorraquideo	254.00	322.00	419.00	419.00
	210178	Estudio de Celulas Plasmaticas - Nuevo	563.00	715.00	930.00	930.00
	210179	Estudio de Celulas Plasmaticas - Control	376.00	477.00	621.00	621.00
	210180	Citometria-Leucemia - Control	413.00	565.00	735.00	735.00
	210181	Citometria Linfoma - Control	489.00	670.00	871.00	871.00
	210105	Citomorfoloogia: Medula Osea	68.00	86.00	208.00	208.00
	210115	Citoquimica: Leucemia Aguda (La)	72.00	115.00	215.00	215.00
	210117	Citoquimica: Proceso Linfoproliferativo Cronico	24.00	60.00	113.00	113.00
	210102	Estudio Patológico De Biopsia Quirurgica	65.00	80.00	127.00	127.00
	210173	Estudio Patológico De Biopsia - Qx. Prevención Del Cancer	20.00	50.00	65.00	65.00
	210149	Fosfatasa Alcalina Leucocitaria (Score Lapa/ Lmc)	48.00	85.00	149.00	149.00
	210113	Impronta	42.00	47.00	63.00	63.00
	210171	Informe De Lamina - Citologia	24.00	51.00	76.00	76.00
	210109	Informe De Lamina - Patologia	24.00	51.00	76.00	76.00
	210159	Lavado Bronquial	32.00	35.00	144.00	144.00
	210156	Leucemia Linfoblastica Aguda B - 14 Dia	100.00	130.00	300.00	300.00
	210145	Liquidos Corporales	32.00	35.00	144.00	144.00
	210110	Necropsia	280.00	345.00	759.00	759.00
	210107	Papanicolaou	12.00	17.00	63.00	63.00
	210142	Estudio Patológico De Pieza Operatoria Grande	210.00	250.00	540.00	540.00
	210141	Estudio Patológico De Pieza Operatoria Mediana	170.00	182.00	360.00	360.00
	210140	Estudio Patológico De Pieza Operatoria Pequeña	80.00	80.00	180.00	180.00
	210144	Procesamiento De Citologia (Por Lamina)	11.00	13.00	18.00	18.00
	210143	Procesamiento De Patologia (Por Lamina)	22.00	24.00	32.00	32.00
	210160	Raspado Peritoneal	36.00	80.00	206.00	206.00
Microbiologia	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	250462	Deteccion Virus Respiratorio Por Inmunofluorescencia Directa	120.00	152.00	197.00	197.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTD	Tarifa ECIF
250409	Cultivo Anaerobico	36.00	58.00	65.00	65.00	
250401	Baciloscopia: Bk (Ziehl Neelsen)	N.A	N.A	24.00	24.00	
250411	Coprocultivo Y Antibiograma	22.00	41.00	45.00	45.00	
250448	Coprologico Funcional	17.00	38.00	57.00	57.00	
250456	Detección de Antigeno Criptococo	34.00	43.00	56.00	56.00	
250461	Cultivo Bk Automatizado	N.A	N.A	134.00	134.00	
250415	Cultivo De Liquidos, Secreciones O Cvc	20.00	36.00	55.00	55.00	
250414	Cultivo L.C.R.	19.00	34.00	53.00	53.00	
250413	Cultivo Para Hongos	16.00	43.00	45.00	45.00	
250441	Cultivo Vigilancia: Secrecion Anal	32.00	72.00	85.00	85.00	
250442	Cultivo Vigilancia: Secrecion Nasal	33.00	73.00	85.00	85.00	
250443	Cultivo Vigilancia: Secrecion Oral	33.00	74.00	85.00	85.00	
250444	Cultivo Vigilancia: Secrecion Otica	32.00	72.00	85.00	85.00	
250419	Cultivos De Secrecion Anal	16.00	29.00	40.00	40.00	
250420	Cultivos De Secrecion Nasal	17.00	30.00	40.00	40.00	
250418	Cultivos De Secrecion Oral	17.00	31.00	40.00	40.00	
250428	Cultivos De Secrecion Otica	16.00	29.00	40.00	40.00	
250429	Cultivos De Secrecion Vaginal	27.00	32.00	49.00	49.00	
250455	Deteccion Toxina A/B Clostridium Difficile	36.00	60.00	69.00	69.00	
250457	Estudio De Microbiologia Ambiental	60.00	0.00	21.00	21.00	
250437	Examen Directo Con Tinta China	4.00	9.00	13.00	13.00	
250445	Examen Microscopio De Heces	4.00	9.00	13.00	13.00	
250402	Gota Gruesa (Hemoparasitos)	7.00	9.00	13.00	13.00	
250403	Gram	5.00	10.00	16.00	16.00	
250412	Hemocultivo	33.00	33.00	50.00	50.00	
250430	Investigacion De Acaros	6.00	7.00	11.00	11.00	
250422	Investigacion De Coccidias	3.00	9.00	15.00	15.00	
250431	Investigacion De Pneumocystis Jiroveci	7.00	8.00	12.00	12.00	
250423	Investigacion De Strongyloides (Metodo Baermann)	12.00	14.00	25.00	25.00	
250405	Exámen Directo - KOH	5.00	18.00	28.00	28.00	
250416	Mielocultivo	35.00	42.00	64.00	64.00	
250407	Orina: Examen Completo	11.00	14.00	19.00	19.00	
250408	Orina: Sedimento	6.00	8.00	10.00	10.00	
250424	Parasitologico X ()	10.00	12.00	18.00	18.00	
250464	Pcr T/R Detcc. Mycobacterium Y Sensibilidad A Rifampicina	202.00	256.00	332.00	332.00	
250447	Ph Heces	3.00	6.00	9.00	9.00	
250432	Prueba De Galactomanano (Antigeno De Aspergillus)	159.00	200.00	270.00	270.00	
250459	Prueba Rapida Para Ls Detccion De Virus Influenza	50.00	64.00	83.00	83.00	
250425	Reaccion Inflamatoria En Heces	4.00	9.00	14.00	14.00	
250427	Sangre Oculta En Heces (Thevenon)	3.00	7.00	11.00	11.00	
250458	Sangre Oculta En Heces Inmunocromatografia	13.50	20.00	23.00	23.00	
250463	Susceptibilidad Antifungica	66.00	84.00	106.00	106.00	
250446	Sustancia Reductora	3.00	7.00	10.00	10.00	
250426	Test De Graham (Oxiurus)	4.00	5.00	10.00	10.00	
250440	Urocultivo Y Antibiograma	32.00	40.00	52.00	54.00	
250465	Detección de Hemoglobina y Transferrina Humana	31.00	39.00	51.00	66.00	
250466	Detección de GDH de Clostridium Difficile	38.00	48.00	62.00	81.00	
250467	Detección de Rotavirus - Adenovirus	29.00	37.00	48.00	62.00	
250468	Prueba para Deteccion de 1,3 Beta - D - Glucano	101.00	128.00	166.00	216.00	
250469	PCR tiempo real para Deteccion de Enterovirus	317.00	403.00	524.00	681.00	

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	250470	PCR tiempo real para Detección de Virus Respiratorio	317.00	403.00	524.00	681.00
	250471	Detección de Virus de Varicela Zoster	17.00	21.00	27.00	35.00
	250472	Detección de Virus Herpes HSV-1/HSV-2	17.00	21.00	27.00	35.00
Inmunohistoquímica	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	210407	Hibridación In Situ (Con Cromogeno)	108.00	140.00	255.00	255.00
	210410	Histoquímica (Por Prueba)	26.00	35.00	55.00	55.00
	210409	Inmunohistoquímica (Por Marcador)	45.00	66.00	150.00	150.00
	210403	Panel Cerebro (4 Inmq)	154.00	222.00	367.00	367.00
	210404	Panel Ganglio - Linfomas (5 Inmq)	282.00	376.00	621.00	621.00
	210401	Panel Mamas (2 Inmq)	165.00	208.00	346.00	346.00
	210402	Panel Mamas (3 Inmq)	214.00	274.00	454.00	454.00
	210411	Panel Mamas (4 Inmq)	422.00	536.00	698.00	698.00
	210405	Panel Partes Blandas (5 Inmq)	202.00	287.00	504.00	504.00
Inmunología	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	250384	Adenovirus Igg	85.00	119.00	162.00	162.00
