



Gastos Médicos Mayores

**Sigue
adelante
con tu salud**

**Línea Hospitalaria
Gastos Médicos**

Condiciones Generales

Índice

	Página
I. Objeto	7
II. Leyes aplicables	7
III. Definiciones	7
1. Accidente	7
2. Antigüedad	7
3. Base de Reembolso	7
4. Coaseguro	7
5. Compañía o Aseguradora	7
6. Certificado	7
7. Colectividad Asegurable	8
8. Colectividad Asegurada	8
9. Contratante	8
10. Deducible	8
11. Dependientes Económicos	8
12. Dividendo	8
13. Endoso	8
14. Enfermedad o Padecimiento	8
15. Factor de Reembolso	8
16. Hospital, Clínica o Sanatorio	8
17. Hospitalización	8
18. Integrante o Asegurado	8
19. Medicamento	8
20. Médico	8
21. Monto por Procedimiento Terapéutico	9
22. Padecimiento Congénito	9
23. Pago Directo	9
24. Periodo de Espera	9
25. Perito Médico	9
26. Politraumatismo	9
27. Politraumatizado	9
28. Prestadores en Convenio para Pago Directo	9
29. Prima de Riesgo	9
30. Programación de Cirugía	9
31. Prótesis y Aparatos Ortopédicos	9
32. Reembolso	9
33. Signo	9
34. Síntoma	9
35. Suma Asegurada	10

Índice

	Página
36. Tabla de Procedimientos Terapéuticos	10
37. Urgencia Médica o Emergencia Médica	10
IV. Descripción del seguro	10
a) Colectividad Asegurada con relación laboral	10
b) Colectividad Asegurada sin relación laboral	10
V. Gastos Médicos Mayores cubiertos	10
Gastos de Hospitalización y Médicos	10
1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos	10
2. Honorarios por Consultas Médicas	11
3. Gastos Dentro del Hospital	11
4. Equipo de Anestesia y Material Médico	11
5. Cama Extra	11
6. Honorarios de Enfermeras	11
7. Tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia y otros semejantes	11
8. Honorarios Médicos por Atención Hospitalaria sin Intervención Quirúrgica	11
9. Honorarios de Médicos Quiroprácticos	11
10. Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente	11
11. Consumo de Oxígeno	11
12. Transfusión de Sangre	11
13. Renta de Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos	11
14. Renta de Equipo tipo Hospital	12
15. Medicamentos	12
16. Estudios de Laboratorio y Gabinete	12
17. Cobertura del Recién Nacido	12
18. Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio	12
19. Nariz y/o Senos Paranasales	12
20. Uso de Ambulancia	12
21. Uso de Ambulancia Terrestre Especializada para Urgencia Médica	12
22. Uso de Ambulancia Aérea por Urgencia Médica	13
23. Urgencia Médica en el Extranjero	13
24. Politraumatismos	14
VI. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera	14

Índice

	Página
VII. Servicios de Asistencia Incluidos	14
7.1. Tu médico 24 horas	14
VIII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos	20
IX. Coberturas opcionales	23
9.1. Asistencia Médica PCE	23
9.2. Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)	28
9.3. Paquete de Beneficios Adicionales	29
9.4. Cobertura de Dinero en Efectivo	37
9.5. Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos	38
9.6. Paquete de Ampliación de Cobertura	39
9.7. Cobertura de Maternidad	40
9.8. Cobertura de Gastos Médicos Complementarios	40
X. Cláusulas generales	41
1. Inicio de Cobertura del Contrato	41
• Accidente	41
• Enfermedad	41
2. Clasificación de Dividendos	41
a) Experiencia Propia del Contratante	41
b) Sin Dividendos	41
1. Pago de Dividendos	42
a) Cálculo	42
b) Periodo de Pago	42
c) Recuperación de Dividendos por Siniestros ocurridos y no reportados	42
3. Periodo de Pago de Beneficios	43
4. Póliza o Contrato de Seguro	43
5. Modificaciones	43
6. Notificaciones	43
7. Vigencia	44
8. Residencia	44
9. Prima	44
• Lugar de Pago	44
10. Revelación de Comisiones	44

Índice

	Página
11. Procedimientos	44
1. Certificados Individuales	44
2. Registro de Asegurados	45
3. Movimientos de Asegurados	45
a. Ingreso a la Colectividad Asegurada	45
b. Bajas en la Colectividad Asegurada	46
12. Ajustes	46
13. Cambio de Contratante	46
14. Cambio de Forma de Pago de las Primas	46
15. Renovación	47
16. Rehabilitación	47
17. Prescripción	48
18. Moneda	48
19. Omisiones o Inexactas Declaraciones	48
20. Competencia	49
21. Edad	49
22. Siniestros	49
23. Pago de Indemnizaciones	50
24. Sistema de Pago Directo	51
25. Sistema de Pago por Reembolso	51
26. Modificación de Participación de Deducible y Coaseguro	51
27. Pagos Improcedentes	52
28. Interés Moratorio	52
29. Cancelación	52
30. Resolución de Obligaciones	52
31. Rescisión por Agravación Esencial del Riesgo	53
32. Obligación del Contratante	53
XI. Tabla de Hospitales por Estado y Ciudad	54
XII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos	54
XIII. Artículos citados	110
XIV. Significado de abreviaturas	118
XV. Registro	118

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

Línea Hospitalaria

Gastos Médicos Mayores Colectivos

Condiciones Generales

I. Objeto

El objeto del presente contrato es resarcir los gastos en que el Asegurado incurra con motivo del restablecimiento de su salud de acuerdo a un diagnóstico definitivo, hasta por la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de Póliza y el Certificado Individual.

Estos gastos quedarán cubiertos de acuerdo a los límites y condiciones estipulados en esta Póliza y siempre y cuando se encuentre en vigor.

La Compañía, a cambio del pago de la Prima correspondiente, se obliga a brindar al Asegurado incluido en el Registro de Asegurados, durante el plazo de Vigencia del Contrato de Seguro descrito en la misma, la protección por las coberturas y beneficios amparados en éste, a partir del momento en que la Compañía notifique al Contratante la aceptación de su solicitud.

II. Leyes aplicables

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

III. Definiciones

Para efectos del siguiente contrato se considerarán las siguientes definiciones:

1. Accidente

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

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

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

2. Antigüedad

Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto de forma continua en una Póliza de Gastos Médicos en esta u otra Compañía. La Antigüedad servirá para eliminar o disminuir Periodos de Espera del Capítulo VI de estas Condiciones Generales.

3. Base de Reembolso

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

4. Coaseguro

Cantidad a cargo del Asegurado, como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el Deducible. Dicho porcentaje queda indicado en la carátula de la Póliza.

5. Compañía o Aseguradora

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

6. Certificado

Es el documento en que se hacen constar los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía respecto al seguro contratado.

7. Colectividad Asegurable

Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

8. Colectividad Asegurada

La integran las personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, cumplen con los requisitos de asegurabilidad definidos por la Compañía y que sus nombres aparecen en el Registro de Asegurados.

9. Contratante

Persona física o moral que celebra el Contrato de Seguro Colectivo con la Compañía y que además se compromete a realizar el pago de las Primas.

10. Deducible

Cantidad fija que aplica a los primeros gastos erogados para cada Siniestro y que corren a cuenta del Asegurado, éste se encuentra establecido en la carátula de la Póliza. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto comienza la obligación de la Compañía. Este concepto no es reembolsable.

11. Dependientes Económicos

Se considerarán Dependientes Económicos aquellas personas que dependan económicamente del Asegurado Titular y/o del cónyuge, solteros, que no perciban remuneración por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años.

12. Dividendo

Es el monto, que al finalizar la Vigencia de la Póliza, se entrega al Contratante o a los Asegurados de la Colectividad de acuerdo a su contribución al pago de la Prima, siempre y cuando haya pagado la anualidad completa.

El Contratante de la Póliza es la única persona que puede decidir sobre los Dividendos.

13. Endoso

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y forma parte de éste.

14. Enfermedad o Padecimiento

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

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

15. Factor de Reembolso

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

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

16. Hospital, Clínica o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con Médicos y enfermeras titulados las 24 horas del día.

17. Hospitalización

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

18. Integrante o Asegurado

Persona expuesta a cualquier Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.

19. Medicamento

Toda preparación o producto farmacéutico empleado para el tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado.

20. Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser Médico General, Médico Especialista, Cirujano u Homeópata.

21. Monto por Procedimiento Terapéutico

Resultado de multiplicar la Base de Reembolso que se indica en la carátula de la Póliza, por el Factor de Reembolso de manera porcentual correspondiente al Procedimiento de la Tabla de Procedimientos Terapéuticos que se anexa en estas Condiciones Generales, el cual establece el límite máximo de Reembolso. Este monto incluye los honorarios de Cirujanos, Ayudantes, Instrumentistas y Anestesiólogos.

El Factor de Reembolso de cada Procedimiento Terapéutico incluido en estas Condiciones Generales está expresado de manera porcentual, por lo que para cualquier efecto dicho factor deberá dividirse entre 100.

22. Padecimiento Congénito

Se entiende como Congénito el Padecimiento o Enfermedad con que se nace o que se contrae en el útero.

23. Pago Directo

Remuneración económica que realiza directamente la Compañía al Prestador en Convenio, por la atención médica de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

24. Periodo de Espera

Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza y hasta la fecha en que comienza la protección del beneficio contratado para cubrir maternidad, Enfermedad o Padecimiento de acuerdo a las especificaciones del Contrato de Seguro.

25. Perito Médico

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

26. Politraumatismo

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

Se consideran Politraumatismos las siguientes lesiones y pueden presentarse solos o en combinación:

- a. Traumatismo Craneoencefálico II/III
- b. Hemorragias Internas y Daño en órganos de Tórax y/o abdomen, por trauma contuso o penetrante

- c. Fractura en tres huesos distintos de diferente región anatómica

Tales Politraumatismos deberán ser descritos en el mismo Accidente y se consideran como un sólo Sinistro.

27. Politraumatizado

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

28. Prestadores en Convenio para Pago Directo

Es el conjunto de Hospitales, Médicos, laboratorios, farmacias, gabinetes entre otros servicios de salud, con los que la Compañía ha celebrado diversos convenios especiales. Dicho conjunto podrá sufrir Modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso.

29. Prima de Riesgo

Es la cantidad de dinero que resulte de disminuir a la Prima, los gastos de administración y adquisición que por concepto de comercialización corresponda para la celebración de este Contrato de Seguro.

30. Programación de Cirugías

Autorización previa al internamiento que el Asegurado recibe por la realización de alguna intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o tratamiento médico.

31. Prótesis y Aparatos Ortopédicos

Aquellos aparatos utilizados para corregir o reemplazar de forma parcial o total un órgano o función.

32. Reembolso

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

33. Signo

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad o Padecimiento que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

34. Síntoma

Es un fenómeno o una anomalía subjetiva que revela una Enfermedad o Padecimiento y sirve para determinar su naturaleza.

35. Suma Asegurada

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

36. Tabla de Procedimientos Terapéuticos

Relación de Procedimientos Terapéuticos que indica el factor porcentual a considerar para el Monto por Procedimiento Terapéutico para cada Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto por concepto de honorarios de Cirujanos, Ayudantes, Instrumentistas y Anestesiólogos.

37. Urgencia Médica o Emergencia Médica

Aparición repentina de una alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de Síntomas agudos que ponen en peligro la vida, la integridad corporal o la viabilidad de algún órgano y por lo tanto requiere atención médica inmediata.

IV. Descripción del seguro

Características de la Colectividad Asegurada.

a. Colectividad Asegurada con relación laboral

Otorga las coberturas establecidas en la carátula de la Póliza, a los miembros de la Colectividad Asegurada que tengan relación laboral con el Contratante y que estén en servicio activo.

b. Colectividad Asegurada sin relación laboral

Otorga las coberturas establecidas en la carátula de la Póliza, a los miembros de la Colectividad Asegurada que no tengan relación laboral con el Contratante y que cumplan con lo siguiente:

1. Estén relacionadas entre sí por su actividad profesional, gremial o deportiva.
2. Personas con actividades independientes y que se agrupen para fines distintos a la contratación del seguro.

V. Gastos Médicos Mayores cubiertos

Gastos de Hospitalización y Médicos

Siempre que sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, (que no sean familiares del Asegurado) y sean médicamente necesarios, se entenderá por dichos gastos lo siguiente:

1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos

La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, consultas postoperatorias, así como por visitas hospitalarias, de acuerdo al límite establecido por el Monto por Procedimiento Terapéutico.

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

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos, la Compañía pagará únicamente el importe del mayor que resulte del Monto por Procedimiento Terapéutico, o uno de ellos si los montos son iguales.

Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios serán cubiertos 100% para la intervención que tenga el valor más alto y al 50% de la o las siguientes.

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

Si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicare dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola; si la

nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.

2. Honorarios por Consultas Médicas

La cantidad que se liquide por este concepto será de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de la Póliza.

3. Gastos dentro del Hospital

Representados por el costo de la habitación (privada estándar con baño, de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de la Póliza), alimentos, Medicamentos, laboratorio, gabinete, y atención general de enfermeras, sala de operaciones o de curaciones y terapia intensiva.

4. Equipo de Anestesia y Material Médico

Quedan cubiertos los gastos por Equipo de Anestesia y Material Médico.

5. Cama Extra

Quedan cubiertos los costos de la Cama Extra para el acompañante del Asegurado, durante la estancia de éste en el Hospital, Clínica o Sanatorio.

6. Honorarios de Enfermeras

Quedan cubiertos los honorarios de Enfermeras que bajo Prescripción del Médico tratante, sean necesarios para la convalecencia domiciliaria, con límite máximo de 30 días.

7. Tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia y otros semejantes

Quedan cubiertos los gastos por Tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia y otros semejantes.

Los gastos por concepto de terapias físicas y de Rehabilitación se pagarán única y exclusivamente si dichas terapias son proporcionadas en centros especializados, certificados y por profesionales de la salud que cuenten con cédula de especialidad para ejercer medicina física y de Rehabilitación expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

8. Honorarios Médicos por Atención Hospitalaria sin Intervención Quirúrgica

La cantidad que se liquide por este concepto será de acuerdo al Monto por Procedimiento Terapéutico.

9. Honorarios de Médicos Quiroprácticos

Quedan cubiertos los Honorarios de Médicos Quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, siempre y cuando sean recomendados por el Médico tratante.

10. Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente

Se cubre la Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente sólo si el primer gasto se realiza en los primeros 90 días de ocurrido dicho Accidente.

11. Consumo de Oxígeno

Quedan cubiertos los gastos por Consumo de Oxígeno.

12. Transfusiones de Sangre

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

13. Renta de Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos

Quedan cubiertos los gastos originados por la Renta de Aparatos Ortopédicos, Prótesis y Órtesis, que se requieran a consecuencia de una Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto, de acuerdo con el límite establecido en la carátula de la Póliza. En aquellos casos en los que el costo de la renta sea superior al de la compra, se cubrirá la compra únicamente con la aprobación previa de la Compañía.

El gasto erogado por Aparatos Ortopédicos, Prótesis y Órtesis quedará sujeto a lo siguiente:

a) Las Prótesis dentales quedan cubiertas sólo a consecuencia de Accidente, siempre y cuando se afecten piezas dentales naturales.

b) Queda excluida la reposición de Prótesis, Órtesis y Aparatos Ortopédicos.

14. Renta de Equipo tipo Hospital

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

15. Medicamentos

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

16. Estudios de Laboratorio y Gabinete

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

Los Laboratorios y Gabinetes dentro de los Hospitales, pertenecientes al Convenio, tendrán el mismo nivel hospitalario que el Hospital en que se encuentren.