	250385	Adenovirus Igm	85.00	119.00	162.00	162.00
	250301	Aglutinaciones Simples	13.00	25.00	38.00	38.00
	250353	Alfa Fetoproteína Afp	31.00	51.00	79.00	79.00
	251205	Anticuerpo Antitiroglobulina	33.00	41.00	49.00	49.00
	250302	Antiestreptolisina - O	24.00	48.00	80.00	80.00
	250367	Antígeno Prostatico Especifico (Psa) Libre	36.00	60.00	92.00	92.00
	250354	Antígeno Prostatico Especifico (Psa) Total	23.00	38.00	59.00	59.00
	250303	Beta -2- Microglobulina	23.00	45.00	57.00	57.00
	250306	Brucella: 2-Mercaptoetanol	13.00	17.00	35.00	35.00
	250304	Brucella: Aglutinaciones En Tubo	13.00	17.00	35.00	35.00
	250305	Brucella: Anticuerpos Bloqueadores	13.00	17.00	35.00	35.00
	250349	Brucella: Estudio Serológico Completo	66.00	94.00	178.00	178.00
	250307	Brucella: Fenómeno De Zona	14.00	28.00	48.00	48.00
	250308	Brucella: Rosa De Bengala	14.00	18.00	35.00	35.00
	250355	Ca 125	49.00	81.00	125.00	125.00
	250356	Ca 15-3	49.00	81.00	125.00	125.00
	250357	Ca 19-9	47.00	78.00	120.00	120.00
	250358	Cea	24.00	40.00	61.00	61.00
	250388	Citomegalovirus (Hcmv) Antígeno Pp65	335.00	368.00	502.00	502.00
	250310	Citomegalovirus Igg, Antic.	66.00	68.00	70.00	70.00
	250311	Citomegalovirus Igm, Antic.	66.00	68.00	70.00	70.00
	250394	Cuantificación De Cadenas Ligeras Libres	528.00	671.00	700.00	700.00
	250359	Cyfra 21-1	52.00	86.00	132.00	132.00
	251212	Dosaje De Inmunoglobulina Iga	30.00	49.00	50.00	50.00
	251211	Dosaje De Inmunoglobulina Igg	35.00	58.00	50.00	50.00
	251213	Dosaje De Inmunoglobulina Igm	25.00	41.00	50.00	50.00
	250312	Epstein Barr Virus (Vca) Igg, Antic.	52.00	65.00	85.00	185.00
	250313	Epstein Barr Virus (Vca) Igm, Antic.	52.00	65.00	85.00	170.00
	251203	Epstein Barr Virus Ea Igg	52.00	65.00	85.00	85.00
	251204	Epstein Barr Virus Ebna Igg	52.00	65.00	85.00	85.00
	250391	Estradiol	68.00	69.00	70.00	70.00
	250314	Factor Reumatoide	14.00	29.00	50.00	50.00
	250315	Fenómeno LE	7.00	17.00	28.00	28.00
	250316	Hepatitis A: Igm(Anti Hav - Igm)	31.00	50.00	59.00	59.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	250317	Hepatitis A: Total (Anti Hav - Total)	27.00	50.00	59.00	59.00
	250319	Hepatitis B: Ac. Antiaustralia (Achbs)	31.00	40.00	62.00	62.00
	250320	Hepatitis B: Ac. Anticore Igm(Achbc Igm)	36.00	50.00	59.00	59.00
	250321	Hepatitis B: Ac. Anticore Total(Achbe To	31.00	50.00	59.00	59.00
	250323	Hepatitis B: Ac. Antiepsilon (Achbe)	56.00	60.00	65.00	65.00
	250318	Hepatitis B: Ag. De Superficie Australiano	22.00	40.00	59.00	59.00
	250322	Hepatitis B: Ag. Epsilon (Aghbe)	27.00	50.00	63.00	63.00
	250325	Hepatitis C: (Anti Hcv)	38.00	60.00	69.00	69.00
	250369	Herpes Virus - 1 Igg	66.00	68.00	70.00	70.00
	250371	Herpes Virus - 2 Igg	66.00	68.00	70.00	70.00
	251202	Herpes Virus Tipo 1 Igm Elisa	52.00	65.00	85.00	85.00
	251201	Herpes Virus Tipo 2 Igm Elisa	52.00	65.00	85.00	85.00
	250326	HIV 1-2, Antic.	24.00	45.00	51.00	51.00
	250360	Hormona Estimulante De Tiroides (Tsh)	34.00	56.00	87.00	87.00
	250389	Hormona Foliculo Estimulante (Fsh)	68.00	69.00	70.00	70.00
	250361	Hormona Gonadotrofina Corionica	21.00	35.00	53.00	53.00
	250390	Hormona Luteinizante (Lh)	68.00	69.00	70.00	70.00
	250363	Hormona Tiroxina (T4) Libre	21.00	35.00	54.00	54.00
	250364	Hormona Trilodo Tironina (T3)	21.00	35.00	54.00	54.00
	250328	HTLV 1-2, Antic.	33.00	50.00	74.00	74.00
	250386	Influenza A/B IGG	110.00	154.00	210.00	210.00
	250387	Influenza A/B IGM	110.00	154.00	210.00	210.00
	250330	Inmunofijacion (Orina/Liquidos)	170.00	220.00	250.00	250.00
	250329	Inmunofijacion (Suero)	173.00	220.00	250.00	250.00
	250335	Mononucleosis Infec. (Ac. Heterofilos)	14.00	27.00	47.00	47.00
	250378	Parvovirus B-19 Igg	61.00	77.00	100.00	140.00
	250379	Parvovirus B-19 Igm	68.00	86.00	111.00	140.00
	250393	Proteina C Reactiva (Ultrasensible)	20.00	30.00	39.00	29.00
	250339	Proteinograma Elect. (Orina/Lcr)	55.00	60.00	61.00	61.00
	250338	Proteinograma Electroforetico (Suero)	55.00	60.00	61.00	61.00
	250336	Prueba De Embarazo	10.00	35.00	55.00	55.00
	250373	Rubeolla IGG	66.00	68.00	70.00	70.00
	250374	Rubeolla IGM	66.00	68.00	70.00	70.00
	250396	Set Epstein Barr Virus	208.00	260.00	340.00	440.00
	250372	Set Herpes Virus	236.00	266.00	225.00	310.00
	250397	Set Virus Respiratorio Igg (20 Antigenos)	477.50	500.00	600.00	600.00
	250377	Set Virus Respiratorio Igm (20 Antigenos)	477.50	500.00	600.00	600.00
	250342	Sifilis Confirmatorio	27.00	50.00	60.00	60.00
	251206	Sifilis Tamizaje	23.00	29.00	37.00	37.00
	250341	Sifilis: Serologia	10.00	16.00	26.00	26.00
	250392	Testosterona	68.00	69.00	70.00	70.00
	250366	Tiroglobulina (Tg)	36.00	60.00	92.00	92.00
	250343	Toxoplasma Igg, Antic.	66.00	68.00	70.00	70.00
	250344	Toxoplasma Igm, Antic.	66.00	68.00	70.00	70.00
	250345	Trypanozona Cruzi Antic. (Chagas)	19.00	24.00	31.00	31.00
	250380	Varicela IGG	121.00	125.00	130.00	130.00
	250381	Varicela IGM	121.00	125.00	130.00	130.00
	250382	Virus Sincitial Respiratorio IGG	103.00	144.00	196.00	196.00
	250383	Virus Sincitial Respiratorio IGM	103.00	144.00	196.00	196.00
Bioquímica	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripcion del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	250101	Acido Urico	6.00	9.00	14.00	14.00
	250102	Acido Urico En Orina 24 Horas	5.00	8.00	20.00	20.00
	250147	Adenosinadeaminasa (Ada) Liquido.....	6.00	9.00	50.00	50.00
	250175	Aga (Gases En Sangre Arterial)	12.00	20.00	55.00	55.00
	251006	Albumina Suero	5.00	9.00	12.00	12.00
	250103	Amilasa	8.00	14.00	28.00	28.00
	251002	Bilirrubina Directa	5.00	9.00	13.00	13.00
	251001	Bilirrubina Total	4.00	7.00	11.00	11.00
	251007	Bilirrubina Total Y Fraccionada	9.00	16.00	24.00	24.00
	250109	Calcio En Orina 24 H	10.00	19.00	24.00	24.00
	250107	Calcio Ionico	12.00	20.00	28.00	28.00
	250108	Calcio Serico Total	9.00	17.00	24.00	24.00
	250150	Carbamazepina Serica	56.00	95.00	100.00	100.00
	250101	Ciclosporina	137.00	175.00	227.00	227.00
	250110	Cloro	6.00	11.00	20.00	20.00
	250186	Cloro Orina 24 Horas	4.00	7.00	15.00	15.00
	250112	Colesterol - HDL	7.00	12.00	30.00	30.00
	250113	Colesterol - LDL	13.00	22.00	35.00	35.00