17. Cobertura del Recién Nacido

Se cubren desde el día de nacimiento en territorio nacional los tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido por los Padecimientos Congénitos, talla baja y Enfermedades ocurridas al nacer, siempre y cuando la madre tenga 10 meses continuos de Asegurada en la Póliza y se haya notificado a la Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento, mediante la obligación de pagar el alta del recién nacido.

18. Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio

Quedan cubiertas las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio, enunciados a continuación:

Con Periodo de Espera de 4 meses para:

a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo del embarazo extrauterino.

b) Embarazo molar.

Con Periodo de Espera de 10 meses para:

a) Los estados de fiebre puerperal.

b) Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.

c) Placenta acreta.

d) Placenta previa.

e) Atonía uterina.

Lo anterior se cubre hasta el límite establecido en la carátula de la Póliza.

Se cubre la operación cesárea, siempre que ésta sea la primera en la vida de la Asegurada con Periodo de Espera de 10 meses a partir del alta de la Asegurada, hasta el límite estipulado en la carátula de la Póliza.

19. Nariz y/o Senos Paranasales

Se cubre Nariz y/o Senos Paranasales sólo por Accidente siempre y cuando el primer gasto ocurra dentro de los 90 días a la fecha del Accidente. Cuando el Asegurado tenga menos de un año de Antigüedad en la Póliza se aplicará un Coaseguro de 70%, cuando el Asegurado tenga como mínimo un año de Antigüedad se le aplicará 50% de Coaseguro.

20. Uso de Ambulancia

Siempre y cuando sea médicamente necesario, queda cubierto de acuerdo al límite establecido en la carátula de la Póliza, el servicio de ambulancia terrestre, hacia o desde el Hospital, Clínica o Sanatorio.

21. Uso de Ambulancia Terrestre Especializada para Urgencia Médica

En caso de Urgencia Médica se cubre la Ambulancia Terrestre, totalmente equipada o con servicios de terapia intensiva, cuando se requiera, siempre y cuando el Padecimiento esté cubierto.

22. Uso de Ambulancia Aérea por Urgencia Médica

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

Este beneficio no se brindará cuando:

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

Este beneficio opera a través de Pago por Reembolso y a toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará un Coaseguro del 20% sobre el monto total de la factura de vuelo. Este beneficio tiene un límite de Suma Asegurada de 40 SMGV CDMX.

23. Urgencia Médica en el Extranjero

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

La Suma Asegurada y el Deducible para esta cobertura quedan indicados en la carátula de la Póliza. Al estar estabilizada y controlada la

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

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

Los gastos cubiertos para esta cláusula son:

- Cuarto semi-privado y alimentos del paciente.
- Médicos o cirujanos. Honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias.
- Anestesiólogo. Honorarios profesionales.
- Suministro en el Hospital. Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
- Servicio de diagnóstico. Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, etc.
- Servicio de ambulancia terrestre. En la localidad hacia o desde el Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando médicamente sea necesario.
- Aparatos Ortopédicos y Prótesis necesarios para el tratamiento médico, a excepción de reemplazos.

Esta cobertura no ampara:

- **Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en la sección de Gastos Médicos Mayores No cubiertos de estas Condiciones Generales.**
- **Tratamientos que no sean catalogados como de Urgencia, de común acuerdo por el Médico tratante y la Compañía.**
- **Las Complicaciones del Embarazo y/o del (los) recién nacido(s), el parto y la cesárea, posteriores a la semana 28 de gestación.**

24. Politraumatismos

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

VI. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera

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

Para el caso de los Gastos Médicos Mayores resultantes del tratamiento médico o procedimiento terapéutico por Accidente, éstos se cubrirán sin aplicar el Periodo de Espera, siempre y cuando el Accidente haya ocasionado Politraumatismos y a consecuencia de los mismos sea indispensable a juicio del Médico tratante seguir un tratamiento médico o procedimiento terapéutico para recuperar la salud o vigor vital del Asegurado.

1. Se cubren a partir del segundo año del alta del Asegurado afectado, los gastos resultantes por tratamiento médico y/o quirúrgico derivado por un Accidente, Enfermedad o Padecimiento de:

- Los tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias hasta un límite de 26 SMGV CDMX.
- Padecimientos ginecológicos.
- Padecimientos de la columna vertebral, incluyendo hernias de disco.
- Insuficiencia venosa, varicocele y várices de miembros inferiores.
- Insuficiencia del piso perineal.
- Endometriosis (no se cubre tratamientos de endometriosis que estén relacionados con la esterilidad).

2. Se cubren a partir del tercer año del alta del Asegurado afectado, los gastos resultantes por tratamiento médico y quirúrgico derivado por un Accidente, Enfermedad o Padecimiento de:

- Padecimientos de glándulas mamarias.
- Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- Amigdalitis y adenoiditis.
- Hernias (incluyendo las de disco), eventraciones.

VII. Servicios de Asistencia incluidos

7.1. Tu médico 24 horas

AXA Seguros, S.A. de C.V. otorgará los servicios de asistencia que se describen en este apartado a través de AXA Assistance.

7.1.1 Definiciones

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula en el punto 7.1 Tu médico 24 horas de las presentes Condiciones Generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye:

Se consideran las siguientes definiciones para el otorgamiento de los Servicios de Asistencia:

1. Accidente

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

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

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente, su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas se consideran como un solo evento.

2. Beneficiario(s)

Personas que se encuentran dadas de alta en la Póliza.

3. Equipo Médico de AXA Assistance

El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los servicios de asistencia por cuenta de AXA Assistance a un Beneficiario.

4. Enfermedad

Toda alteración en la salud del Beneficiario, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez durante la Vigencia de este contrato.

5. Fecha de Inicio o Renovación

Será la Fecha de Inicio o Renovación de la Vigencia de Póliza, fecha a partir de la cual AXA Assistance empezará a gestionar los Servicios de Asistencia a los Beneficiarios.

6. País de Residencia

Para fines de este contrato, República Mexicana.

7. Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

8. Residencia Permanente

El domicilio habitual en la República Mexicana del Beneficiario tal como aparece en la carátula de Póliza o cualquier otro medio razonable de comprobación.

9. Servicios de Asistencia

Los Servicios Asistenciales que gestiona AXA Assistance a los Beneficiarios en los términos de estas Condiciones Generales, para los casos de una situación de asistencia de un Beneficiario.

10. Situación de Asistencia

Todo acontecimiento ocurrido al Beneficiario en los términos y con las limitaciones establecidas en estas Condiciones Generales, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

11. Territorialidad

Los Servicios de Asistencia que se mencionan en estas Condiciones Generales,

se gestionarán en cualquier lugar de la República Mexicana desde la propia Residencia Permanente del Beneficiario.

12. Viaje

Se considera que una persona se encuentra de Viaje cuando está a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su población de Residencia Permanente, al ocurrir una Situación de Asistencia, hasta por un periodo máximo de 60 (sesenta) días consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

7.1.2 Beneficios

1. Asistencia Médica Telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo de Médicos de AXA Assistance le asistirá orientándolo telefónicamente sobre problemas menores o dudas con relación a:

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

Este servicio será proporcionado las 24 (veinticuatro) horas del los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año.

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

- a) Enviarle la visita de un Médico a domicilio con un costo preferencial para el Beneficiario.
- b) El envío de una ambulancia.

Ni la Compañía ni AXA Assistance serán responsables con respecto a alguna atención o falta de ella cometida por los Médicos o instituciones médicas, por acciones u omisiones del Beneficiario que empeoren su estado de salud o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

2. Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

A solicitud del Beneficiario, AXA Assistance gestionará el envío de un Médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo.

El Beneficiario pagará únicamente un costo preferencial en cada visita domiciliaria directamente al Médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la consulta domiciliaria. Dicho costo preferencial se especificará en un Endoso anexo a la Póliza.

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

3. Envío de Ambulancia Terrestre (Traslado Médico Terrestre)

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

Serán válidos también los traslados de Hospital a Hospital, o de Hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando éstos sean recomendados por el Equipo de Médicos de AXA Assistance.

Este servicio está limitado a un máximo de 2 (dos) eventos por año Póliza y por Asegurado y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

Este servicio no incluye la utilización de transporte aéreo de ningún tipo.

7.1.3 Obligaciones del Beneficiario

1. Solicitud de Asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará al teléfono que la Compañía le proporcione para tal servicio y proporcionará los datos siguientes:

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

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

2. Traslado Médico Terrestre

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

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

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

En cada caso, el Equipo de Médicos de AXA Assistance decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará

las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

3. Imposibilidad de notificación a AXA Assistance

Los servicios a que se refieren estas condiciones configuran la única obligación a cargo de AXA Assistance, y sólo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas condiciones, dicho Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios; en tal supuesto, AXA Assistance y de acuerdo con la sección 7.1.3 del inciso 3 (b) de las presentes Condiciones Generales, podrá reembolsar al Beneficiario las sumas que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de utilización urgente de ambulancia terrestre. En ningún otro supuesto habrá lugar a Reembolso.

a) En caso de peligro de la vida

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

b) Uso de Ambulancia Terrestre sin previa notificación a AXA Assistance

A consecuencia de Accidente o Enfermedad, que comporte la utilización urgente de una Ambulancia Terrestre sin previa notificación a AXA Assistance, el Beneficiario o su Representante, deberán contactar al teléfono que la Compañía le proporcione para tal servicio a más tardar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al Accidente o Enfermedad.

A falta de dicha notificación, AXA Assistance considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

7.1.4 Normas generales

a) Mitigación

El Beneficiario deberá coadyuvar para tratar de evitar que los efectos de las Situaciones de Asistencia se agraven.

b) Cooperación con AXA Assistance

El Beneficiario deberá cooperar con AXA Assistance para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a AXA Assistance los documentos necesarios, además de ayudar a AXA Assistance en lo necesario para cumplir las formalidades correspondientes.

c) Prescripción de las reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 (noventa) días naturales de la fecha en la que se produzca, transcurridos los cuales se extinguirá cualquier derecho en contra de AXA Assistance y del prestador del servicio.

d) Personas que prestan los Servicios de Asistencia

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son en su mayor parte, contratistas independientes elegidos por AXA Assistance con la adecuada titulación y Competencia, según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia; por lo que AXA Assistance no obstante será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este contrato, **no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.**

e) Subrogación

AXA Assistance quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que puedan corresponder al Beneficiario por hechos que hayan dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

7.1.5 Exclusiones particulares

1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas después de transcurridos 60 (sesenta) días naturales en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios.
2. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la Prescripción de algún Médico.
3. Con excepción de lo dispuesto en la sección 7.1.3 del inciso 3 (b) de estas condiciones, los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA Assistance.
4. Los gastos médicos y hospitalarios fuera de la República Mexicana.
5. Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.
6. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:
 - a) La participación del Asegurado en huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
 - b) Enfermedades o Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, marejadas, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, avalanchas de lodo, nevada, avalanchas de nieve, tsunami, golpe de mar, huracán, trombas, vientos tempestuosos, fenómenos hidrometeorológicos y/o granizo.
 - c) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.
 - d) La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
 - e) La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibición.
 - f) La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.
 - g) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
 - h) La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o a las buenas costumbres.
 - i) Traslados por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por cirugía programada de cesárea.
 - j) Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.

-
- k) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
 - l) Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
 - m) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin Prescripción médica.
 - n) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
 - o) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
 - p) La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.
 - q) Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
 - r) Si por cualquier circunstancia el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
 - s) El Beneficiario no tenga identificación.
 - t) La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.
 - u) Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanas a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos: bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras, plataformas petroleras, barcos, yates y demás Accidentes del terreno o lugar.

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

VIII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos

El Contrato de Seguro contenido en esta Póliza no cubre gastos que se originen a consecuencia de:

1. Padecimientos Preexistentes

Entendiéndose como Padecimientos Preexistentes aquellos que:

- a) Previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento o Enfermedad o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.

2. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta, aprendizaje y terapias de lenguaje.

3. Afecciones propias del embarazo como aborto, partos prematuros o partos normales o anormales, cesárea, legrados y toda complicación del

embarazo, del parto o del puerperio que no sean precisamente las consignadas en esta Póliza en el inciso 18 de Gastos Médicos Mayores cubiertos.

4. Tratamientos y Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.

5. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, salvo lo mencionado en el inciso 10 de Gastos Médicos Mayores cubiertos.

6. Tratamientos o Procedimientos Terapéuticos de obesidad y reducción de peso, aún cuando formen parte del tratamiento de otra Enfermedad o Padecimiento, calvicie, apnea del sueño y tratamiento del ronquido, anorexia, bulimia ni cualquiera de sus consecuencias.

7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de esterilidad, fertilidad, natalidad y cualquiera de sus complicaciones.

8. Tratamientos médicos o quirúrgicos de anticoncepción y sus complicaciones.

9. Tratamientos de acné.

10. Tratamientos médicos y quirúrgicos efectuados por Médicos sin Cédula Profesional.

11. Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos.

12. Tratamientos o Intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir el astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía o cualquier trastorno de la refracción y estrabismo.

-
13. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en Sanatorio, Clínica u Hospital, excepto Cama Extra.
 14. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesión auto inflingida, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 15. Lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar que no que no haya sido prescrito por un Médico.
 16. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
 17. Práctica de: box, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, alpinismo, paracaidismo y espeleología.
 18. Lesiones por la práctica profesional de cualquier deporte.
 19. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.
 20. Uso de motocicletas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero, excepto cuando se requiera el uso de motocicleta para el desempeño de sus actividades y siempre que el Accidente ocurra dentro de su horario de labores.
 21. Tratamientos o Procedimientos Terapéuticos con base en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o Padecimientos no aprobados por el Consejo de Salubridad General.
 22. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, a excepción de Accidentes y sujeto a lo estipulado en los puntos 10 y 19 de Gastos Médicos Mayores cubiertos.
 23. Circuncisión.
 24. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.
 25. Tratamientos preventivos.
 26. Tratamientos en vías de experimentación.
 27. Tratamiento médico o quirúrgico de Nariz y/o Senos Paranasales que sea originado por Enfermedad o Padecimiento.
 28. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas y vegetarianos.
 29. Todos los gastos erogados por diagnóstico, tratamientos derivados del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y sus complicaciones.
 30. Padecimientos congénitos, salvo lo definido en el inciso 17 de los Gastos Médicos Mayores cubiertos.
-

-
31. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa, salvo lo mencionado en el inciso 17 de Gastos Médicos Mayores cubiertos.
32. Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un Médico.
33. Reposición y compostura de Aparatos Ortopédicos, Prótesis y Órtesis.
34. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas, alerones ortopédicos, virones, cuñas, barras, botones y cualquier adición ortopédica al zapato.
35. Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier complicación de los Padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.
36. También son exclusiones aquellas que figuren en las condiciones especiales y Endosos anexos a esta Póliza.
37. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
38. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral.
39. Tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus o «juanetes».
40. Gastos erogados fuera de la República Mexicana, a excepción de lo especificado en el inciso 23 de Gastos Médicos Mayores cubiertos.
41. Gastos erogados por el donador de órgano.
42. Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier Padecimiento, lesión, afección o intervención expresamente excluida en este contrato.
43. La Compañía no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exige remuneración.
44. Honorarios Médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar en línea recta del Asegurado.
45. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección de Gastos Médicos Mayores cubiertos y Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera de las presentes Condiciones Generales.
46. Los siguientes Medicamentos:
- Fórmulas Lácteas.
 - Suplementos y complementos alimenticios.
 - Multivitamínicos.
 - Medicamentos naturistas.
 - Medicamentos de acción de terapia celular.
 - Medicamentos Homeopáticos que no sean amparados por un Médico homeópata.
 - Medicamentos que no estén amparados por una receta médica.
 - Medicamentos no autorizados para su venta en México.
 - Medicamentos que no tengan relación con el Padecimiento.
 - Que se encuentren en fase experimental.
-

IX. Coberturas opcionales

Mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a estas coberturas, se obtendrán los siguientes beneficios:

9.1 Asistencia Médica PCE

Con esta cobertura el Asegurado afectado recibirá los beneficios de Asistencia Médica definidos a continuación.