	250114	Colesterol - VLDL	6.00	10.00	30.00	30.00
	250111	Colesterol Total	7.00	11.00	17.00	17.00
	250174	Cpk - Mb	16.00	27.00	55.00	55.00
	250116	Creatinfosfokinasa (Cpk)	9.00	15.00	35.00	35.00
	250115	Creatinina	5.00	8.00	15.00	15.00
	250117	Creatinina En Orina En 24 Hrs	4.00	7.00	20.00	20.00
	250197	Depuracion De Creatinina	9.00	15.00	35.00	35.00
	250118	Deshidrogenasa Lactica(Dhl)	6.00	9.00	30.00	30.00
	250154	Difenilhidantoina (Dph)	26.00	42.00	65.00	65.00
	250176	Dosaje De Methotrexate	72.00	119.00	185.00	185.00
	250188	Electrolitos Sericos (Na,K,Cl)	18.00	33.00	60.00	60.00
	250155	Dosaje de Fenobarbital (Fb)	42.00	69.00	80.00	80.00
	250123	Fosfataasa Alcalina	6.00	9.00	25.00	25.00
	250124	Fosforo	6.00	10.00	15.00	15.00
	250181	Fosforo En Orina 24 H.	7.00	11.00	16.00	16.00
	250125	Gammaglutamiltransferasa	6.00	10.00	30.00	30.00
	250126	Glucosa	6.00	9.00	15.00	15.00
	250127	Glucosa : Test De Tolerancia(2h)	14.00	24.00	40.00	40.00
	251003	Glucosa LCR	4.00	6.00	10.00	10.00
	251004	Glucosa Liquidos	3.00	5.00	10.00	10.00
	250158	Hemoglobina Glicosilada	51.00	87.00	80.00	80.00
	250143	Inmunoglobulinas Dosaje Iga	30.00	49.00	50.00	50.00
	250142	Inmunoglobulinas Dosaje Igg	35.00	58.00	50.00	50.00
	250144	Inmunoglobulinas Dosaje Igm	25.00	41.00	50.00	50.00
	250128	Lactosa : Test De Tolerancia(2h)	14.00	24.00	40.00	40.00
	250129	Magnesio	7.00	11.00	20.00	20.00
	250182	Magnesio En Orina 24h	8.00	13.00	25.00	25.00
	250180	Mioglobina	62.00	102.00	120.00	120.00
	250132	Potasio	6.00	11.00	20.00	20.00
	250185	Potasio Orina 24 Horas	4.00	7.00	15.00	15.00
	250177	Proteinas Lcr	7.00	11.00	17.00	17.00
	250178	Proteinas Liquidos	3.00	5.00	10.00	10.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	251005	Proteínas Totales Suero	5.00	8.00	11.00	11.00
	251010	Proteínas Totales Y Fraccionadas	10.00	17.00	23.00	23.00
	250134	Proteinuria En Orina 24 H	14.00	23.00	30.00	30.00
	250135	Reserva Alcalina (Hco3)	12.00	20.00	30.00	30.00
	250136	Sodio	6.00	11.00	20.00	20.00
	250184	Sodio Orina 24 Horas	4.00	7.00	15.00	15.00
	251012	Tacrolimus	197.00	252.00	327.00	327.00
	250137	Transaminasa Glutamico Oxalacetica (Tgo)	6.00	9.00	22.00	22.00
	250138	Transaminasa Glutamico Piruvica (Tgp)	6.00	9.00	22.00	22.00
	250139	Triglicéridos	6.00	10.00	30.00	30.00
	250179	Troponina T	73.00	120.00	130.00	130.00
	250140	Urea	6.00	10.00	20.00	20.00
	250198	Urea En Orina (24 Horas)	5.00	9.00	20.00	20.00
Banco de Sangre	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	250912	Aferesis - Colecta Celulas Progenitoras	227.00	289.00	375.00	375.00
	250937	Atencion De Postulante A Donacion	2.10	2.70	3.50	3.50
	250908	Concentrado De Plaquetas	15.00	19.00	25.00	25.00
	250902	Coombs Directo	8.00	18.00	28.00	28.00
	250903	Coombs Indirecto (Deteccion Ac. Irregula	47.00	60.00	78.00	78.00
	250919	Crioprecipitado	31.00	40.00	62.00	62.00
	250922	Deteccion De Anticuerpo (T. Cruzi) Chagas	19.00	24.00	31.00	31.00
	250926	Deteccion De Anticuerpos Hepatitis B-Core	15.00	20.00	25.00	25.00
	250923	Detección De Anticuerpos Hepatitis C	29.00	37.00	48.00	48.00
	250924	Detección De Anticuerpos Hiv 1-2	15.00	19.00	25.00	25.00
	250928	Detección De Anticuerpos Htlv I-Ii	17.00	22.00	29.00	29.00
	250927	Deteccion De Anticuerpos Sifilis	14.00	18.00	24.00	24.00
	250925	Detección De Antígeno Virus Hepatitis B (Hbsag)	12.00	16.00	20.00	20.00
	250948	Determinacion De Subgrupo "A"	44.00	56.00	72.00	72.00
	250917	Fenotipo De Globulos Rojos (Rh)	59.00	75.00	97.00	97.00
	250947	Fraccionamiento De Plaquetas (2° Fase)	0.80	1.00	1.40	1.40
	250946	Fraccionamiento Globulos Rojos Y Plasma (1° Fase)	0.80	1.00	1.40	1.40
	250933	Grupo Sanguineo Celular/Serico Y Factor Rh	5.00	6.00	8.00	8.00
	250901	Grupo Sanguineo Y Factor Rh	20.00	25.00	32.00	32.00
	250940	Hemoglobina - Hematocrito Para Donante	4.00	5.00	7.00	7.00
	250941	Identificacion De Anticuerpo Irregulares	135.00	172.00	223.00	223.00
	250905	Identificacion De Anticuerpos Irregulares	114.00	148.00	228.00	228.00
	250911	Leucoferesis	47.00	56.00	61.00	61.00
	250932	Precalificacion	21.00	29.00	34.00	34.00
	250904	Prueba Cruzada	14.00	18.00	23.00	18.00
	250945	Prueba Cruzada Plaquetaria	265.00	337.00	438.00	438.00
	250950	Rastreo De Anticuerpo Irregulares (Donantes)	44.00	57.00	73.00	73.00
	250951	Rastreo De Anticuerpos Antiplaquetarios	408.00	518.00	673.00	673.00
	250943	Sangria Terapeutica	7.00	9.00	12.00	12.00
	250929	Tamizaje Serologico Por Donante	121.00	156.00	202.00	212.00
	250916	Test De Coombs Directo Especifico	39.00	51.00	78.00	78.00
	250949	Tipificacion De Fenotipo Ampliado Eritrocitarios	103.00	131.00	170.00	170.00
Hematologia	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	250231	Identificación de Celulas Progenitoras Hematopeyicas (HPC)	15.00	19.00	25.00	25.00
	250208	Constantes Corpúsculares	1.00	3.00	4.00	4.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	250215	Dimero D Cualitativo	25.00	52.00	70.00	70.00
	250222	Dimero D Cuantitativo	40.00	52.00	193.00	193.00
	250214	Fibrinogeno (Fib.)	7.00	17.00	29.00	29.00
	250209	Frotis De Sangre Periferica	3.00	8.00	12.00	12.00
	250225	Hematocrito	2.00	5.00	9.00	9.00
	250224	Hemoglobina	3.00	5.00	9.00	9.00
	250227	Hemograma Completo	16.00	37.00	62.00	62.00
	250218	Recuento Celular De Otros Liquidos	14.00	26.00	45.00	45.00
	250217	Recuento Celular Y Diferencial De Lcr	28.00	52.00	89.00	89.00
	250221	Recuento De Globulos Rojos	1.00	3.00	4.00	4.00
	250202	Recuento De Leucocitos	1.00	3.00	4.00	4.00
	250223	Recuento De Leucocitos En Medula Osea	5.00	12.00	16.00	16.00
	250204	Recuento De Linfocitos	11.00	21.00	36.00	36.00
	250205	Recuento De Plaquetas	5.00	10.00	20.00	20.00
	250207	Recuento De Reticulocitos	5.00	12.00	14.00	14.00
	250216	Retraccion De Coagulo	22.00	30.00	39.00	39.00
	250211	Tiempo De Protombina (Tp)	7.00	16.00	24.00	24.00
	250210	Tiempo De Sangria (Ts)	5.00	9.00	16.00	16.00
	250213	Tiempo De Trombina (Tt)	12.00	24.00	40.00	40.00
	250212	Tiempo Parcial De Tromboplastina (Ttp)	12.00	24.00	40.00	40.00
	250206	Velocidad De Sedimentacion	3.00	8.00	10.00	10.00