La prestación de estos servicios será proporcionada por la Compañía a través de AXA Assistance México, empresa especializada en programas de asistencia.

Para fines de la cobertura de Asistencia Médica PCE se aplicarán las siguientes condiciones:

I. Disposiciones Previas

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula en las presentes Condiciones Generales de este beneficio, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

I.1. Definiciones

1. Compañía

Toda mención en adelante de la Compañía se refiere a AXA Seguros, S. A. de C.V.

2. Compañía de Asistencia

Toda mención en adelante de la Compañía de Asistencia se refiere a AXA Assistance México.

3. Beneficiario(s)

Para fines de esta cobertura serán el Titular del Certificado de Gastos Médicos Mayores y Dependientes Económicos inscritos en la Cobertura de Asistencia Médica PCE de la Compañía, cuya Póliza sea válida, vigente y emitida por la Compañía.

4. Equipo Médico de la Compañía de Asistencia

El personal Médico asistencial apropiado que esté gestionando los Servicios de Asistencia por cuenta de la Compañía de Asistencia a un Beneficiario.

5. Familia Asegurada

Cuando se mencione el término “Familia Asegurada”, se referirá exclusivamente al Beneficiario y sus Dependientes que estén dados de alta en la Póliza de Gastos Médicos Mayores y que aparezcan en dicha Póliza o en el Certificado correspondiente.

6. Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

7. Residencia Permanente

El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario tal como aparece en la Póliza de Gastos Médicos Mayores o cualquier otro medio razonable de comprobación.

8. Servicios de Asistencia

Los Servicios Asistenciales que gestiona la Compañía de Asistencia a los Beneficiarios en los términos de estas Condiciones Generales, para los casos de una Situación de Asistencia.

9. Situación de Asistencia

Todo Accidente o Enfermedad cubierto ocurrido a un Beneficiario en los términos y con las limitaciones establecidas en estas Condiciones Generales, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

I.2 Territorialidad

Los servicios que se mencionan en las presentes Condiciones Generales, se gestionarán en cualquier lugar de los Estados Unidos Mexicanos, desde la propia Residencia Permanente del Beneficiario y hasta toda la República Mexicana.

II. Beneficios

II.1 Ambulancia por Emergencia

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

- El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano; y
- Si fuera necesario por razones médicas:

a) El traslado del Beneficiario al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la Enfermedad, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados incluyéndose sin limitación lo siguiente:

1. Si el traslado necesario es desde la Residencia Permanente del Beneficiario y hasta un radio de 100 km se incluye: Ambulancia Terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, según las circunstancias y gravedad de cada caso.
2. Si el traslado es a más de 100 km del centro de la población de la Residencia Permanente del Beneficiario se incluye: Ambulancia Aérea, avión de línea comercial, Ambulancia Terrestre de terapia intensiva, intermedia o estándar, según las circunstancias y gravedad de cada caso.

El Equipo Médico de la Compañía de Asistencia y el Médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para este traslado. Este servicio está limitado a un máximo de 3 (tres) eventos por año y por Póliza.

- b) Si el Beneficiario requiere el envío de una ambulancia para personas no incluidas en la Póliza de Gastos Médicos Mayores, tales como: personal doméstico al servicio del propio Beneficiario o invitados, el traslado en la ambulancia será pagado por el Beneficiario directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éste, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite al Beneficiario.

II.2 Consulta Telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia, le asistirá orientando telefónicamente al Beneficiario sobre problemas menores o dudas con relación a:

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

Este servicio será proporcionado las 24 horas de los 365 días del año.

El Equipo Médico de la Compañía de Asistencia no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario, se le direccionará para:

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

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

II.3 Consulta Domiciliaria

A solicitud del Beneficiario, AXA Assistance gestionará el envío de un Médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo.

Este servicio está limitado a un máximo de 3 (tres) eventos por año y por Póliza.

El Beneficiario pagará únicamente los primeros \$150 Pesos M.N, de cada visita domiciliaria, directamente al Médico que esté proporcionando el servicio, al momento que finalice la consulta domiciliaria.

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, en los demás lugares, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un Médico u Hospital, con la mayor celeridad. AXA Assistance no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos Médicos o instituciones médicas.

Los siguientes beneficios operan únicamente dentro de la República Mexicana y siempre y cuando haya más de 100 km de distancia de la Residencia Permanente del Beneficiario.

II.4 Pago de Boleto Viaje Redondo para un Familiar y Gastos de Hospedaje

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

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

II.5 Boleto para Profesional Reemplazante

Si el Beneficiario resultara con una incapacidad para realizar el trabajo para el cual fue enviado por su empresa, y dicha incapacidad se prevé de una duración mayor a 5 días, según el criterio del Médico tratante y el Equipo Médico de AXA Assistance México a causa de una Enfermedad o Accidente cubierto (no producido por trabajos de carácter manual y ocurridos después del inicio del Viaje o durante el transcurso del mismo), se proporcionará un boleto abierto de ida y vuelta (clase económica) en línea comercial, a un profesional reemplazante de la misma empresa para que supla al Beneficiario.

II.6 Pago y Envío de Abogado para la Defensa Legal

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

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

III. Obligaciones del Beneficiario

III.1 Solicitud de Asistencia

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

- Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde AXA Assistance podrá contactar con el Beneficiario o su Representante.
- Su nombre y su número de Póliza.
- Descripción del problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

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

III.2 Ambulancia Por Emergencia (Traslado Médico)

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

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

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

En cada caso, el Equipo Médico de la Compañía de Asistencia junto con el Médico de cabecera, decidirán cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinarán las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

III.3 Normas Generales

a) Mitigación

El Beneficiario está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las Situaciones de Asistencia.

b) Cooperación con AXA Assistance

El Beneficiario deberá cooperar con AXA Assistance para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a AXA Assistance los documentos necesarios, ayudar a AXA Assistance y con cargo a AXA Assistance, a cumplir las formalidades necesarias.

c) Personas que prestan los Servicios de Asistencia

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son, en su mayor parte, contratistas independientes elegidos por AXA Assistance con la adecuada titulación y Competencia según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia, por lo que AXA Assistance no obstante que será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en estas Condiciones Generales, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.

d) Prescripción de las Reclamaciones

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

e) Subrogación

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

Exclusiones

1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante Viajes o vacaciones realizados por los Beneficiarios en contra de la Prescripción de algún Médico; en Viajes o vacaciones no se brindarán al Beneficiario las Situaciones de Asistencia una vez transcurridos los primeros 60 días naturales del viaje.
2. Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA Assistance, por costos generados en una Situación de Asistencia ya que se trata de que el Beneficiario no tenga necesidad de contratar por su cuenta proveedores de servicio no calificados.
3. La fuga por parte del Beneficiario del lugar de los hechos, o por abandonar los procesos legales instalados en su contra.
4. La no aceptación de los servicios del abogado que le asigne AXA Assistance.
5. Cuando el Beneficiario no se quiera presentar ante la autoridad competente.
6. Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.
7. Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.
8. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:
 - a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

-
- b) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.
 - c) La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
 - d) La práctica de deportes como profesional, la participación en Competencias oficiales y en exhibiciones.
 - e) La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, Competencias, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.
 - f) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
 - g) Enfermedades o Accidentes, imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, indicados de forma enunciativa, más no limitativa.
 - h) Traslados por las razones naturales y normales del embarazo, del parto o por cirugía programada de parto.
 - i) Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.
 - j) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
 - k) Traslados a causa o como consecuencia de trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo, sean en ambulancia o por cualquier otro medio.
 - l) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin Prescripción médica.
 - m) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
 - n) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
 - o) La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.
 - p) Lesiones o Padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
 - q) Si por cualquier circunstancia el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
 - r) Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.
 - s) El Beneficiario no tenga identificación.
-

- t) **La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.**
- u) **Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanas a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa mas no limitativa, algunos ejemplos; bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras, plataformas petroleras, barcos, yates y demás Accidentes del terreno o lugar.**

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

9.2 Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)

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

Residencia

Sólo estarán protegidas bajo esta cobertura las personas que radiquen en forma permanente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

Participación del Asegurado

Deducible y Coaseguro. Invariablemente se aplicará tanto por Accidente como por Enfermedad y su monto se estipula en la carátula de esta Póliza.

Pago de Reclamaciones

Esta cobertura funciona en la forma tradicional de Reembolso y tiene la opción de ser utilizada como Pago Directo.

Sistema de Pago Directo

En caso de que el Asegurado requiera internamiento, podrá hacer uso del Sistema de Pago Directo en el que, previa verificación de la Compañía respecto a la procedencia del caso, Vigencia de la Póliza, Endosos especiales, altas de Asegurados, pagos, etc., si procede la reclamación, la Compañía efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a los Prestadores en Convenio para Pago Directo.

Sistema de Pago por Reembolso

Funciona para aquellos gastos cubiertos por la Póliza en atención médica en el extranjero que:

- El servicio médico se hubiera proporcionado por Médicos o en Hospitales que no estuvieron de acuerdo con la Compañía;
- Por la situación del internamiento (falta de documento, duda en cuanto a la Vigencia de la Póliza, coberturas, alta de Asegurados, pagos, etc.), no se hubiere autorizado el Pago Directo.

Gastos Cubiertos

1. Cuarto semi - privado y alimentos del paciente.
2. Médicos y Cirujanos. Honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias o consultas.
3. Anestesiólogo (honorarios profesionales).
4. Suministros en el Hospital (Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones).

5. Aparatos Ortopédicos y Prótesis necesarios para el tratamiento médico. Queda excluida la reposición de aparatos de Prótesis.
6. Servicios de ambulancia terrestre (en la localidad hacia o desde el Hospital).
7. Enfermera privada.
8. Servicios de terapia física, radioterapia y fisioterapia.
9. Medicamentos adquiridos fuera del Hospital que estén relacionados con el Padecimiento y acompañados de la receta médica.
10. Renta de Equipo tipo Hospital que, por Prescripción médica, sea necesario para la convalecencia domiciliaria.

Exclusiones

a) Los Padecimientos Preexistentes al inicio de esta cobertura, independientemente de la Antigüedad de la cobertura en territorio nacional.

Para aquellas Pólizas que contaban con la cobertura en el extranjero y que no tuvieran periodos al descubierto, se respetará la Antigüedad de ésta, tomándose como fecha original la de la primera emisión de la cobertura en el extranjero.

b) La operación cesárea y el parto natural.

c) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.

d) Adicionalmente a las exclusiones de esta cláusula, las limitaciones mencionadas en las presentes Condiciones Generales y Endosos especiales, no se amparará lo mencionado en la sección VI. de Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera.

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

9.3 Paquete de Beneficios Adicionales

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

a) Accidentes Personales

De acuerdo a la Suma Asegurada, la cual aparece en la carátula de la Póliza, se ofrece a los Asegurados mayores de 12 años una protección en caso de muerte como consecuencia de un Accidente, si ésta sobreviniera dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo.

A los Asegurados que por consecuencia de un Accidente sufran pérdidas orgánicas dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, se les proporcionará una indemnización hasta por la Suma Asegurada, indicada en la carátula de la Póliza, de acuerdo a la tabla siguiente:

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

La pérdida significará:

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

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

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

Los Beneficiarios para el caso de muerte accidental, serán:

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

Pago de indemnizaciones

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

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

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

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

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

b) Accidentes Personales en Viajes Aéreos

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

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

- a) Mientras se encuentre como pasajero subiendo, a bordo o bajando del aeroplano en que hará el viaje, siempre que sea operado por una línea aérea establecida y a la cual le haya otorgado licencia para el transporte de pasajeros la autoridad competente del país cuyo registro ostente.

Asimismo, mientras se encuentre viajando dentro del aeropuerto en un vehículo terrestre operado por la autoridad del mismo o por

la línea aérea para dirigirse al lugar donde se encuentre colocado el aeroplano en el que se hará el viaje o viceversa, así como a consecuencia de ser golpeado por dicho aeroplano.

- b) Mientras se encuentre viajando en vehículo terrestre para la transportación de pasajeros, proporcionado u ordenado directa o indirectamente por tal línea aérea o por la autoridad del aeropuerto y viceversa, inmediatamente antes de la salida anunciada del aeroplano o inmediatamente después de su llegada a ese aeropuerto o para la transportación de pasajeros que se haga necesaria por alguna interrupción o suspensión temporal del servicio por parte de la línea aérea, antes de llegar al punto de destino del vuelo.
- c) Como consecuencia de estar expuesto a los elementos naturales, después de un aterrizaje forzoso o destrucción del aeroplano en que se haga el viaje.
- d) Mientras se encuentre en algún lugar donde se provea al Asegurado de comida y albergue, siempre que los gastos por estos conceptos sean por cuenta de la línea aérea.
- e) No invalidará este beneficio cualquier cambio en los puntos de salida o de destino del aeroplano en el cual el Asegurado haga el viaje al amparo del boleto de transportación.
- f) En caso de que el Asegurado sea menor de 12 años o esté sujeto a interdicción queda expresamente establecido que se excluye el riesgo de muerte de esta cobertura, la cual comprenderá únicamente las demás indemnizaciones que se mencionan en este beneficio.
- g) Si después de 6 meses de la fecha de desaparición o destrucción de un aeroplano en el cual el Asegurado estuviere viajando, su cuerpo no fuere encontrado, se presumirá que sufrió la pérdida de la vida a consecuencia de lesiones corporales producidas por causas accidentales.

c) Gastos Funerarios

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

En caso de muerte del Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto en el primer año de Vigencia de la Póliza o por Enfermedad cubierta a partir del segundo año de Vigencia, se cubrirán sus servicios funerarios en aquellas Agencias Funerarias que cuenten con convenio de Pago Directo con la Compañía, y de existir remanente, éste será pagado en nuestras oficinas, previa comprobación del gasto efectuado, a:

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

Para el caso de fallecimiento del Asegurado en el que no se haya dado el Pago Directo a la Agencia Funeraria, el pago se tendrá que reclamar en la forma tradicional, es decir, por medio de Reembolso en las oficinas de la Compañía.

Cuando el servicio lo proporcione alguna agencia funeraria con la cual no exista convenio, se considerará lo siguiente:

- a) El pago de servicio se hará por medio de Reembolso a los Beneficiarios designados.
- b) Se deberán presentar Certificado de defunción, Identificación del Asegurado fallecido y las facturas originales del servicio.
- c) La documentación deberá ser entregada en la oficina de la Compañía, para la elaboración del pago respectivo, el cual equivaldrá al monto de las facturas presentadas por quien acredite haber efectuado el pago, con un límite establecido en la carátula de la Póliza.

De existir diferencia a favor de los Beneficiarios, entre la Suma Asegurada para este beneficio y el monto de las facturas presentadas, ésta será pagada a los Beneficiarios designados por el Asegurado o, en su defecto, a su sucesión.

Para el caso de los menores entre 0 y 12 años de Edad sólo se reembolsará el importe de las facturas originales que se presenten por los servicios funerarios y la Suma Asegurada para los menores entre 0 y 12 años de Edad no podrá ser superior a (60) Salarios Mínimos Generales Mensuales Vigentes en la Ciudad de México.

Condiciones Generales adicionales para el Paquete de Beneficios Adicionales:

Objeto

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

Suicidio

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

Comprobación del Siniestro

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

Pago del beneficio

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

Gastos no cubiertos

El beneficio será nulo cuando el fallecimiento del Asegurado sea a consecuencia de un Accidente o una Enfermedad ocurridos, con fecha anterior a la iniciación de la Vigencia de la Póliza.