	250234	Tromboelastografia Simple	198.00	252.00	327.00	327.00
	250233	Tromboelastografia Rápida	285.00	361.00	470.00	470.00
	250235	Perfil de Mapeo Plaquetario	806.00	1023.00	1330.00	1330.00
Hematologia Especial	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	210501	Citomorfoloía: Medula Osea	30.00	38.00	50.00	50.00
	210502	Citomorfoloía: Medula Osea (Amo + Impronta)	50.00	64.00	83.00	83.00
	210503	Citoquímica: Mieloperoxidasa	18.00	23.00	30.00	30.00
	210504	Citoquímica:Cloro Acetato Estearasa (Cae)	63.00	80.00	103.00	103.00
	210505	Citoquímica:Fosfatasa Alcalina (Falc)	93.00	118.00	153.00	153.00
	210506	Citoquímica:PAS	64.00	81.00	105.00	105.00
	210507	Citoquímica:Fosfatasa Acida (Fac)	60.00	76.00	99.00	99.00
	210508	Revisión De Lamina (AMO y/o Coagulo)	32.00	41.00	53.00	53.00
	210509	Citoquímica: Hierro Medular	29.00	36.00	47.00	47.00
	210510	Citoquímica: ANAE	106.00	134.00	175.00	175.00
Histocompatibilidad	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	240103	Cuantificación Y Pureza De ADN	26.00	33.00	39.00	39.00
	240101	Extracción ADN En Sangre Periferica	55.00	72.00	83.00	83.00
	240102	Extracción en ADN En Hisopado Bucal	51.00	66.00	76.00	76.00
	240108	Tipificación Molecular Hla Clase I - C Alta Definición	1604.00	2085.00	2406.00	2406.00
	240107	Tipificación Molecular Hla Clase I - Ii Mr - C Y Dq	1100.00	1430.00	1650.00	1650.00
	240105	Tipificación Molecular Hla I-Ii Ad(Ext, Cuant Y Pur Adn)	1933.00	2513.00	2899.00	2899.00
	240106	Tipificación Molecular Hla I-Ii Mr(Ext, Cuant Y Pur Adn)	3325.00	4322.00	4987.00	4987.00
Criopreservación	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	240202	Criopreservación Progenitores Hematopoyeticos X Colecta C/V	1250.00	1587.00	2266.00	2266.00
	240205	Descongelación Progenitores Hematopoyeticos C/V	17.00	28.00	28.00	28.00
	240206	Mantenimiento De Celulas Criopreservadas Ln2	8.00	10.00	27.00	27.00
	240203	Viabilidad Celular Con Azul De Tripán	45.00	57.00	75.00	75.00
Hemodialisis	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	160101	Hemodialisis Por Sesion	107.00	139.00	194.00	194.00
Salud Mental			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	140407	Atencion en Salud Mental	12.00	16.00	21.00	21.00
	140408	Consejeria en Salud Mental	10.00	12.00	16.00	16.00
	140410	Consulta Psicologica	14.00	18.00	80.00	80.00
	140411	Consulta Psiquiatrica	16.00	21.00	150.00	150.00
	140412	Psicoterapia Individual	18.00	23.00	30.00	30.00
	140419	Pruebas Psicologicas	18.00	23.00	30.00	30.00
	140403	Psicoterapia Familiar Psicologo	15.00	20.00	25.00	25.00
	140405	Psicoterapia MultiFamiliar Psicologo	32.00	40.00	52.00	52.00
Medicina Nuclear Aparato -- Cardiovascular			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	310406	Gammagrafia Muga	200.00	300.00	500.00	500.00
	310404	Trombovenografia Profunda	270.00	350.00	500.00	500.00
Medicina Nuclear Aparato -- Digestivo			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	310504	Deteccion De Diverticulo De Meckel	100.00	150.00	250.00	250.00
	310506	Deteccion De Reflujo Gastroesofagico	130.00	160.00	250.00	250.00
	310509	Determinación Del Vaciamiento Gastrico	130.00	160.00	250.00	250.00
	310503	Gammagrafia De Glandulas Salivales	120.00	180.00	250.00	250.00
	310501	Gammagrafia De Hgado Y Bazo	70.00	100.00	300.00	300.00
	310502	Gammagrafia De Vias Biliares	150.00	200.00	300.00	300.00
Medicina Nuclear Aparato -- Respiratorio			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
Medicina Nuclear-Aparato Respiratorio	310301	Gammagrafia Pulmonar (Perfusion)	150.00	200.00	400.00	400.00
Medicina Nuclear Aparato - Urogenital			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	310607	Deteccion De Reflujo Vesicoureteral	150.00	200.00	450.00	450.00
	310604	Gammagrafia Renal (Dmsa)	150.00	200.00	250.00	250.00
	310602	Radiorenograma Isotopico	150.00	200.00	300.00	300.00
	310603	Radiorenograma Isotopico C/Test De Captopril (2 Dias)	250.00	300.00	500.00	500.00
	310608	Rastreo Con Migb-I-131(No Incluye Farmacos)	100.00	200.00	300.00	300.00
	310609	Terapia Con Migb-I-131 (3 Dias) No Farmacos	120.00	220.00	350.00	350.00
Medicina Nuclear Aparato - Osteo Articular			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	310701	Gammagrafia Osea (Cuerpo Entero)	200.00	300.00	400.00	400.00
	310703	Gammagrafia Osea (Spect)	300.00	350.00	450.00	450.00
	310704	Terapia Paliativa C/Radionuclideos	80.00	120.00	600.00	600.00
Medicina Nuclear Aparato -- Sistema Hematopeyico			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	310802	Linfografia Isotopica	150.00	200.00	430.00	430.00
Medicina Nuclear Aparato -- Sistema Nervioso			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	310202	Cisternografia Isotopica	160.00	203.00	500.00	500.00
	310205	Spect Cerebral	340.00	430.00	770.00	770.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
Medicina Nuclear Aparato - Tiroides	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	310101	Captacion De Yodo	50.00	100.00	120.00	120.00
	310105	Gammagrafia De Tiroides	100.00	130.00	250.00	250.00
	310114	Gammagrafia Paratiroides	440.00	560.00	650.00	650.00
	310109	Radioablacion Tiroideo (I-131) (3 Dias)	120.00	170.00	500.00	500.00
	310107	Rastreo De Tejido Tiroideo	120.00	200.00	400.00	400.00
	310113	Rastreo Post Terapia	120.00	200.00	400.00	400.00
	310108	Terapia De Hiperfuncion (I-131)	100.00	200.00	400.00	400.00
Medicina Nuclear Aparato --varios	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	310901	Gammagrafia De Conductos Lacrimales	100.00	150.00	200.00	200.00
	310906	Localización De Focos Infecciosos (No Farmacos)	150.00	200.00	300.00	300.00
	310907	Scan Con Osteotride (2 Dias) No Incluye Farmacos	140.00	200.00	450.00	450.00
Quimioterapia	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	090107	Preparacion De Esquema	8.60	10.00	13.00	13.00
	090101	Quimioterapia En Directa Ev O Im (Bolo)	19.00	56.00	43.00	43.00
	090102	Quimioterapia En Infusion	19.00	70.00	112.00	112.00
	293407	Quimioterapia Arterial Selectiva Region	232.00	274.00	640.00	640.00
Radioterapia	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	300110	Acelerador Lineal (Electrones 2d) Por Sesion	76.00	95.00	216.00	216.00
	300109	Acelerador Lineal (Fotones 2d) Por Sesion	75.00	94.00	180.00	180.00
	300119	Acelerador Lineal (Fotones 3d), Sesion	75.00	0.00	250.00	250.00
	300111	Braquiterapia Alta Tasa Dosis, Por Sesion	254.00	375.00	600.00	600.00
	300102	Cobalto Por Sesion	53.00	70.00	108.00	108.00
	300129	Irradiacion De Hemocomponentes	32.00	53.00	75.00	75.00
	300107	Mascara Para Pacientes	103.00	103.00	180.00	180.00
	300121	Moldes Cerrobend	89.00	106.80	800.00	800.00
	300112	Paq. Acelerador - Intencion 1	770.00	3000.00	N.A	N.A
	300113	Paq. Acelerador - Intencion 2	320.00	1100.00	N.A	N.A
	300122	Paq. Acelerador Frac. Acelerado	175.00	550.00	N.A	N.A
	300118	Paq. Acelerador-Intencion 1 (3d)	1200.00	4500.00	N.A	N.A
	300114	Paq. Cobalto - Intencion 1	620.00	1800.00	N.A	N.A
	300115	Paq. Cobalto - Intencion 2	270.00	700.00	N.A	N.A
	300123	Paq. Cobalto Frac. Acelerado 1 A 4	135.00	350.00	N.A	N.A
	300125	Paq. Cobalto-Intención 1 (3d)	822.00	1870.00	N.A	N.A
	300103	Paq. Braquiterapia De Baja Tasa Dosis	431.00	614.00	1200.00	1200.00
	300120	Planificacion Fisica	48.00	85.00	800.00	800.00
	300105	Simulacion	32.00	138.00	180.00	180.00
	300128	Verificación De Campos	56.40	92.00	180.00	180.00
Ecografias	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	292619	Biopsia De Partes Blandas con Guia Ecográfica	55.00	66.00	202.00	202.00
	292618	Biopsia De Tiroides con Guia Ecográfica	56.00	66.00	204.00	204.00
	292615	Biopsia Masa Intra Abdominal con Guia Ecográfica	62.00	74.00	227.00	227.00
	292625	Biopsia Prostatica Transrectal con Guia Ecográfica	56.00	66.00	204.00	204.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	292205	Torax Portatil	34.00	40.00	77.00	77.00
	292201	Costilla C/Lado	40.00	48.00	92.00	92.00
	292202	Esternon	34.00	40.00	62.00	62.00
RADIOGRAFIA - Columna y Pelvis	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	292002	Columna Cervical F.P.Y Oblicua	40.00	48.00	104.00	104.00
	292001	Columna Cervical F.Y P.	34.00	40.00	77.00	77.00
	292003	Columna Cervical Funcional	40.00	48.00	182.00	182.00
	292004	Columna Dorsal F.Y P.	40.00	48.00	77.00	77.00
	292005	Columna Lumbosacra F.Y P.	40.00	48.00	77.00	77.00
	292007	Arti. Coxofemoral Unilateral/Bilateral	40.00	48.00	92.00	92.00
	292009	Articulacion Sacro Iliaca	40.00	48.00	92.00	92.00
	292008	Coxis	34.00	40.00	77.00	77.00
	292006	Pelvis	34.00	40.00	54.00	54.00
RADIOGRAFIA - Extremidades	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	292101	Hombro	34.00	40.00	62.00	62.00
	292103	Brazo Y Húmero	40.00	48.00	60.00	60.00
	292102	Clavicula C/Lado	34.00	40.00	77.00	77.00
	292105	Antebrazo C/Lado	34.00	40.00	60.00	60.00
	292104	Codo	34.00	40.00	60.00	60.00
	292107	Mano C/Lado	34.00	40.00	62.00	62.00
	292106	Muñeca C/ Lado	34.00	40.00	44.00	44.00
	292108	Muslo Femur	40.00	48.00	92.00	92.00
	292109	Pierna C/Lado	40.00	48.00	60.00	60.00
	292110	Rodilla C/Lado	40.00	48.00	60.00	60.00
	292111	Tobillo C/Lado	34.00	40.00	60.00	60.00
	292112	Pie C/Lado	34.00	40.00	60.00	60.00
Mamografias	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	292704	Biopsia De Mama	145.00	172.00	397.00	397.00
	292703	Mamografia + Localizacion + Control Pieza Operatoria	174.00	205.00	473.00	473.00
	292702	Mamografia Bilateral (4)	59.00	70.00	198.00	198.00
	292709	Mamografia De Compresion Y/O Magnificación	55.00	65.00	116.00	116.00
	292708	Mamografia Por Esterotaxia	109.00	129.00	521.00	521.00
	292701	Mamografia Unilateral (2)	55.00	65.00	116.00	116.00
TEM -ABDOMEN	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	293806	Tem De Abdomen Completo Con Contraste	342.00	434.00	564.00	564.00
	293805	Tem De Abdomen Completo Sin Contraste	225.00	285.00	370.00	370.00
	293803	Tem De Abdomen Inferior Con Contraste	344.00	437.00	568.00	568.00
	293804	Tem De Abdomen Inferior Sin Contraste	227.00	289.00	375.00	375.00
	293801	Tem De Abdomen Superior Con Contraste	344.00	437.00	568.00	568.00
	293802	Tem De Abdomen Superior Sin Contraste	225.00	285.00	370.00	370.00
TEM -CABEZA Y CUELLO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	293501	Tem De Cerebro Con Contraste	359.00	445.00	592.00	592.00
	293502	Tem De Cerebro Sin Contraste	238.00	302.00	393.00	393.00
	293512	Tem De Cuello Sin Contraste	220.00	282.00	366.00	366.00
	293511	Tem De Cuello Con Contraste	337.00	428.00	556.00	556.00
	293513	Tem De Fosa Sin Contraste	198.00	253.00	328.00	328.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	293505	Tem De Macizo Facial Con Contraste	318.00	404.00	525.00	525.00
	293506	Tem De Macizo Facial Sin Contraste	207.00	265.00	344.00	344.00
	293509	Tem De Oido Con Contraste	211.00	267.00	347.00	347.00
	293510	Tem De Oido Sin Contraste	328.00	416.00	541.00	541.00
	293503	Tem De Orbita Con Contraste	337.00	428.00	556.00	556.00
	293504	Tem De Orbitas Sin Contraste	217.00	275.00	358.00	358.00
	293507	Tem De Senos Paranasales Con Contraste	308.00	395.00	513.00	513.00
	293508	Tem De Senos Paranasales Sin Contraste	188.00	239.00	310.00	310.00
	293515	Tem De Silla Turca Sin Contraste	169.00	216.00	281.00	281.00
	293514	Tem De Silla Turca Con Contraste	289.00	367.00	447.00	447.00
	293705	Tem Columna Lumbr-Sacra Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293706	Tem Columna Lumbr-Sacra Sin Contraste	218.00	277.00	360.00	360.00
	293703	Tem Columna Dorsal Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293704	Tem Columna Dorsal Sin Contraste	218.00	277.00	360.00	360.00
	293708	Tem Columna Sacro Coxis Sin Contraste	218.00	277.00	360.00	360.00
	293701	Tem De Columna Cervical Con Contraste	273.00	346.00	450.00	450.00
	293702	Tem De Columna Cervical Sin Contraste	215.00	275.00	357.00	357.00
	293707	Tem De Pelvis Sin Contraste	218.00	277.00	360.00	360.00
TEM - TORAX	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	293601	Tem De Torax Con Contraste	304.00	389.00	505.00	505.00
	293602	Tem De Torax Sin Contraste	183.00	235.00	305.00	305.00