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

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

d) Servicios Asistenciales en el Extranjero

1. Disposiciones Previas

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

1.1 Definiciones

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

a) Accidente

Todo acontecimiento que provoque daños corporales a una persona física, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y súbita, y que suceda durante la Vigencia de la Póliza de Gastos Médicos Mayores.

b) Beneficiario(s)

Los Asegurados cuya relación aparece en la Póliza de Gastos Médicos Mayores emitida por AXA Seguros, S.A. de C.V., válida y vigente al momento de producirse una Situación de Asistencia.

c) \$ U.S. Dólares

La Moneda de curso legal vigente de los Estados Unidos de Norteamérica.

d) Equipo Médico de la Compañía de Asistencia

El personal médico y asistencial apropiado que esté prestando asistencia por cuenta de la Compañía de Asistencia a un Beneficiario.

e) Enfermedad

Cualquier alteración de la salud del Beneficiario de la Póliza, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez después de la fecha de salida en Viaje.

f) Familiar en Primer Grado

Padre, madre, cónyuge e hijos de un Beneficiario.

g) Fecha de Inicio

El mismo indicado en la carátula de la Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo.

h) Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores

Póliza de Gastos Médicos Mayores, válida y vigente, emitida por AXA Seguros, S.A. de C.V., en los Estados Unidos Mexicanos.

i) País de Residencia

Para fines de este contrato los Estados Unidos Mexicanos.

j) Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

k) Residencia Permanente

El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario.

l) Servicios de Asistencia

Los servicios que presta la Compañía de Asistencia al Beneficiario, en los términos de estas Condiciones Generales para los casos de una Situación de Asistencia.

m) Situación de Asistencia

Todo Accidente, Enfermedad o Fallecimiento ocurrido al Beneficiario, en los términos y con las limitaciones establecidas en estas Condiciones Generales, así como las demás situaciones descritas que dan derecho a la prestación de los Servicios de Asistencia.

n) Titular de la Póliza

La persona física cuyo nombre aparece en el Certificado de Gastos Médicos Mayores.

1.2 Territorialidad

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

2. Los Servicios de Asistencia

Asistencia Médica

2.1 Gastos Médicos y de Hospitalización

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

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

2.2 Gastos Dentales

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

2.3 Gastos de Hotel por Convalecencia

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

Este beneficio está limitado al equivalente en Moneda Nacional a \$100 U.S. Dólares por día con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos.

2.4 Traslado Médico

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

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

2.5 Repatriación o Traslado a Domicilio

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

2.6 Boleto Redondo para un Familiar

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

2.7 Repatriación en caso de Fallecimiento/ Entierro Local

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

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

2.8 Regreso Anticipado al Domicilio

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

Asistencia Personal

2.9 Localización y Reenvío de Equipajes y Efectos Personales

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

2.10 Asistencia Administrativa

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

2.11 Transmisión de Mensajes

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

3. Obligaciones del Beneficiario

3.1 Solicitud de Asistencia

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

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

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

3.2 Imposibilidad de Notificación a la Compañía de Asistencia

Los servicios a que se refieren estas Condiciones Generales, configuran la única obligación a cargo de la Compañía de Asistencia, y sólo en casos de absoluta

y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas propias Condiciones Generales, dicho Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios; en tal supuesto, la Compañía de Asistencia y de acuerdo con la cláusula 3.2 (b), podrá reembolsar al Beneficiario la suma que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de servicios médicos de Hospitalización. En ningún otro supuesto habrá lugar a Reembolso.

a) En caso de peligro de la vida

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

b) Hospitalización sin previa notificación a la Compañía de Asistencia

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

A falta de dicha notificación, la Compañía de Asistencia considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

3.3. Traslado Médico y Repatriación

En los casos de Traslado Médico o Repatriación y a fin de facilitar una mejor intervención de la Compañía de Asistencia, el Beneficiario o su Representante deberá facilitar:

- El nombre, domicilio y número de teléfono del Hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado.

- El nombre, domicilio y número de teléfono del Médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del Médico de cabecera que habitualmente atienda al Beneficiario.

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

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

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

3.4 Normas Generales

a) Moderación

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

b) Subrogación

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

c) Personas que prestan los Servicios de Asistencia

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

d) Prescripción de las Reclamaciones

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

4. Exclusiones

4.1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas durante Viajes o vacaciones realizados por los Beneficiarios en contra de la Prescripción de algún Médico; en Viajes o vacaciones no se brindarán al Beneficiario las Situaciones de Asistencia una vez transcurridos los primeros 60 días naturales del viaje.

4.2. Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u hospitalario inferior al equivalente en Moneda Nacional a \$50 U.S. Dólares.

4.3. Con excepción de lo dispuesto en la sección 3.2 (b) de estas Condiciones Generales, el Beneficiario no tendrá derecho a ser reembolsado por la Compañía de Asistencia.

4.4. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:

- a) **Participación directa del Beneficiario en actos criminales.**
- b) **La participación directa del Beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.**
- c) **La participación del Beneficiario en cualquier Competencia o exhibiciones.**
- d) **Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
- e) **Cualquier Enfermedad persistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad.**
- f) **Embarazos en los últimos tres meses antes de la «Fecha Probable del Parto», así como éste último y los exámenes prenatales.**
- g) **Trasplante de miembros u órganos de cualquier tipo.**
- h) **Enfermedades, estados patológicos, Accidentes producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin Prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.**
- i) **Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**

El uso del Servicio Asistencial en el extranjero implica la conformidad con el programa suscrito.

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

9.4 Cobertura de Dinero en Efectivo

Definiciones

Renta Diaria

Límite máximo de responsabilidad de AXA Seguros por cada Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente de acuerdo a la renta diaria establecida en la carátula de la Póliza, que implique una Hospitalización cubierta.

Periodo de Espera para Renta Diaria

Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de que el Asegurado ingresa al Hospital. Mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a este beneficio y si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto, el Asegurado incurriera en una Hospitalización, la Compañía pagará la renta diaria contratada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula por inicio de Vigencia y periodo de cobertura, así como a las Condiciones Generales, Endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando la Hospitalización haya sido erogada dentro de la República Mexicana, la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado y la Hospitalización se origine dentro de la fecha de cobertura.

Límite Máximo de Responsabilidad

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

I. Renta Diaria por Hospitalización

Se cubre la renta diaria por Hospitalización a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto.

También, se cubre la renta diaria por los siguientes conceptos:

Cobertura del Recién Nacido

Se cubre desde el primer día de nacimiento en territorio nacional los tratamientos médicos o quirúrgicos del recién nacido por Padecimientos Congénitos, talla baja y Enfermedades ocurridas al nacimiento siempre y cuando la madre tenga 10 meses continuos de Asegurada en la Póliza y se haya notificado a la Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento, mediante la obligación de pagar el alta del Recién Nacido.

La renta diaria se otorga durante el tiempo que el recién nacido permanezca hospitalizado.

Complicaciones del Embarazo que se presenten ya sea Posparto o en el Puerperio.

- a) Se entiende por este concepto, las complicaciones médicas y quirúrgicas de la Asegurada que sean consecuencia inmediata de la atención del parto o puerperio, incluyendo las consecuencias de la cesárea.

II. Renta Diaria por Hospitalización con Periodo de Espera

1. Se cubre la renta por Hospitalización, a partir del segundo año del alta del Asegurado afectado, lo siguiente:

- Fragmentación de un cálculo, conocido como litotripsias.
- Padecimientos ginecológicos.
- Padecimientos de la columna vertebral.
- Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores.
- Insuficiencia del piso perineal.
- Nariz y/o Senos Paranasales por Accidente, siempre y cuando el primer gasto ocurra dentro de los 90 días a la fecha del Accidente.
- Endometriosis.

2. Se cubre la renta por Hospitalización, a partir del tercer año de la alta del Asegurado afectado, lo siguiente:

- Padecimientos de glándulas mamarias.
- Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- Amigdalitis y adenoiditis.
- Hernias (incluyendo las de disco), eventraciones.

Exclusiones

- **Están excluidos de este contrato cualquier tipo de Hospitalización a consecuencia de lo estipulado en la Sección VIII. de Gastos Médicos Mayores No cubiertos.**
- **Queda excluida la Maternidad y Cesárea excepto lo mencionado en el inciso 18 de Gastos Médicos Mayores cubiertos.**

Todas las demás condiciones y coberturas permanecen sin cambio ni Modificaciones y con aplicación para ésta cobertura.

9.5 Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos

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

Esta cobertura adicional tiene por objeto proporcionar una opción flexible para la Tabla de Procedimientos Terapéuticos dentro de su esquema hospitalario, lo que significa que al contratar esta cobertura, el Asegurado podrá solicitar un incremento en la Base de Reembolso estipulada en la Póliza de acuerdo a su plan.

Esta cobertura opera para todos los gastos cubiertos definidos en las presentes Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Colectivo, siempre y cuando el Padecimiento sea un gasto cubierto y procedente, que se origine dentro de la fecha de cobertura y el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado.

El incremento en la Base de Reembolso se aplicará únicamente para nuevos Padecimientos, es decir, para Padecimientos que hayan ocurrido antes de la contratación de esta cobertura, aplicará la Base de Reembolso del plan vigente al momento de ocurrir el Sinistro.

Al contratar esta cobertura se modifican los Montos por Procedimiento Terapéutico de los procedimientos que aparecen en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos, los cuales dependerán del incremento que el Asegurado seleccione.

El Asegurado podrá contratar incrementos en la Base de Reembolso designada en su plan desde 5% hasta 100%, el cual se indicará en la carátula de la Póliza.

La contratación de esta cobertura es para todos los Asegurados inscritos en la Póliza.

Edad

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

Para la Renovación la Edad máxima de aceptación es hasta 69 años. Podrán pertenecer a la familia Asegurada los hijos menores de 25 años solteros y que sean Dependientes Económicos del Asegurado Titular.

Participación del Asegurado

Para esta cobertura opera el Deducible y el Coaseguro contratados.

Contratación

Esta cobertura sólo se puede contratar al inicio o a la Renovación de la Póliza y no durante la Vigencia.

Si a la Renovación el Asegurado no desea contratar esta cobertura, los Padecimientos que hayan ocurrido durante la Vigencia, se pagarán hasta el límite establecido mediante el Monto por Procedimiento Terapéutico vigente al momento de la ocurrencia del Siniestro.

Exclusiones

a) El Incremento en la Tabla de Procedimientos Terapéuticos operará sólo para nuevos Padecimientos, en ningún caso estos límites se aplicarán para Padecimientos que tengan fecha de ocurrencia anterior a la contratación de esta cobertura.

b) Esta cobertura está sujeta a las exclusiones y limitaciones estipuladas en las presentes Condiciones Generales y en la carátula de la Póliza, para las cuales no opera esta cobertura.

Todas las demás condiciones y coberturas permanecen sin cambios ni Modificaciones y con aplicación para ésta cobertura.

9.6 Paquete de Ampliación de Cobertura

Mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a este beneficio se obtendrán las coberturas a continuación detalladas de forma adicional a las coberturas especificadas en la Sección V. Gastos Médicos Mayores cubiertos de las presentes Condiciones Generales.

Las coberturas que a continuación se mencionan sólo cubrirán los gastos erogados en territorio nacional.

1. Suma Asegurada de \$100,000,000 de Pesos

Se cubrirá hasta el límite máximo de responsabilidad de \$100,000,000 (cien millones) de Pesos por parte de la Compañía para aquellos Padecimientos cubiertos cuyo primer gasto sea erogado a partir de la contratación del Plan elegido y la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado. Para aquellos Padecimientos cubiertos que iniciaron antes de la contratación de esta cobertura, se aplicará la Suma Asegurada vigente al momento de la ocurrencia del Siniestro.

2. Cobertura de Circuncisión

Se cubre después de un Periodo de Espera de 2 años con cobertura continua de Gastos Médicos Mayores en la Compañía. Aplica el Deducible y el Coaseguro contratados, establecidos en la carátula de la Póliza.

Esta cláusula modifica al punto 23 de la sección VIII. Gastos Médicos Mayores No cubiertos.

3. Cobertura de tratamiento médico y/o quirúrgico de Nariz y/o Senos Paranasales

Se cubre por Accidente o Enfermedad después de un Periodo de Espera de 2 años de cobertura continua de Gastos Médicos Mayores en la Compañía, aplicándose el Deducible y el Coaseguro contratados establecidos en la Póliza.

Esta cláusula modifica al punto 19 de la sección V. Gastos Médicos Mayores cubiertos, y el inciso 27 de la sección VIII. Gastos Médicos Mayores No cubiertos.

4. Cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Se cubre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) después de un Periodo de Espera de 4 años de cobertura continua de Gastos Médicos Mayores en esta cobertura o cualquier otra que tenga incluido este beneficio dentro de la Compañía, siempre que el virus del SIDA no haya sido detectado antes o durante este periodo, es decir, el SIDA deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que se ha cubierto el Periodo de Espera ya mencionado.

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

Aplica el Deducible y el Coaseguro contratados, establecidos en la Póliza.

Esta cláusula modifica al punto 29 de la sección VIII. Gastos Médicos Mayores No cubiertos.

Todas las demás condiciones y coberturas permanecen sin cambios ni Modificaciones y con la aplicación para este plan.

9.7 Cobertura de Maternidad

Mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a este beneficio, se obtendrá la siguiente cobertura a continuación detallada de forma adicional a las coberturas especificadas en la Sección V. Gastos Médicos Mayores cubiertos de las presentes Condiciones Generales de Gastos Médicos Mayores Colectivo.

1. Parto Normal

Se cubre la maternidad por parto normal, con un Periodo de Espera de 10 meses de cobertura continua, contados a partir de la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza.

Estarán cubiertos los gastos médicos o quirúrgicos y de Hospitalización por maternidad, que comprende parto normal, para el Asegurado Titular o la cónyuge, con una Suma Asegurada tope estipulada para este beneficio en la carátula de la Póliza y no aplica Deducible ni Coaseguro.

Esta cláusula modifica al punto 3 de la sección VIII. Gastos Médicos Mayores No cubiertos.

2. Cesárea

Se cubren todas las cesáreas en la vida de la Asegurada Titular o la cónyuge, con el límite establecido para éste beneficio en la carátula de la Póliza, no aplicará Deducible ni Coaseguro.

El Periodo de Espera de esta cobertura es de 10 meses a partir del alta de la Asegurada al Plan. Esta cláusula modifica al punto 18 de la sección V. Gastos Médicos Mayores cubiertos.

Todas las demás condiciones y coberturas permanecen sin cambios ni modificación alguna.

9.8 Cobertura de Gastos Médicos Complementarios

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

Se cubren aquellos gastos complementarios, que sean erogados dentro de la Vigencia de esta Póliza de Padecimientos cuyos primeros gastos hayan sido cubiertos o hubiese procedido el pago al momento del Siniestro por alguna otra compañía de Seguros o por esta Compañía, siempre y cuando la Vigencia del seguro no haya sido interrumpida ni en la(s) aseguradora(s) anterior(es) ni en el cambio a esta Compañía.

Será de carácter obligatorio el reportar por escrito o por medio magnético a esta Compañía, los Padecimientos ya reclamados en otras compañías cuyos pagos complementarios habrán de ser reconocidos, de no existir esta notificación, no procederá el reconocimiento de dichos gastos.