TEM -EXTREMIDADES	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	293917	Tem De Antebrazo Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293918	Tem De Antebrazo Sin Contraste	220.00	279.00	362.00	362.00
	293915	Tem De Brazo Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293916	Tem De Brazo Sin Contraste	220.00	279.00	362.00	362.00
	293901	Tem De Codo Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293902	Tem De Codo Sin Contraste	220.00	279.00	362.00	362.00
	293903	Tem De Hombro Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293904	Tem De Hombro Sin Contraste	220.00	279.00	362.00	362.00
	293905	Tem De Mano Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293906	Tem De Mano Sin Contraste	220.00	279.00	362.00	362.00
	293907	Tem De Muñeca Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293908	Tem De Muñeca Sin Contraste	220.00	279.00	362.00	362.00
	293920	Tem De Muslo Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293919	Tem De Muslo Sin Contraste	220.00	279.00	362.00	362.00
	293909	Tem De Pie Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293910	Tem De Pie Sin Contraste	220.00	279.00	362.00	362.00
	293922	Tem De Pierna Con Contraste	335.00	411.00	534.00	534.00
	293921	Tem De Pierna Sin Contraste	220.00	279.00	362.00	362.00
	293911	Tem De Rodilla Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293912	Tem De Rodilla Sin Contraste	220.00	279.00	362.00	362.00
	293913	Tem De Tobillo Con Contraste	335.00	426.00	553.00	553.00
	293914	Tem De Tobillo Sin Contraste	220.00	279.00	362.00	362.00
TEM - OTROS PROCEDIMIENTOS	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	294007	Angiotem Aorta Abdominal	297.00	432.00	809.00	809.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	294008	Angiotem Aorta Toraxica	297.00	432.00	809.00	809.00
	294009	Angiotem Cardiaca	297.00	432.00	809.00	809.00
	294010	Angiotem Carotida	297.00	432.00	809.00	809.00
	294011	Angiotem Cerebral	297.00	432.00	809.00	809.00
	294006	Angiotem De Extremidad Superior Con Contraste	315.00	458.00	858.00	858.00
	294013	Angiotem De Torax No Coronaria	275.00	400.00	750.00	750.00
	294012	Angiotem Extremidades Inferiores	315.00	458.00	858.00	858.00
	294005	Tem Reconstruccion Tridimensional En General	75.00	109.00	205.00	205.00
	294003	Urotomografía (Urotem) Con Contraste	223.00	324.00	607.00	607.00
	294004	Urotomografía (Urotem) Sin Contraste	223.00	324.00	607.00	607.00
Resonancia Magnetica- Abdomen	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimieno	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	291303	Colangioresonancia	501.00	675.00	919.00	919.00
	291306	Difusion	561.00	756.00	1000.00	1000.00
	291311	Enterografía Con Contraste	582.00	756.00	1000.00	1000.00
	291302	Rm Abdomen Inferior Sin Contraste	501.00	675.00	919.00	919.00
	291308	Rm Abdomen Inferior Con Contraste	582.00	756.00	1000.00	1000.00
	291301	Rm Abdomen Superior Sin Contraste	501.00	675.00	919.00	919.00
	291307	Rm Abdomen Superior Con Contraste	582.00	756.00	1000.00	1000.00
	291309	Rm Colangioresonancia Con Contraste	582.00	756.00	1000.00	1000.00
	291304	Uroresonancia Sin Contraste	501.00	675.00	919.00	919.00
	291310	Uroresonancia Con Contraste	582.00	756.00	1000.00	1000.00
Resonancia Magnetica- Aparato Locomotor	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimieno	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	291509	Rm Mano Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291519	Rm Mano Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291503	Rm Muñeca Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291518	Rm Muñeca Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291508	Rm Antebrazo Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291515	Rm Antebrazo Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291507	Rm Brazo Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291516	Rm Brazo Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291502	Rm Codo Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291517	Rm Codo Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291501	Rm Hombro Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291514	Rm Hombro Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291521	Rm Plexo Braquial Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291520	Rm Plexo Braquial Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291522	Rm Caderas Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291523	Rm Caderas Con Contraste	582.00	756.00	1000.00	1000.00
	291510	Rm Muslo Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291525	Rm Muslo Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291511	Rm Pierna Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291527	Rm Pierna Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291505	Rm Rodilla Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291526	Rm Rodilla Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291506	Rm Tobillo Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291528	Rm Tobillo Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	291512	Rm Pie Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291529	Rm Pie Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
Resonancia Magnética- Cabeza y Cuello	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	291114	Rm Cerebro Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291113	Rm Cerebro Sin Contraste	480.00	648.00	919.00	919.00
	291101	Rm Encefalo	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291112	Rm Encefalo / Angiografía	701.80	912.00	1200.00	1200.00
	291108	Rm Encefalo / Funcional	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291117	Rm Macizo Facial Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291105	Rm Macizo Facial Sin Contraste	480.00	648.00	919.00	919.00
	291115	Rm Orbita Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291103	Rm Orbitas Sin Contraste	480.00	648.00	919.00	919.00
	291116	Rm Oido Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291104	Rm Oidos Sin Contraste	480.00	648.00	919.00	919.00
	291120	Rm Hipofisis Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291121	Rm Hipofisis Sin Contraste	480.00	648.00	919.00	919.00
	291107	Rm Articulacion Temporo - Mandibular Sin Contraste	480.00	648.00	919.00	919.00
	291119	Rm Articulacion Temporo Mandibular Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291118	Rm Cuello Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291106	Rm Cuello Sin Contraste	480.00	648.00	919.00	919.00
	291111	Rm Espectroscopia	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291110	Rm Perfusion	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291102	Rm Region Selar Y Paraselar	561.00	729.00	1000.00	1000.00
Resonancia Magnética- Columna	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	291405	Rm Columna Total	619.30	743.00	1500.00	1500.00
	291401	Rm Columna Cervical Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291406	Rm Columna Cervical Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291402	Rm Columna Dorsal Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291407	Rm Columna Dorsal Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291410	Rm Columna Articulacion Sacroiliaca Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291411	Rm Columna Articulacion Sacroiliaca Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
	291403	Rm Columna Lumbo Sacra Sin Contraste	491.00	662.00	919.00	919.00
	291409	Rm Columna Lumbo Sacro Con Contraste	572.00	743.00	1000.00	1000.00
Resonancia Magnética- Corazón	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	291707	Rm Corazon Funcional Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291706	Rm Corazon Morfologico Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291705	Rm Coronarias	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291704	Rm Mapeo De La Velocidad De Flujo	561.00	729.00	1000.00	1000.00
Resonancia Magnética- mamas	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	291602	Rm Bilateral De Mamas	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291605	Rm Biopsia De Mama Guiada Por Resonancia	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291604	Rm Mama Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291601	Rm Unilateral De Mamas	561.00	729.00	1000.00	1000.00
Resonancia Magnética-Torax	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	291201	Rm Mediastino Sin Contraste	480.00	648.00	919.00	919.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTD	Tarifa ECIF
	291203	Rm Mediastino Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291202	Rm Pared Toraxica Sin Contraste	480.00	648.00	919.00	919.00
	291204	Rm Pared Toraxica Con Contraste	561.00	729.00	1000.00	1000.00
Resonancia Magnética-Vasculares	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTD	Tarifa ECIF
	291801	Rm Cuerpo Entero	756.00	984.00	2300.00	2300.00
	291814	Rm Angiografía Cerebral Con Contraste	702.00	912.00	1200.00	1200.00
	291813	Rm Angiografía Cerebral Con Tiempo De Vuelo S/C	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291802	Rm Angiografía Carotidas Vertebrales	702.00	872.00	1200.00	1200.00
	291803	Rm Angiografía Vasos Torácicos	702.00	912.00	1200.00	1200.00
	291805	Rm Angio Vasos Abdom (Renaes,Mesentericas,Tronco Celiaco)	702.00	912.00	1200.00	1200.00
	291804	Rm Angiografía Aorta Toraco	702.00	912.00	1200.00	1200.00
	291815	Rm Angiografía Aorta Abdominal	702.00	912.00	1200.00	1200.00
	291806	Rm Angiografía Miembros Inferiores	702.00	912.00	1200.00	1200.00
	291807	Rm Angiografía Miembros Superiores	702.00	912.00	1200.00	1200.00
	291816	Rm Angiografía Renal	702.00	912.00	1200.00	1200.00
	291810	Rm Estudios Cinematicos Col. Cervical	702.00	912.00	1200.00	1200.00
	291811	Rm Estudios Cinematicos De Rodilla	702.00	912.00	1200.00	1200.00
	291817	Rm Tractografía	561.00	729.00	1000.00	1000.00
	291808	Rm Otras Angiografías	702.00	912.00	1200.00	1200.00
	291809	Rm Venografía	702.00	912.00	1200.00	1200.00
Genética Y Biología Molecular	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTD	Tarifa ECIF
	210744	Mutación Del Gen K-Ras	539.00	684.00	889.00	889.00
	210745	Hibri. In Situ c/ Fluorescencia (Fish)ALK	650.00	825.00	1072.00	1072.00
	210746	Hibri. In Situ c/ Fluorescencia (Fish) BCL2	1242.00	1577.00	2051.00	2051.00
	210747	Hibri. In Situ c/ Fluorescencia (Fish)BCL6	1242.00	1577.00	2051.00	2051.00
	210748	Hibri. In Situ c/ Fluorescencia (Fish) MYC	650.00	825.00	1072.00	1072.00
	210749	Detección y Cuantificación de Adenovirus	427.00	543.00	705.00	705.00
	210750	Detección y Cuantificación de Herpes Virus 6	427.00	543.00	705.00	705.00
	210751	Análisis de Clonabilidad para Linfoma de Celulas T	738.00	937.00	1218.00	1218.00
	210752	Análisis de Clonabilidad para Linfoma de Celulas B	556.00	706.00	918.00	918.00
	210753	Detección de Mutación puntual en gen BRCA1/2 por secuenciamento	364.00	462.00	601.00	601.00
	210754	Detección de la pérdida de heterocigosidad 1p/19q mediante PCR múltiple	290.00	368.00	479.00	479.00
	210755	Detección de Mutaciones en gen VHL (exones 1, 2 y 3) por secuenciamento	540.00	685.00	891.00	891.00
	210756	Detección de Mutaciones en gen RET (exones 10, 11, 13, 14 , 15 y 16) por secuenciamento	849.00	1078.00	1402.00	1402.00
	210757	Quimerismo Pre - Trasplante (receptor y donante)	448.00	569.00	740.00	740.00
	210758	Quimerismo Post - Trasplante	470.00	597.00	776.00	776.00
	210759	Detección del Gen de Fusión DEK / CAN	211.00	268.00	348.00	348.00
	210760	Detección del Gen de Fusión SIL/ TAL	213.00	270.00	351.00	351.00
	210761	Detección de Mutaciones del Dominio TK del Gen de Fusión BCR / ABL - KD P190	389.00	494.00	642.00	642.00
	210762	Detección de Mutaciones del Dominio TK del Gen de Fusión BCR / ABL - KD P210	389.00	494.00	642.00	642.00
	210763	Detección de Mutaciones En Los Exones 8 Y 17 Del Gen C-Kit	364.00	462.00	601.00	601.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTB	Tarifa ECIF
	210764	Panel Molecular para Leucemia Mieloide Aguda	306.00	389.00	506.00	506.00
	210765	Detección de La Mutación Itd Del Gen Flt3 Por Analisis De Fragmentos	156.00	198.00	257.00	257.00
	210766	Detección de la Mutación A Del Gen Npm1 Por Analisis De Fragmentos	156.00	198.00	257.00	257.00