A continuación se describe el proceso de indemnización:

El Contratante no podrá obtener ningún beneficio adicional para sus empleados sobre las indemnizaciones de los Siniestros abiertos los cuales generen gastos subsecuentes o complementarios, por un cambio de plan o cobertura, en virtud de lo anterior los pagos se realizarán de acuerdo a lo siguiente:

- a) En caso de que el Contratante mantenga los mismos límites y condiciones, los Siniestros se pagarán de acuerdo a los mismos límites y condiciones vigentes a la fecha de ocurrido el Siniestro. Los pagos complementarios que reúnan todos los requerimientos para su aceptación, tendrán como Suma Asegurada el diferencial (remanente) entre la Suma Asegurada vigente a la fecha de ocurrido el Siniestro, menos el monto del Siniestro pagado a la fecha de inicio de Vigencia a la renovación con esta Compañía.
- b) En caso de que el Contratante modifique su plan para obtener mejores coberturas, el pago de los gastos complementarios de los Siniestros abiertos con anterioridad serán realizados en base a los términos y condiciones a la fecha de ocurrido el Siniestro (Condiciones y Endosos Especiales).
- c) En caso de que el Contratante modifique su plan para disminuir o topar coberturas, el pago de los gastos complementarios de los Siniestros abiertos con anterioridad serán realizados en base a los términos y condiciones contratadas para la nueva cobertura (Condiciones y Endosos Especiales).

Los pagos complementarios que reúnan todos los requerimientos mencionados en el párrafo anterior, tendrán como Suma Asegurada el diferencial (remanente) entre la menor de las Sumas Aseguradas (la Suma Asegurada contratada al inicio de la reclamación del Siniestro en ésta u otra compañía de seguros y la Suma Asegurada contratada para el nuevo plan), menos el monto de Siniestros pagados a la fecha de inicio de la Vigencia en la Póliza con esta Compañía.

Para los casos anteriores se aplica el Tabulador actualizado de acuerdo al tipo de plan con que se vaya a realizar la indemnización del pago complementario.

Todas las demás condiciones, coberturas y exclusiones permanecen sin cambios ni Modificaciones.

X. Cláusulas generales

1. Inicio de Cobertura del Contrato

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro de acuerdo a lo siguiente:

- **Accidente**

Los Asegurados inscritos en la presente Póliza, quedarán cubiertos en el caso de Accidente amparado, a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, con **excepción de lo previsto en el inciso VI. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodos de Espera, así como lo establecido en la cobertura 24. Politraumatismos.**

- **Enfermedad**

Si se trata de una Enfermedad o Padecimiento, salvo mención en contrario, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 días a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, **lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones, Urgencias Médicas que no estén relacionadas a Enfermedades Preexistentes y para los Padecimientos del recién nacido de acuerdo al inciso 17 de Gastos Médicos Mayores cubiertos.**

2. Clasificación de Dividendos

Los Dividendos que en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia de cada Contratante.

- a) **Experiencia Propia del Contratante**

Se entiende por ésta cuando la Prima de la Colectividad Asegurada esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo, o bien, de las Pólizas que pertenezcan a la misma colectividad empresarial.

- b) **Sin Dividendos**

Mediante esta elección, el Contratante o los Asegurados no participarán de la utilidad por concepto de siniestralidad favorable.

En caso de Seguro con Dividendo, el pago de la participación que corresponda no estará condicionado a la renovación de la Póliza.

El Contratante de la Póliza es la única persona que puede decidir sobre los Dividendos, en relación al inciso “Recuperación de Dividendos por Siniestros ocurridos y no reportados” de este apartado.

1. Pago de Dividendos

a) Cálculo

Se otorgará un porcentaje de la Prima de Riesgo devengada menos los Siniestros ocurridos en forma anual vencida.

Cuando los Asegurados participen en el pago de la Prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado. Tal Dividendo será cubierto al Contratante quien tendrá obligación de enterar dicha aportación a cada uno de los Asegurados de acuerdo a su participación al pago de la Prima.

El Cálculo de Dividendos dependerá de la Experiencia Propia del Contratante, para el Cálculo de la Prima. La determinación de los Dividendos a ser pagados, se realizará conforme a lo siguiente:

1. Experiencia Propia del Contratante, al finalizar la Vigencia de la Póliza;

Durante la Vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el monto de Prima de Riesgo que corresponda por la celebración de este Contrato de Seguro, mismo que podrá variar de acuerdo a las altas y bajas y/o Modificaciones que sufra este Contrato de Seguro durante su Vigencia. Para el Cálculo del Dividendo, se considerará la Prima de Riesgo que se tenga al final de la Vigencia anual.

b) Periodo de Pago

Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la Vigencia de la Póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Una vez transcurridos 90 días

naturales del fin de Vigencia de la Póliza, serán pagados los Dividendos que sean procedentes de acuerdo a lo pactado entre la Compañía y el Contratante.

Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de Vigencia de la Póliza. En el caso de Pólizas cuya Vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos.

Para el caso en que el Asegurado participe en el pago de la Prima, únicamente se entregará el pago correspondiente de Dividendos una vez que el Contratante manifieste por escrito a la Compañía que no tiene pendiente por reportar Siniestros ocurridos.

En caso de Cancelación automática del Contrato de Seguro por falta de pago, no se entregará o repartirá Dividendo alguno.

c) Recuperación de Dividendos por Siniestros Ocurridos y No Reportados

Si con posterioridad al pago correspondiente de Dividendos, se llegaran a presentar Siniestros o complementos posteriores a la fecha de entrega y que hubieran tenido lugar dentro de la Vigencia de la Póliza se procederá de la siguiente manera:

1. Si la Colectividad Asegurada renovó su Vigencia en la Compañía, a petición del Contratante, podrá llevarse a cabo el arrastre de pérdidas de la Vigencia anterior por Siniestros ocurridos y no reportados, en el Cálculo del Dividendo correspondiente al siguiente periodo.
2. En caso de reportarse Siniestros ocurridos durante la Vigencia del Contrato de Seguro no renovado con la Compañía, el Contratante se obliga a reingresar en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales la cantidad que resulte de la diferencia entre los Dividendos pagados y los Siniestros realmente ocurridos. Una vez lo anterior, la Compañía seguirá pagando los Siniestros reportados.

-
3. En caso de que la siniestralidad supere el Dividendo pagado al Contratante, éste se obliga a reintegrar a la Compañía en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales la totalidad del Dividendo pagado, en caso de que la siniestralidad supere el monto del Dividendo otorgado, la Compañía absorberá el pago de los Siniestros que hubieren ocurrido dentro de la Vigencia del Contrato de Seguro.

3. Periodo de Pago de Beneficio

Este periodo aplica para:

En caso de Cancelación o no renovación del Contrato de Seguro, la Compañía cubrirá el pago de Siniestros ocurridos dentro de la Vigencia del contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero de:

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada; o
- b) Los gastos erogados hasta el periodo de 5 (cinco) días posteriores a la Cancelación o termino de la Vigencia, o
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto que haya afectado al Asegurado.

Si la Póliza se renueva sin interrupción alguna, a petición del Contratante se continuarán pagando los gastos complementarios por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto hasta agotar la Suma Asegurada o la recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto que haya afectado al Asegurado, lo que ocurra primero, siempre y cuando la renovación mantenga condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas en lo que se refiere a:

- a) Periodo de beneficio en caso de Cancelación o no renovación.
- b) Ubicación geográfica y ubicación en plan de acuerdo con el nivel de costos de los Prestadores en Convenio.
- c) Coberturas adicionales (opcionales).
- d) Participación del Asegurado en el Siniestro (Deducible y Coaseguro).

En caso de terminación anticipada del Contrato de Seguro, el Periodo de Pago de beneficio quedará sin efecto, limitándose la obligación de la Compañía al pago de los gastos médicos pendientes que se hayan presentado a la Compañía con anterioridad a la fecha de terminación del contrato, siempre y cuando éstos no tengan relación directa o indirecta con el Siniestro o reclamación que dio origen a la terminación anticipada.

4. Póliza o Contrato de Seguro

Este Contrato de Seguro está constituido por la solicitud de seguro, la carátula de la Póliza, las Condiciones Generales y sus Endosos, que hacen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Asegurado y la Compañía.

5. Modificaciones

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

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

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

6. Notificaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado y el Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios que quedaron señalados en la carátula de la Póliza.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza.

Las Notificaciones que la Compañía haga al Contratante, se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

7. Vigencia

Este Contrato de Seguro estará vigente durante el periodo pactado entre el Contratante y la Compañía, y el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

8. Residencia

Solo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen en forma permanente en la República Mexicana. Entendiendo por permanencia el lapso de 3 meses continuos en el lugar fijo en el que resida el Asegurado. Se deberá notificar el lugar de Residencia de los Dependientes Económicos incluidos en la Póliza cuando éstos no vivan con el titular. En el caso de que los Asegurados deban realizar un viaje y que tengan que residir más de 3 meses fuera del territorio nacional, deberán notificarlo a la Aseguradora con anticipación, de no dar aviso de este hecho, cualquier Siniestro que ocurra después de dicho periodo, no quedará cubierto.

9. Prima

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

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

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

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

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

La Compañía tendrá el derecho de compensar las Primas y los préstamos sobre Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al Beneficiario (Artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

- **Lugar de pago**

Los pagos deberán de efectuarse mediante transferencia bancaria electrónica o depósito en cuenta bancaria en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio, los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser éstos el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

Cuando el Contratante realice pagos de Primas a través de un título de crédito (nacional y/o extranjero), éste se recibirá salvo buen cobro.

10. Revelación de Comisiones

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

11. Procedimientos

1. Certificados Individuales

La Compañía hará del conocimiento al Contratante del Certificado Individual para que éste se los proporcione a los Asegurados de la Colectividad, el cual contendrá la información que a continuación se enlista:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;

-
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
 - c) Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado;
 - d) Nombre del Contratante;
 - e) Nombre y fecha de nacimiento o Edad alcanzada del Asegurado;
 - f) Fecha de Vigencia de la Póliza y del Certificado;
 - g) Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
 - h) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del reglamento del Seguro de Grupo para la operación de vida y del Seguro de Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades, y
 - i) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 del reglamento del Seguro de Grupo para la operación de vida y del Seguro de Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

2. Registro de Asegurados

La Compañía entregará al Contratante el Listado de Asegurados y anotará altas y bajas en la copia que conserve, enviando al Contratante una relación que formará parte Asegurado del propio registro.

El registro contendrá la siguiente información:

- a. Nombre, Edad o fecha de nacimiento de cada uno de los Asegurados de la Colectividad Asegurada.
- b. La Suma Asegurada que les corresponda o regla para determinarla.
- c. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Asegurados y fecha de terminación del mismo.

3. Movimientos de Asegurados

a. Ingreso a la Colectividad Asegurada

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

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

Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato, nacidos durante la Vigencia de la presente Póliza, quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando la madre tenga 10 meses de Antigüedad

en la Póliza Colectiva, se haya notificado a la Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento y se realice el pago de la Prima correspondiente.

La Edad máxima de aceptación es de 64 años. En los casos de renovación o Rehabilitación, la cobertura para cada Asegurado continuará en vigor mientras se siga renovando.

b. Bajas en la Colectividad Asegurada

Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima Neta No Devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja de la Colectividad Asegurada. Las bajas de los Asegurados serán inscritas en el registro anexo a la Póliza.

Cuando un Asegurado no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se haya obligado, éste podrá solicitar su baja a la Compañía cesando su cobertura al terminar el periodo de seguro pagado.

Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir de la siguiente renovación, los hijos del Asegurado Titular que:

a) Contraigan matrimonio.

b) Cumplan 25 años de Edad.

12. Ajustes

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

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

13. Cambio de Contratante

Para Colectividades Aseguradas cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista Cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro o rechazar la inclusión de nuevos Asegurados a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a éste la Prima no devengada.

Para los casos en que el Asegurado haya participado en el pago de la Prima, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima Neta No Devengada.

14. Cambio de Forma de Pago de las Primas

Salvo convenio en contrario, la forma de pago de las Primas es la que se establece en la carátula de la Póliza.

A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 (treinta) días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente Prima, se puede modificar la forma de pago a: anual, semestral, trimestral o mensual. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

En estos casos, a la Prima se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, pactada entre la Compañía y el Contratante al momento de celebrar el contrato.

15. Renovación

Este Contrato de Seguro se renovará por periodos de un año. Dicha renovación, se realizará a petición del Contratante dentro de los últimos 30 (treinta) días de Vigencia de cada periodo.

La Compañía acuerda otorgar al Asegurado la renovación de su Contrato de Seguro en los términos y condiciones solicitados por el contratante al momento de la renovación.

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

En el caso de Asegurados con Siniestros en curso de pago, si a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o delincuencia, demuestra que se encontraba totalmente impedido o incapacitado para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación, la Compañía, a solicitud del Asegurado dentro de los 30 (treinta) días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo de la presunta incapacidad o impedimento exceda de 1 año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la Antigüedad que dicho plan tenía, así como el pago de los gastos médicos que se hubiesen derivado de Padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión, debiendo el Asegurado cubrir el pago de las Primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo que estuvo incapacitado.

En el caso de Asegurados en los que no existan Siniestros en curso de pago, si a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o delincuencia, demuestra que se encontraba totalmente impedido o incapacitado para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación, la Compañía, a solicitud del Asegurado, dentro de los 30 (treinta) días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo del presunto impedimento o incapacidad exceda a 1 (un) año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la Antigüedad que tenía dicho plan, así como el pago de los gastos médicos que se hubiesen derivado de Padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión erogados durante la Vigencia que terminó, debiendo el Asegurado cubrir

las Primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo que estuvo incapacitado. En estos casos la Compañía no cubrirá los gastos médicos derivados de Enfermedades o Accidentes erogados con posterioridad a los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de conclusión del periodo inmediato anterior de Vigencia del seguro.

16. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la cláusula de Primas de las sección X. Cláusulas generales de estas Condiciones, el Contratante podrá, dentro de los 30 (treinta) días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la Prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalado en el comprobante de pago y la Compañía devolverá, a prorrata, en el momento de recibir el pago, la Prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

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

En ningún caso la Compañía responderá de Siniestros ni sus complicaciones ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula.

17. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en los términos de los artículos 81, 82 y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, detallados a continuación:

Artículo 81

Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán:

- I.- En cinco (5) años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II.- En dos (2) años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de Omisión, Falsas o Inexactas Declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 84

Además de las causas ordinarias de interrupción de la Prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros, suspenderá la Prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) interrumpirán la Prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

18. Moneda

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

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

Cuando los gastos se hagan en Moneda extranjera y procedan de acuerdo a las condiciones del contrato, serán reembolsados en Moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones en Moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana vigente al día de erogación de los gastos, dictada por el Banco de México, y publicado en el Diario Oficial de la Federación.

19. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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

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

En el momento en que la Compañía tenga conocimiento de la Omisión, Inexacta o Falsa Declaración del Asegurado, del Contratante y/o sus representantes, al

momento de requisitar las declaraciones en la solicitud de seguro de gastos médicos, la Compañía podrá rescindir el contrato de pleno derecho de acuerdo a lo estipulado en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

20. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo a su elección, determinar la Competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, o no se designen alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

21. Edad

- a) La Compañía aceptará el ingreso a esta Póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación, esta Póliza se renovará en forma vitalicia para los Asegurados incluidos en ella.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la Edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos y sin ningún valor para el Asegurado y la Compañía reintegrará al Contratante 60% de la Prima no devengada correspondiente a ese Asegurado.

- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la Edad del Asegurado, y la Prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la Edad real en la fecha de celebración del contrato.

Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la Edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al Cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos.

Si fuese mayor se devolverá la Prima pagada en exceso.

- d) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la Edad.