	210767	Deteccion y Cuantificacion Del Gen De Fusion Cbfb/Myh11	301.00	383.00	498.00	498.00
	210768	Deteccion y Cuantificacion De Parvovirus B19	425.00	540.00	702.00	702.00
	210406	Hercep Test (Mama)	208.00	250.00	384.00	384.00
	210701	Deteccion Del Gen De Fusion Aml1/Eto	239.00	304.00	436.00	436.00
	210702	Deteccion Del Gen De Fusion Pml/Rara	243.00	309.00	436.00	436.00
	210703	Deteccion Molecular De Papillomavirus Humano (Pvh)	82.00	241.00	313.00	313.00
	210704	Genotipificacion Mol. De Papillo. Humano (Pvh) De 5 Tipos	95.00	192.00	250.00	250.00
	210705	Genotipificacion De 37 Tipos De Pvh	495.00	860.00	993.00	993.00
	210706	Cariotipo+Banda Gtg Sangre Periferica	199.00	202.00	341.00	341.00
	210707	Cariotipo+Banda Gtg+Liquidos Organicos	174.00	221.00	381.00	381.00
	210708	Cariotipo + Banda Gtg Medula Osea	208.00	264.00	381.00	381.00
	210709	Cariotipo + Banda Gtg Tumores Solidos	174.00	221.00	481.00	481.00
	210710	Hibri. In Situ (Fish) Her-2/Neu	904.00	1148.00	1516.00	1516.00
	210711	Hibri. In Situ (Fish) Bcr/Abl	508.00	660.00	1000.00	1000.00
	210712	Hibri. In Situ (Fish) Aml/Eto	473.00	615.00	1000.00	1000.00
	210713	Hibri. In Situ (Fish) Pml/Rar	473.00	615.00	1000.00	1000.00
	210714	Detec Y Cuant Del Gen Abl/Bcr Tecnica Pcr Tiempo Real	415.00	593.00	771.00	771.00
	210715	Detec Y Cuant Del Gen Aml/Eto Tecnica Pcr Tiempo Real	336.00	495.00	643.00	643.00
	210716	Detec Y Cuant Del Gen Pml/Rar Tecnica Pcr Tiempo Real	323.00	468.00	608.00	608.00
	210717	Deteccion Del Gen E2a/Pbx1 Por Pcr En Tiempo Final	240.00	304.00	565.00	565.00
	210718	Deteccion Del Gen Mll/Af4 Por Pcr En Tiempo Final	240.00	304.00	564.00	564.00
	210719	Deteccion Del Gen Bcr/Abl P190 Por Pcr En Tiempo Final	240.00	304.00	565.00	565.00
	210720	Deteccion Del Gen Bcr/Abl P210 Por Pcr En Tiempo Final	240.00	304.00	531.00	531.00
	210721	Deteccion Del Gen Tel/Aml1 Por Pcr En Tiempo Final	240.00	304.00	565.00	565.00
	210722	Panel Molecular Leucemias Linfaticas Agudas - Celula B X Pcr	297.00	377.00	686.00	686.00
	210723	Detección Del Gen Flt3 (Variantes Itd, D836)	148.00	421.00	547.00	547.00
	210724	Detección Cualitativo De Variantes Npm1	159.00	334.00	434.00	434.00
	210725	Detección De Mutación V617f Gen Jak2	136.00	173.00	250.00	250.00
	210726	Detección Del Gen Fusión Plzf-Rar	159.00	356.00	600.00	600.00
	210727	Cariotipo + Banda Gtg Médula Osea Conteo	117.00	305.00	397.00	397.00
	210728	Detección Del Gen De Fusión Cbfb - Myh11	240.00	305.00	600.00	600.00
	210729	Pcr Cuantitativo Citomegalovirus	483.00	.	600.00	600.00
	210730	Detección F1pili/Pdgfra	202.00	256.00	531.00	531.00
	210731	Detección Y Cuantificación Bcr/Abl P210	415.00	593.00	771.00	771.00
	210732	Detección Y Cuantificación Bcr/Abl P190	415.00	593.00	771.00	771.00
	210733	Detección Y Cuantificacion Pml/Rara Bcr1	323.00	468.00	608.00	608.00
	210734	Detección Y Cuantificacion Pml/Rara Bcr2	323.00	468.00	608.00	608.00
	210735	Detección Y Cuantificación Pml/Rara Bcr3	323.00	468.00	608.00	608.00
	210736	Detecce Y Cuantificacion Viral De Epstein Barr Virus	432.22	548.92	713.60	713.60
	210737	Detecce Y Cuantificacion Viral De Bk Virus	432.22	548.92	713.59	713.59
	210738	Detecce Y Cuantificacion Viral De Hepatitis B	432.22	548.92	713.59	713.59
	210739	Detecce Y Cuantificacion Viral De Hepatitis C	432.22	548.92	713.59	713.59
	210740	Deteccion De Pvh De Alto Riesgo Por Captura Hibrida 2	102.00	129.00	168.00	168.00
	210741	Detección De Inestabilidad De Microsatélites	338.00	430.00	559.00	559.00
	210742	Mutacion Del Gen Braf	495.00	629.00	817.00	817.00

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

TARIFARIO INSTITUCIONAL - 2016 -V.01

SERVICIO	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimiento	TARIFAS *			
			Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P. **	Tarifa SBTD	Tarifa ECIF
	210743	Mutacion Del Gen Egfr	555.00	704.00	916.00	916.00
Medicina Paliativa Tratamiento Del Dolor	Código Tarifario INEN	Descripción del Procedimieno	Tarifa Hospital	Tarifa Asegurado S.P.	Tarifa SBTD	Tarifa ECIF
	150130	Colocacion de Alitas Subcutaneas	5.00	7.00	10.00	10.00
	150106	Bloq. Ganglio Gasser	39.00	154.00	189.00	189.00
	150109	Bloq. Selec. Cadena Simpatica Lumbar	41.00	154.00	189.00	189.00
	150110	Bloq. Selec. Nervio Lumbar	41.00	154.00	189.00	189.00
	150111	Bloq. Selec. Nervios Sacros	45.00	154.00	189.00	189.00
	150102	Bloqueo Caudal Cervical	23.00	103.00	127.00	127.00
	150101	Bloqueo Epidural	33.00	122.00	150.00	150.00
	150103	Bloqueo Epidural Nervio Lumbar	39.00	154.00	189.00	189.00
	150104	Bloqueo Epidural Toraxico	39.00	154.00	189.00	189.00
	150105	Bloqueo Ganglio Cadena Simpatica	39.00	136.00	167.00	167.00
	150107	Bloqueo Nervio Craneales	39.00	124.00	152.00	152.00
	150108	Bloqueo Plexo Cervical/Selec. Vert. Y Cerv.	39.00	210.00	259.00	259.00
	150112	Bloqueo Selectivo Nervios Toraxicos	45.00	154.00	189.00	189.00
	150113	Bloqueo Troncos Nerviosos	45.00	154.00	189.00	189.00
	150117	Desgatilamiento Muscular	25.00	41.00	51.00	51.00
	150119	Implante Cateter Con Sist. Portal	57.00	472.00	581.00	581.00
	150118	Implante Cateter Tunelizado Epidural	57.00	472.00	581.00	581.00
	150120	Infiltracion Selec. Articular Miofascial	13.00	74.00	90.00	90.00
	150115	Infusion Continua A.L. Y/O Ketamina	47.00	261.00	321.00	321.00
	150116	Infusion Continua A.L. Y/O Ketoprofer	44.00	352.00	433.00	433.00
	150121	Neurolisis Cadena Simpatica Lumbar	39.00	243.00	298.00	298.00
	150122	Neurolisis Epidural Cervical	39.00	274.00	337.00	337.00
	150123	Neurolisis Ganglio Celiaco	39.00	274.00	337.00	337.00
	150124	Neurolisis Ganglio Estrellado	39.00	274.00	337.00	337.00
	150127	Neurolisis Menores	39.00	274.00	337.00	337.00
	150125	Neurolisis Nervios Hipogastricos	39.00	274.00	337.00	337.00
	150126	Neurolisis Nervios Toraxicos Lumbares	39.00	274.00	337.00	337.00
	150129	Sedación (en Servicio Paliativo)	20.00	25.00	35.00	35.00
	150114	Test Diagnostico Lidoc. / Penthota	38.00	189.00	232.00	232.00

(*) Las Tarifas Establecidas NO Incluyen Medicamento.

(**) Tarifa: ASEGURADO S.P. no incluye SIS.