22. Siniestros

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier Accidente, Enfermedad o Padecimiento que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro. Cuando cualquiera de los Asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de urgencia, el Asegurado Titular deberá notificarlo cuando menos con 5 días hábiles de anticipación a la fecha en que éste deba internarse. El Asegurado Titular tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado dicha cirugía.
- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen,

los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado, así como las facturas y/o recibos de honorarios originales de los gastos efectuados que deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas emitidas por negocios registrados en el régimen de pequeños contribuyentes. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

- c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación.

La obstaculización por parte del Contratante o Asegurados para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

- d) La Compañía sólo pagará los honorarios de Médicos titulados y enfermeras tituladas legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos de internamiento efectuados en Hospitales, Clínicas o Sanatorios legalmente autorizados.
- e) Para el caso de Padecimientos Preexistentes, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- f) En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de Preexistencia, el reclamante podrá acudir a un Perito Médico que sea designado por el reclamante y la Compañía, a un arbitraje privado.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Compañía quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante, y en caso de existir, será liquidado por la Compañía.

La Compañía pagará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

23. Pago de Indemnizaciones

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

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

Para las coberturas y limitaciones que estén definidas como múltiplos del Salario Mínimo General Mensual (SMGV CDMX), se entenderá que las mismas son variables y éstas se fijarán en caso de Enfermedad, Padecimiento o Accidente, cubiertos por la Póliza, tomando en cuenta el que se encuentre vigente en la fecha de primera erogación efectuada por el Asegurado para esa Enfermedad, Padecimiento o Accidente.

24. Sistema de Pago Directo

En el caso de que el Asegurado requiera internamiento, podrá hacer uso del Sistema de Pago Directo en el que, previa verificación de la Compañía respecto a la procedencia del caso, Vigencia de la Póliza, Endosos especiales, altas de Asegurados, pagos, etc., si procede la reclamación la Compañía efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a los proveedores de servicio que acepten Pago Directo, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

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

25. Sistema de Pago por Reembolso

Funciona para aquellos gastos cubiertos por la Póliza que:

- a) El servicio médico se hubiere proporcionado por prestadores no incluidos en los Prestadores en Convenio.
- b) La Compañía no hubiera contado con la oportunidad y viabilidad para verificar la situación de procedencia del caso, de tal forma que no se hubiera autorizado el Servicio de Pago Directo.

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

26. Modificación de Participación de Deducible y Coaseguro

- a) Siempre que el monto de la reclamación sea superior al Deducible contratado, se utilicen los Prestadores en Convenio para Pago Directo (Médico y Hospital) a través de Pago Directo:

Se descontará del Deducible el monto estipulado como Reducción de Deducible, ambos conceptos estarán determinados en la carátula de la Póliza.

Se descontará del Coaseguro los puntos porcentuales estipulados en el concepto de Reducción de Coaseguro, ambos porcentajes quedarán determinados en la carátula de la Póliza.

Las coberturas de Procedimientos Terapéuticos, Anestesiólogo y Consultas Médicas operan sin límite.

Para la cobertura de cuarto y Alimentos se pagará cuarto privado estándar 100%.

- b) En caso de no acudir con los Prestadores en Convenio para Pago Directo (Hospital y Médicos), pero el Hospital corresponde a la jerarquía del plan contratado, el Deducible, el Coaseguro, la Tabla de Procedimientos Terapéuticos y todas las coberturas, se aplicarán de acuerdo a las cantidades establecidas en la carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos específicos.
- c) Si el Asegurado recibe atención médica con los Prestadores en Convenio para Pago Directo (Hospital, Laboratorio y Gabinete) de mayor nivel al del plan contratado, se aumentarán puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado según la siguiente relación:

	Nivel Hospitalario donde se atendió el Servicio Médico		
Nivel Hospitalario Contratado	Magno	Superior	Básico
Magno	Aplica Coaseguro contratado	Aplica Coaseguro contratado	Aplica Coaseguro contratado
Superior	Aumento de 20 puntos porcentuales	Aplica Coaseguro contratado	Aplica coaseguro contratado
Básico	Aumento de 30 puntos porcentuales	Aumento de 10 puntos porcentuales	Aplica coaseguro contratado

- d) Si el Asegurado recibe atención médica en un Hospital de mayor nivel al del plan contratado y fuera de los Prestadores en Convenio para Pago Directo, se aumentarán 40 puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado.

- e) En todos los demás casos se ajustarán a los límites del plan contratado, indicados en la carátula de la Póliza, Condiciones Generales y Endosos.
- f) En cirugía de Nariz y/o Senos Paranasales a consecuencia de Accidente, tanto en Pago Directo como en Reembolso se aplicará un Coaseguro de 50%.
- g) En gastos complementarios tramitados vía Reembolso se aplicará el Caseguro y limitaciones del contrato.

27. Pagos Improcedentes

Será toda aquella indemnización realizada indebidamente por la Compañía a consecuencia de desconocimiento de un movimiento de baja o cualquiera otra circunstancia, obligando al Contratante, Asegurado y/o Beneficiario a reintegrar el total del importe recibido con motivo de alguna reclamación directamente a la Compañía sin necesidad de requerimiento judicial.

28. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un Interés Moratorio de conformidad con el art. 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de treinta días señalado en el artículo 71 antes citado.

En caso de juicios o arbitrajes en los términos de los Artículos 65, 67, 68, 69, 70, 71 y 72 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

29. Cancelación

Esta Póliza será cancelada en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Si el Contratante no realiza el pago de la Prima respectiva dentro del plazo convenido.
- b) Cuando el Contratante decide dar por terminado el Contrato de Seguro. Si esto ocurre después de los 30 (treinta) días naturales de inicio de Vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá 60% de la Prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (Prima no devengada) sin incluir derechos de Póliza, siempre y cuando no exista un Siniestro abierto en la Vigencia durante este período. En caso contrario se devolverá el total de la Prima pagada siempre y cuando no exista un Siniestro abierto.

30. Terminación Anticipada

En esta cláusula el Contratante y la Compañía reconocen y ratifican que, acorde a lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el presente contrato está regido por el principio de la Buena Fe y suscrito bajo el mismo.

En ese contexto, el Contratante expresamente conviene en que la Compañía estará facultada para dar por terminado, anticipadamente al cumplimiento de su Vigencia y sin necesidad de intervención judicial alguna, el Contrato de Seguro documentado en la presente Póliza, según se identifica en la carátula de la misma y cuando, del análisis de las informaciones o la documentación que presenten para sustentar cualquier reclamación de pago o Reembolso, situación o circunstancia inherente al Siniestro correspondiente, se pueda mostrar que, el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario, los representantes de éstos o cualquier tercero que con anuencia de alguno de ellos, participe en tales hechos, con la finalidad de hacer incurrir a la Compañía en error, altere cualquier hecho que incida directa o indirectamente, de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este contrato asume la Compañía, tales como:

- a) Disimular o declarar, falsa o inexactamente, cualquiera de dichos hechos; las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación del Siniestro; o las consecuencias de la reclamación o de la realización del Siniestro; o,

-
- b) Falsificar o alterar los documentos, públicos o privados en que se fundamente su reclamación.

Al efecto, la Compañía notificará por escrito y de manera fehaciente al Contratante, al Asegurado y al Beneficiario del seguro la terminación anticipada del contrato, los motivos de la misma y los elementos de convicción con que al respecto cuente, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha en que la propia Compañía haya contado con los elementos, documentos o informaciones, inherentes al hecho correspondiente.

Recibido el aviso a que se refiere el párrafo anterior por el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de éstos, cesarán los efectos a futuro del Contrato de Seguro terminado anticipadamente, desde tal momento y la Compañía quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier otro tipo, relacionados con la reclamación que motivó la terminación anticipada del Contrato, así como de las derivadas del Siniestro que, con su presentación, se pretendía concretar o afectar.

Sin embargo, la Compañía cumplirá íntegramente y de acuerdo con los Límites Máximos de Responsabilidad, Sumas Aseguradas y demás términos y condiciones pactadas en este Contrato, incluyendo las obligaciones de pago derivadas o que puedan derivarse de las reclamaciones y Siniestros que se hubieren presentado y reclamado válidamente y sean distintos a la que motivó la terminación anticipada del Contrato.

Lo mismo se observará en el caso de que, el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de éstos, incurriendo en cualquiera de las causales previstas en esta Cláusula, hayan obtenido un lucro indebido en perjuicio de la Compañía.

En todo caso, la Compañía tendrá derecho a conservar la Prima devengada hasta el momento de la terminación, pero reintegrará al Contratante o Asegurado, según corresponda, la parte que, en las circunstancias descritas, se deje de devengar.

31. Rescisión por Agravación Esencial del Riesgo

En caso de agravación esencial del riesgo, el Contratante se encuentra obligado dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que la conozca a hacerla del conocimiento de la Compañía, en caso de no hacerlo la Compañía podrá dar por rescindido el contrato en cualquier momento por agravación esencial del riesgo, mediante notificación fehaciente al Contratante, surtiendo efecto la resolución del Contrato de Seguro a los 15 días naturales siguientes a la fecha en que se practique la notificación respectiva.

La Compañía deberá devolver 60% de la Prima no devengada. Esta resolución no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones procedentes originadas mientras la Póliza estuvo en vigor.

32. Obligación del Contratante

El Contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la Póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la Colectividad Asegurada definida en el contrato. Asimismo, se obliga a solicitar seguro en los términos del contrato para todas las personas que con posterioridad llegaren a reunir dichas características dentro de los 30 días siguientes a que las reúnan.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante facultará a la Compañía a dar por terminado este seguro mediante aviso por escrito al Contratante, comunicado con 30 días de anticipación.

En el caso de que la participación en el seguro sea voluntaria para cada Asegurado, la inscripción de las personas deberá ser en los primeros 30 días de Vigencia de la Póliza.

XI. Tabla de Hospitales por Estado y Ciudad

El listado de los Hospitales puede consultarse en la página de Internet <https://axa.mx/servicios/buscador-de-servicios>

Dicho conjunto de Hospitales podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso.

XII. Tabla de Procedimientos Terapéuticos

Introducción

La presente Tabla de Procedimientos Terapéuticos sólo opera para Reembolso.

Para aplicar la Tabla de Procedimientos Terapéuticos se tomará en cuenta lo siguiente:

1. El Monto por Procedimiento Terapéutico, es el resultado de multiplicar la Base de Reembolso que se indica en la carátula de la Póliza, por el factor porcentual correspondiente al Procedimiento de la presente Tabla de Procedimientos Terapéuticos.
2. El pago de los procedimientos terapéuticos procederá siempre y cuando dichos procedimientos queden cubiertos por estas Condiciones Generales.
3. Para cada procedimiento quirúrgico u otro procedimiento señalado en esta tabla, el pago máximo será el establecido mediante el Monto por Procedimiento Terapéutico.
4. El Monto por Procedimiento Terapéutico incluye los honorarios del Cirujano, Ayudantes, Instrumentista y Anestesiólogo.
5. Los procedimientos terapéuticos no incluidos en la presente tabla, se valuarán por similitud a los comprendidos en ésta.
6. Cuando se efectúen dos o más procedimientos en el mismo campo operatorio, la Compañía pagará aquel procedimiento efectuado que tenga el costo más elevado o uno de ellos si los costos son iguales.
7. Si en el mismo procedimiento se realizan dos o más operaciones en diferente campo quirúrgico, se pagará el 100% de la que tenga el valor más alto, más el 50% de la o las siguientes.

Cuando se requiera la intervención de dos o más cirujanos de diferente especialidad para el tratamiento de una misma persona en un mismo tiempo quirúrgico, o en tiempos quirúrgicos sucesivos, se aplicará la tabla para cada cirujano en forma individual. En el caso de los pacientes Politraumatizados, el pago se hará de acuerdo a lo establecido en los párrafos 6 y 7.

Si hubiere necesidad de un nuevo proceso terapéutico y se practicará dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambos se considerarán como uno solo; si el nuevo procedimiento se efectúa después del lapso señalado. Se entenderá como un proceso distinto e independiente del primero.

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
15350	Aplicación de aloinjerto de piel hasta de 100 cm cuadrados	15.70
11100	Biopsia de piel, tejido subcutáneo y/o mucosa (incluyendo cierre simple)	3.90
13160	Cierre secundario de herida quirúrgica o dehiscencia amplia o complicada	9.60
15732	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en cabeza y cuello (por ejemplo músculo temporal, másetero, esternocleidomastoideo, angular del omóplato)	44.40
15738	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en miembros pélvicos	44.40
15736	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en miembros torácicos	44.40
15734	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en tronco	44.40
11001	Desbridación extensa de piel infectada o eczematosas; cada 10% de superficie corporal adicional	2.70
11000	Desbridación extensa de piel infectada o eczematosas; hasta 10% de superficie corporal	10.20
11010	Desbridación incluyendo extirpación de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones; piel y tejido subcutáneo	7.50
11011	Desbridación incluyendo extirpación, de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones; piel, tejido subcutáneo, fascia muscular y músculo	10.20
11012	Desbridación incluyendo extirpación, de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones; piel, tejido subcutáneo, fascia muscular, músculo y hueso	15.70
11402	Excisión de lesión benigna, de tronco, brazos y/o piernas; como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple) lesiones de 1.1 a 2.0 cm de diámetro; excepto verrugas blandas y cicatrices	5.90
11404	Excisión de lesión benigna, de tronco, brazos y/o piernas; como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple) lesiones de 3.1 a 4.0 cm de diámetro; excepto verrugas blandas y cicatrices	7.80
11406	Excisión de lesión benigna, de tronco, brazos y/o piernas; como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple) lesiones mayores de 4.0 cm de diámetro; excepto verrugas blandas y cicatrices	15.70
11422	Excisión de lesión benigna, de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple) lesiones de 1.1 a 2.0 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices	5.40
11424	Excisión de lesión benigna, de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple), lesiones de 3.1 a 4.0 cm de diámetro excepto verrugas blandas y cicatrices	6.30
11426	Excisión de lesión benigna, de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple), lesiones mayores de 4.0 cm de diámetro, excepto verrugas blandas y cicatrices	9.60
11642	Excisión de lesión maligna en cara, pabellón auricular, párpados, nariz, labios; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	13.70
11644	Excisión de lesión maligna en cara, pabellón auricular, párpados, nariz, labios; de 3.1 a 4.0 cm de diámetro	22.20
11646	Excisión de lesión maligna en cara, pabellón auricular, párpados, nariz, labios; mayor de 4.0 cm de diámetro	24.60
11602	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local), de tronco, brazos o piernas; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	6.30
11444	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas; de 3.1 a 4 cm de diámetro	19.10

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
11446	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas; mayores de 4 cm de diámetro	2.00
11451	Excisión de piel y tejido subcutáneo debido a hidroadenitis, axilar (corrección compleja)	9.60
11463	Excisión en piel y tejido subcutáneo por hidroadenitis inguinal (corrección compleja)	9.60
11471	Excisión de piel y tejido subcutáneo por hidroadenitis, perianal, perineal o umbilical (corrección compleja)	9.60
11602	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local), de tronco, brazos o piernas; de 1.1 a 2 cm de diámetro	6.30
11604	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local), de tronco, brazos o piernas; de 3.1 a 4.0 cm de diámetro	8.90
11606	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local), de tronco, brazos o piernas; mayor de 4.0 cm de diámetro	13.70
11622	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de: cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	10.70
11624	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de: cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; de 3.1 a 4.0 cm de diámetro	17.10
11626	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de: cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; mayor de 4.0 cm de diámetro	19.10
11442	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	17.80
15922	Excisión de úlcera coxígea por presión, con coxigectomía, con procedimiento de cierre con colgajo	41.70
15934	Excisión de úlcera sacra por presión, con procedimiento de cierre con colgajo de piel	41.70
15952	Excisión úlcera trocantérica por presión, con procedimiento de cierre con colgajo cutáneo	41.70
15944	Excisión, úlcera isquiática por presión, con procedimiento de cierre con colgajo cutáneo	41.70
11201	Extirpación de verrugas blandas, varios pólipos fibrocutáneos, cualquier zona; por cada 10 lesiones adicionales	1.20
11200	Extirpación de verrugas blandas, varios pólipos fibrocutáneos, cualquier zona, hasta 15 lesiones, cualquier método (corte, cauterización química o eléctrica)	3.90
15570	Formación de pedículo (colgajo) directo o tubular con o sin transferencia, de tronco	36.90
10180	Incisión y drenaje de absceso por herida quirúrgica infectada	7.30
10060	Incisión y drenaje de absceso simple o una sola lesión (ej. hidroadenitis supurativa, abscesos cutáneos o subcutáneos, quiste, forúnculo o paroniquia)	3.90
10140	Incisión y drenaje de hematoma, seroma o colección líquida	3.90
10121	Incisión y extracción de cuerpo extraño en tejido subcutáneo complicado	7.50
10120	Incisión y extracción de cuerpo extraño en tejido subcutáneo; simple	5.40
15200	Injerto de espesor total libre incluyendo cierre directo de zona donante, en tronco; hasta de 20 cm cuadrados	29.40
15240	Injerto de espesor total, libre, incluyendo cierre directo de zona donante; en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y/o pies; hasta de 20 cm cuadrados	40.30
15260	Injerto de espesor total, libre, incluyendo cierre directo de zona donante, en nariz, pabellones auriculares, párpados y/o labios hasta de 20 cm cuadrados	40.30
15100	Injerto en tronco, brazos y piernas; excepto área mínima; hasta 100 cm cuadrados o 1% de área corporal de lactantes y niños	32.80

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
15840	Injerto libre de fascia para parálisis del nervio facial (incluyendo obtención de fascia)	82.00
13100	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo en tronco (laceraciones o avulsiones complicadas); de 1.1 a 2.5 cm de diámetro	9.40
13101	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo en tronco (laceraciones o avulsiones complicadas); de 2.6 a 7.5 cm de diámetro	12.10
13120	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en piel cabelluda, brazos y/o piernas; de 1.1 a 2.5 cm	8.30
13121	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en piel cabelluda, brazos y/o piernas; de 2.6 a 7.5 cm	11.30
13131	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales externos, manos y/o pies; de 1.1 a 2.5 cm de diámetro	13.50
15841	Injerto libre de músculo para parálisis del nervio facial (incluyendo obtención del injerto)	40.30
15050	Injerto único o múltiple para úlceras pequeñas, puntas de dedos u otra área mínima (excepto cara); hasta 2.0 cm de diámetro	16.40
11960	Inserción de expansores tisulares que no sean localizados en mama (inicial y subsecuentes)	39.60
11750	Onicoexcresis, parcial o completa	4.40
14060	Reconstrucción con transferencia de tejido adyacente (z plastia, plastia, colgajo de rotación) para párpados, nariz, pabellones auriculares y/o labios; de 10 cm cuadrados o menos	23.20
11970	Reemplazo de expansor tisular con colocación de prótesis permanente (no de mama)	45.10
11971	Remoción de tejido expansor sin inserción de prótesis (no de mama)	8.90
12041	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cuello, manos, pies y/o genitales externos; de 2.5 cm de diámetro o menos	6.70
12042	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cuello, manos, pies y/o genitales externos; de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro	8.70
12031	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); de 2.5 cm de diámetro o menos	5.80
12032	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro	7.70
12034	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); de 7.6 a 12.5 cm de diámetro	12.10
12051	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas; de 2.5 cm de diámetro o menos	6.70
12052	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas; de 2.6 a 5.0 cm de diámetro	7.60
12054	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas; de 2.6 a 5.0 cm de diámetro: de 7.6 a 12.5 cm de diámetro	12.10
13120	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en piel cabelluda, brazos y/o piernas; de 1.1 a 2.5 cm	8.30
13121	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en piel cabelluda, brazos y/o piernas; de 2.6 a 7.5 cm	11.30

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
13131	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones avulsiones complicadas) en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales externos, manos y/o pies; de 1.1 a 2.5 cm de diámetro	13.50
13132	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones avulsiones complicadas) en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales externos, manos y/o pies; de 2.6 a 7.5 cm de diámetro	15.80
13150	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y /o labios; de 1 cm de diámetro o menos	4.90
13151	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y /o labios; de 1.1 a 2.5 cm de diámetro	9.60
13152	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y /o labios; de 2.6 a 7.5 cm de diámetro	15.80
13100	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo en tronco (laceraciones o avulsiones complicadas); de 1.1 a 2.5 cm de diámetro	9.40
13101	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo en tronco (laceraciones o avulsiones complicadas); de 2.6 a 7.5 cm de diámetro	12.10
12001	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos incluyendo manos y pies, de 2.5 cm de diámetro o menos.	4.80
12002	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos incluyendo manos y pies, de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro	7.70
12004	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos incluyendo manos y pies, de 7.6 cm a 12.5 cm de diámetro	10.90
12020	Sutura simple de dehiscencia de una herida superficial (piel)	4.80
12011	Sutura simple de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.5 cm de diámetro o menos	8.30
12015	Sutura simple de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 7.6 a 12.5 cm de diámetro	13.70
Abdomen		
22900	Excisión de tumor de pared abdominal, subfacial (por ejemplo fibroma duro)	17.10
Abdomen (peritoneo)		
49421	Colocación de cánula intraperitoneal para diálisis permanente	11.60
49420	Colocación de cánula o catéter intraperitoneal para drenaje o diálisis temporal	11.60
49020	Drenaje de absceso peritoneal o peritonitis localizada, excepto absceso apendicular	34.30
49040	Drenaje de absceso subfrénico o subdiafragmático	40.20
49200	Excisión o destrucción por cualquier método de tumoraciones, quistes o endometriomas intraabdominal o retroperitoneal	41.80
49010	Exploración retroperitoneal, con o sin toma de biopsia	38.00
49320	Laparoscopia diagnóstica	27.32
49080	Peritoneocentesis, paracentesis abdominal o lavado peritoneal diagnóstico o terapéutico	46.40

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
Amputación de manos y dedos		
26951	Amputación de dedo o pulgar (cada dedo), incluye neurectomías	28.00
Amputación de pie		
28800	Amputación de pie, mediotarsal	51.20
28810	Amputación metatarsal	35.50
28820	Amputación en articulación metatarsofalángica	35.50
28825	Amputación en articulación interfalángica del pie	24.90
Amputación de pierna y tobillo		
27880	Amputación de pierna a nivel de tibia y peroné	46.40
27889	Desarticulación de tobillo	46.40
27894	Fasciotomía descompresiva de pierna, compartimento anterior y/o lateral y posterior con debridación de músculos y/o nervios	48.50
Amputación muslo		
27590	Amputación de muslo, cualquier nivel	54.30
27598	Desarticulación de rodilla	54.30
Ano		
46700	Anoplastia	92.90
46730	Corrección de ano imperforado alto; sin fístula, abordaje perineal o sacroperineal	92.90
46715	Corrección de ano imperforado bajo; con fístula ano perineal	92.90
46937	Criocirugía de tumor rectal benigno	28.80
46938	Criocirugía de tumor rectal maligno	28.80
46210	Criptectomía	10.60
46935	Destrucción de hemorroides externas, cualquier método	25.10
46936	Destrucción de hemorroides internas y externas, cualquier método	25.10
46934	Destrucción de hemorroides internas, cualquier método	25.10
46917	Destrucción de lesion(es) de ano por cirugía láser (por ejemplo condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética)	13.10
46916	Destrucción de lesion(es) de ano por criocirugía (por ejemplo condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética)	5.80
46910	Destrucción de lesion(es) de ano por electrodeshidratación (por ejemplo condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética)	5.90
46922	Destrucción de lesion(es) de ano por excisión (por ejemplo condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética)	13.10
46900	Destrucción química de lesion(es), de ano (por ejemplo condilomas, papilomas, etc.)	5.90
46750	Esfinteroplastia anal por incontinencia o prolapso del adulto	92.90
46320	Excisión de hemorroide externa trombótica	35.10
11772	Excisión de quiste pilonidal complicado	25.70
11771	Excisión de quiste pilonidal extenso	23.60
11770	Excisión de quiste pilonidal simple	15.70
46257	Hemorroidectomía con fisurectomía	35.10
46255	Hemorroidectomía externa e interna	40.40

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
46250	Hemorroidectomía externa, excisión de múltiples apéndices y/o papilas hemorroidales externas	35.10
46221	Hemorroidectomía por ligadura simple	35.10
46947	Hemorroídropexia con grapa	31.10
46060	Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal o intramural, con fistulectomía o fisulotomía submuscular	27.50
46040	Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal y/o perirrectal	13.20
46050	Incisión y drenaje, de absceso perianal	6.10
46220	Papilectomía o excisión de pólipo fibrocutáneo de ano	10.60
46270	Tratamiento quirúrgico de fístula anal subcutánea (fistulectomía/fistulotomía)	35.10
46275	Tratamiento quirúrgico de fístula anal, submuscular	35.10
Antebrazo y muñeca		
25040	Artrotomía de articulación radiocarpal o mediocarpal (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño)	28.70
25107	Artrotomía de articulación radiocubital distal para reparación de cartílago triangular	37.20
25100	Artrotomía de muñeca con biopsia	26.30
25105	Artrotomía de muñeca con sinovectomía	37.20
25085	Capsulotomía de muñeca	28.50
25115	Excisión de bursa de radio, sinovial de muñeca o liberación de vaina tendinosa del antebrazo	37.20
25111	Excisión de ganglión en muñeca (dorsal o palmar)	16.50
25076	Excisión de tumor en antebrazo y/o región de la muñeca, fascial o intramuscular	28.70
25110	Excisión para liberación de tendón de antebrazo y/o muñeca	18.20
25248	Exploración para extracción de cuerpo extraño en antebrazo y muñeca	26.40
25020	Fasciotomía descompresiva de tendón flexor y/o extensor de antebrazo y/o muñeca	23.90
25000	Incisión para liberación tendón por enfermedad de Quervain (muñeca)	23.90
25170	Resección radical de tumor de radio o cúbito	41.80
25077	Resección radical de tumor maligno de tejido blando de antebrazo y/o muñeca	38.70
25118	Sinovectomía, liberación de tendón extensor de muñeca	31.00
Apéndice		
44950	Apendicectomía	61.40
44960	Apendicectomía complicada por apéndice perforada, o peritonitis	61.40
44970	Apendicectomía por laparoscopia	61.40
Arterias coronarias		
33505	Corrección de anomalías de la arteria coronaria con construcción de tunel arterial intrapulmonar (procedimiento Takeuchi)	136.90
33503	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante injerto, sin derivación cardiopulmonar	100.70
33504	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante injerto, con derivación cardiopulmonar	127.90
33502	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante ligadura	100.70
33506	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante traslocación desde la arteria pulmonar a la aorta	136.90

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
33501	Corrección de fístula arteriovenosa coronaria sin derivación cardiopulmonar	100.70
33500	Corrección de fístula arteriovenosa coronaria; con derivación cardiopulmonar	112.30
33533	Revascularización (bypass) coronaria con injerto arterial único	198.20
33517	Revascularización (bypass) coronaria, injerto combinado, único	198.20
33510	Revascularización (bypass) coronaria, injerto venoso único	198.00
Artródesis de manos y dedos		
26841	Artródesis articulación carpometacarpiana de pulgar; con o sin material de osteosíntesis	34.50
26843	Artródesis articulación carpometacarpiana de dedos (excepto pulgar)	34.50
26850	Artródesis articulación metacarpofalángica; con o sin material de osteosíntesis	31.80
26860	Artródesis, articulación interfalángica, con o sin material de osteosíntesis	31.80
Artródesis de muñeca		
25900	Amputación de antebrazo a través de radio y cúbito	46.40
25927	Amputación transmitacarpal	46.40
25830	Artródesis de articulación radiocubital distal con resección segmentaria de cúbito con o sin injerto óseo	46.40
25810	Artródesis de muñeca con autoinjerto de ilíaco u otro hueso (se incluye la obtención del injerto)	46.40
25800	Artródesis de muñeca; sin injerto óseo (incluye articulaciones radiocarpal e intercarpal o carpometacarpiana)	35.50
25920	Desarticulación a través de la muñeca	46.40
Artródesis de pie		
28750	Artródesis metatarsofalángica de primer dedo	38.60
28755	Artródesis interfalángica de primer dedo	34.50
Artroscopia		
29826	Artroscopia con descompresión de espacio subacromial con acromioplastia con o sin liberación coracoacromial	57.40
29861	Artroscopia de cadera con extracción de cuerpo extraño	51.20
29863	Artroscopia de cadera con sinovectomía	57.40
29836	Artroscopia de codo con sinovectomía completa	62.20
29835	Artroscopia de codo con sinovectomía parcial	57.40
29834	Artroscopia de codo con extracción de cuerpo extraño	51.20
29819	Artroscopia de hombro con extracción de cuerpo extraño	51.20
29821	Artroscopia de hombro con sinovectomía completa	62.20
29820	Artroscopia de hombro con sinovectomía parcial	57.40
29845	Artroscopia de muñeca con sinovectomía completa	51.20
29844	Artroscopia de muñeca con sinovectomía parcial	51.20
29843	Artroscopia de muñeca por infección, lavado y drenaje	35.50
29880	Artroscopia de rodilla con menisectomía medial y lateral	67.90
29875	Artroscopia de rodilla con sinovectomía	61.50
29874	Artroscopia de rodilla para extracción de cuerpo extraño	35.50
29877	Artroscopia de rodilla para limpieza articular (condroplastia)	56.30
29871	Artroscopia de rodilla por infección, lavado y drenaje	35.50

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
29894	Artroscopia de tobillo con extracción de cuerpo extraño	26.30
29895	Artroscopia de tobillo con sinovectomía	43.00
29888	Reparación o reconstrucción artroscópica de ligamento cruzado anterior	83.70
29889	Reparación o reconstrucción artroscópica de ligamento cruzado posterior	75.30
Atención prenatal y cesárea		
59151	Embarazo ectópico resuelto por laparoscopia con salpingectomía y/u ooforectomía	52.50
59150	Embarazo ectópico resuelto por laparoscopia sin salpingectomía y/u ooforectomía	46.40
59870	Evacuación uterina y legrado por mola hidatiforme	22.00
59350	Histerorrafia, por ruptura uterina	46.40
59100	Histerotomía abdominal (por ejemplo por mola hidatiforme y aborto)	66.00
59160	Legrado postparto	22.00
59514	Parto por cesárea	54.20
59410	Parto vaginal, con o sin episiotomía y/o aplicación de forceps (incluye atención postparto)	31.60
59121	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico sin salpingectomía y/u ooforectomía	46.40
59120	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico, con salpingectomía y/u ooforectomía por vía abdominal o vaginal	62.20
Cámara anterior		
66130	Excisión de lesión en esclerótica	19.70
66155	Fistulización de esclerótica por glaucoma, con termocauterización con iridectomía	19.60
65820	Goniotomía	23.20
65860	Lisis de adherencias en segmento anterior; por técnica de láser	19.30
65865	Lisis de adherencias en segmento anterior; por técnica Incisional (con o sin inyección de aire o líquido); goniosinequias	17.90
65880	Lisis de adherencias corneo-vítreas	19.70
65870	Lisis de sinequia anterior, excepto goniosinequias	17.30
65875	Lisis de sinequia posterior	21.50
66172	Trabeculectomía ab externo con tejido cicatrizal originado por cirugía ocular previa o trauma	40.30
66170	Trabeculectomía ab externo en ausencia de cirugía previa	40.30
65855	Trabeculoplastia por láser, una o más sesiones	23.40
Colocación o extracción de húmero y codo		
24363	Artroplastia con prótesis total de codo	62.20
24365	Artroplastia de cabeza de radio	49.20
24362	Artroplastia de codo con implante y reconstrucción de ligamento	62.20
24350	Fasciotomía lateral o medial (ejemplo codo de tenista o epicondilitis)	24.90
24351	Fasciotomía lateral o medial con desprendimiento del extensor	24.90
24400	Osteotomía de húmero con o sin material de osteosíntesis	43.40
24342	Reinserción o reparación de ruptura o laceración de tendón de biceps o triceps, distal, con o sin injerto de tendón	30.70
24435	Reparación de cierre defectuoso de fx de húmero con injerto (incluye obtención de injerto)	53.30
24340	Tenodesis del tendón del biceps a nivel del codo	30.70
24301	Transferencia de músculo o tendón de cualquier tipo en brazo y codo	43.40

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
Columna vertebral, Artródesis		
22610	Artródesis torácica por vía posterior o posterolateral (un solo nivel)	89.60
22595	Artródesis C1-C2 por vía posterior	89.60
22600	Artródesis cervical por vía posterior o posterolateral, un solo nivel por debajo del segmento C2	89.60
22612	Artródesis lumbar por vía posterior o posterolateral (un solo nivel)	89.60
22548	Artródesis por vía anterior, de columna cervical (clivus C1 C2)	106.90
22554	Artródesis por vía anterior, de columna cervical por debajo de C2, incluye disquectomía mínima (excepto para descompresión)	100.70
22590	Artródesis por vía posterior, craneocervical (occipucio-C2)	89.60
22558	Artródesis vía anterior de columna lumbar por técnica de intercuerpos, incluye disquectomía parcial (excepto para descompresión)	110.60
22556	Artródesis vía anterior de columna torácica por técnica de intercuerpos, incluye disquectomía parcial (excepto para descompresión)	100.70
22630	Artródesis vía posterior de columna lumbar con técnica de intercuerpos, incluye laminectomía y disquectomía (excepto para descompresión)	89.60
22840	Instrumentación no segmentaria posterior (por ejemplo varilla de Harrington)	100.70
22845	Instrumentación por vía anterior, 2-3 segmentos vertebrales	107.90
22842	Instrumentación segmentaria posterior, 3-6 segmentos vertebrales	107.90
Cordón espermático		
55500	Excisión de hidrocele de cordón espermático, unilateral	20.50
55530	Excisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas debido a varicocele	32.30
Corrección esófago		
43420	Cierre de esofagostomía o fístula; vía cervical	46.40
43425	Cierre de esofagostomía o fístula; vía torácica o abdominal	62.00
43458	Dilatación de esófago con balón por acalasia (30mm o más de diámetro)	11.10
43450	Dilatación de esófago mediante sonda sin guía	11.10
43330	Esofagomiotomía (tipo Heller) por vía abdominal	68.00
43331	Esofagomiotomía por vía torácica	68.00
43310	Esofagoplastia (corrección plástica o reconstrucción) por vía torácica; sin corrección de fístula traqueoesofágica	92.90
43312	Esofagoplastia (corrección plástica o reconstrucción) por vía torácica; con corrección de fístula traqueoesofágica	92.90
43350	Esofagostomía con fistulización externa de esófago; por vía abdominal	69.70
43351	Esofagostomía por vía torácica	69.70
43340	Esofagoyeyunostomía (sin gastrectomía total); por vía abdominal	92.90
43324	Fundoplastia esofagogástrica (por ejemplo técnicas de Nissen, Belsey IV, Hill)	111.00
43400	Ligadura directa de várices esofágicas	31.10
43405	Ligadura o engrapado de la unión gastroesofágica por perforación esofágica pre-existente	77.50
Corrección, revisión o reconstrucción de hombro		
23472	Artroplastia total de hombro (reemplazo de cavidad glenoidea o de húmero proximal)	71.70
23466	Capsulorrafia por inestabilidad de articulación glenohumeral	62.20

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
23415	Liberación de ligamento coracoacromial con o sin acromioplastia	62.20
23420	Plastia de hombro (manguito rotador) por lesión crónica, incluye acromioplastia	62.20
23440	Resección o trasplante del tendón largo del bíceps	45.80
23410	Sutura por ruptura aguda de manguito músculo tendinoso (por ejemplo rotador del hombro)	45.80
23430	Tenorrafia de tendón largo de biceps	34.50
23405	Tenotomía, en región del hombro	26.60
Correcciones		
49605	Corrección de gastrosquisis u onfalocele grande; con o sin prótesis	64.30
49600	Corrección de onfalocele pequeño con cierre primario	42.30
49650	Hernioplastia inguinal por laparoscopia	46.44
49900	Sutura secundaria de pared abdominal por evisceración o dehiscencia	29.00
Cráneo, huesos faciales y articulación temporo mandíbular		
21240	Artroplastia temporomandíbular, con o sin autoinjerto (incluye la obtención del injerto)	58.10
21040	Excisión de quiste o tumor benigno de mandíbula	44.40
21182	Excisión de tumor benigno de huesos del cráneo (ejemplo displasia fibrosa), con reconstrucción de paredes y bordes orbitarios, frente, complejo nasomaxilar (incluye obtención del injerto); en un área menor a 40 centímetros cuadrados de injerto	75.10
21030	Excisión de tumor benigno o quiste de hueso facial excluyendo la mandíbula	43.00
21034	Excisión de tumor maligno de hueso facial excluyendo la mandíbula	54.00
21044	Excisión de tumor maligno de mandíbula	58.10
21045	Resección radical de tumor maligno de mandíbula	71.70
21015	Resección radical de tumor maligno, de tejido blando en cara o piel cabelluda	24.60
Cristalino		
66983	Extracción de catarata intracapsular con implante de lente intraocular	44.10
66984	Extracción de catarata extracapsular con colocación de lente intraocular, técnica manual o mecánica (con irrigación o aspiración, o facoemulsificación)	67.80
Cuello (tejidos blandos) y tórax		
21550	Biopsia de tejidos blandos de cuello o tórax	8.30
21705	Escalenotomía, con resección de costilla cervical	64.90
21700	Escalenotomía, sin resección de costilla cervical	44.50
21615	Excisión de primera costilla y/o costilla cervical	34.10
21501	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma, de tejidos blandos de cuello o tórax	11.50
22326	Reducción abierta de fracturas y /o luxaciones de vertebrae cervicales, vía posterior (un sólo segmento)	77.50
22325	Reducción abierta de fracturas y /o luxaciones de vertebrae lumbares, vía posterior (un sólo segmento)	77.50
22327	Reducción abierta de fracturas y/ o luxaciones de vertebrae torácicas, vía posterior (un sólo segmento)	77.50
22315	Reducción cerrada de fracturas y/o luxaciones vertebrales, con manipulación y /o tracción (incluye inmovilización)	37.60
21935	Resección radical de tumor maligno de tejido blando en dorso o cara lateral de tórax	62.80
21557	Resección radical de tumor maligno de tejidos blandos de cuello y tórax	71.70

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
Cuello de útero		
57513	Ablación con láser del cervix	5.90
57500	Biopsia de cervix única o múltiple; o excisión de lesión local; con o sin fulguración	5.50
57510	Cauterización de cervix (electro o térmica)	5.50
57530	Cervicectomia (amputación del cervix)	18.60
57520	Conización de cervix con o sin fulguración, con o sin dilatación o curetaje, con o sin reparación por cualquier método	13.30
57720	Corrección plástica de cervix por vía vaginal	19.30
57511	Criocauterización del cervix (inicial o subsecuente)	5.50
57820	Dilatación y legrado de muñón cervical	11.10
57540	Excisión de muñón cervical vía abdominal	18.60
57545	Excisión de muñón cervical vía abdominal con reparación de piso pélvico	33.00
57550	Excisión de muñón cervical vía vaginal	19.30
57555	Excisión de muñón cervical vía vaginal con reparación anterior y/o posterior	33.00
57505	Legrado endocervical	5.50
Cuerpo del útero		
58353	Ablación endometrial térmica	32.40
58100	Biopsia de endometrio y/o endocervical sin dilatación cervical mediante cualquier método	6.60
58900	Biopsia de ovario, unilateral o bilateral	19.30
58120	Dilatación y legrado diagnósticos y/o terapeuticos (no obstétricos)	13.30
58822	Drenaje de absceso de ovario por vía abdominal	24.70
58820	Drenaje de absceso de ovario por vía vaginal	24.70
58805	Drenaje de quiste de ovario por vía abdominal, unilateral o bilateral	24.70
58800	Drenaje de quiste de ovario, unilateral o bilateral, por vía vaginal	19.30
58240	Evisceración pélvica por malignidad ginecológica con histerectomía abdominal total o cervicectomía, con o sin salpingectomía, con o sin ooforectomía, con extirpación de vejiga y trasplantes de ureteres y/o resección abdomino perineal de recto y colon	134.10
58210	Histerectomía radical abdominal, con linfadenectomía pélvica total bilateral y toma de muestra de ganglios linfáticos para-aórticos (biopsia) con o sin salpingo-ooforectomía	100.00
58200	Histerectomía total abdominal ,incluyendo vaginectomia parcial, con toma de muestra de ganglios linfáticos para-aórticos y pélvicos con o sin salpingo-ooforectomía	84.80
58152	Histerectomía total abdominal con colpouretrocistopexia (tipo Marshall Marchetti-Krantz, Burch)	79.20
58150	Histerectomía total abdominal con o sin salpingo-ooforectomía	79.20
58260	Histerectomía vaginal	72.60
58275	Histerectomía vaginal con colpectomía total o parcial	73.80
58267	Histerectomía vaginal con colpouretrocistopexia (tipo Marschall Marchetti- Krantz, Pereyra), con o sin control endoscópico	75.00
58262	Histerectomía vaginal con salpingectomía y/u ooforectomía	72.60
58263	Histerectomía vaginal con salpingectomía y/u ooforectomía con reparación de enterocele	75.00
58285	Histerectomía vaginal radical (operación tipo Schauta)	84.80
58400	Histeropexia (suspensión uterina, con o sin acortamiento de ligamentos redondos o sacrouterinos)	54.20

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
58410	Histeropexia con simpatectomía presacral	52.00
58561	Histeroscopia con resección de leiomioma	19.40
58558	Histeroscopia con toma de biopsia de endometrio y/o polipectomía	27.80
58960	Laparotomía para clasificación o reclasificación de la etapa del cáncer, (laparotomía de "segunda mirada" o second look), con o sin omentectomía, lavado peritoneal, biopsia de peritoneo abdominal y pélvico, inspección diafragmática con linfadenectomía pélvica	63.50
58551	Miomectoma por laparoscopia (uno o varios)	62.80
58140	Miomectomía única o múltiple, por vía abdominal	43.20
58145	Miomectomía, única o múltiple, por vía vaginal	37.20
58940	Ooforectomía parcial o total, unilateral o bilateral	55.00
58943	Ooforectomía por malignidad ovarica, con biopsia de nódulos linfáticos para-aórticos y pélvicos con lavado peritoneal, biopsia peritoneal, con o sin salpingectomía, con o sin omentectomía	76.50
58950	Resección de malignidad ovarica, tubaria o peritoneal, con salpingo-ooforectomía bilateral y omentectomía	60.00
58951	Resección de malignidad ovarica, tubaria o peritoneal, con histerectomía total abdominal, con linfadenectomía pélvica y para-aórtica limitada	100.00
58925	Resección de quiste de ovario, unilateral o bilateral	52.50
58920	Resección en cuña o bisección de ovario, unilateral o bilateral	55.00
58700	Salpingectomía parcial o completa, unilateral o bilateral	50.00
58720	Salpingo-ooforectomía parcial o completa, unilateral o bilateral	56.60
Defecto septal		
33684	Cierre de defecto del tabique ventricular con valvulotomía pulmonar o resección infundibular	186.80
33681	Cierre de defecto del tabique ventricular, con o sin parche	131.50
33645	Cierre de seno venoso directo o con parche, con o sin drenaje anómalo de venas pulmonares	186.80
33694	Corrección completa de tetralogía de Fallot con parche transanular	186.80
33692	Corrección completa de tetralogía de Fallot sin atresia pulmonar	186.80
33697	Corrección completa de tetralogía de Fallot, con atresia pulmonar incluyendo la construcción de conducto desde el ventrículo derecho a la arteria pulmonar y cierre del defecto del tabique ventricular	186.80
33660	Corrección de canal auriculoventricular parcial o incompleto, con o sin corrección de válvula auriculoventricular	186.80
33641	Corrección de defecto de tabique auricular, con derivación cardiopulmonar, con o sin parche	186.80
33647	Corrección de defecto septal auricular y defecto septal ventricular, con cierre directo o parche	186.80
Derivaciones		
33770	Corrección de la transposición de las grandes arterias con defecto del tabique ventricular y estenosis subpulmonar; sin agrandamiento quirúrgico del defecto de tabique ventricular	153.70
33774	Corrección de la transposición de las grandes arterias, procedimiento de contrapuerta auricular con derivación cardiopulmonar	129.80
33820	Corrección de persistencia de conducto arterioso, mediante ligadura	102.40
33755	Derivación de aorta ascendente a arteria pulmonar	95.60
33762	Derivación de aorta descendente a arteria pulmonar	95.60

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
33750	Derivación de subclavia a arteria pulmonar	95.60
33767	Derivación de vena cava superior a arteria pulmonar, para incrementar circulación hacia ambos pulmones	129.80
33766	Derivación de vena cava superior a arteria pulmonar, para incrementar circulación hacia un pulmón	95.60
33840	Excisión de coartación de la aorta con o sin defecto de conducto arterioso asociado, con anastomosis	108.60
33735	Septectomía o septostomía auricular a corazón cerrado	99.00
33736	Septectomía o septostomía auricular a corazón abierto, con derivación cardiopulmonar	99.00
33737	Septectomía o septostomía auricular a corazón abierto, con oclusión de flujo de entrada	99.00
Destrucción de lesiones		
17262	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en tronco, brazos o piernas; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	5.40
17264	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en tronco, brazos o piernas; de 3.1 a 4.0 cm de diámetro	6.30
17272	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en piel cabelluda, cuello, manos, pies y/o genitales; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	5.60
17274	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en piel cabelluda, cuello, manos, pies y/o genitales; de 3.1 a 4.0 cm de diámetro	8.30
17281	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios; de 0.6 a 1.0 cm de diámetro	6.20
17283	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios; de 2.1 a 3.0 cm de diámetro	6.83
17266	Destrucción de lesiones malignas por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en tronco, brazos o piernas; mayor de 4.0 cm de diámetro	7.80
17106	Destrucción de lesiones proliferativas vasculares cutáneas (por ejemplo técnica de láser); hasta 10 centímetros cuadrados	5.40
17107	Destrucción de lesiones proliferativas vasculares cutáneas (por ejemplo técnica de láser); de 10 a 50 centímetros cuadrados	5.40
17000	Destrucción de una lesión benigna o premaligna (por ejemplo queratosis actínica), por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) excepto verrugas blandas o lesiones proliferativas vasculares cutáneas, incluye anestesia local	2.90
17110	Destrucción por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) de verrugas planas, molusco contagioso o milios, hasta 14 lesiones	5.40
17304	Moh (técnica microquirúrgica), quimiocirugía. Incluye la remoción de todo el tumor macroscópico, la excisión quirúrgica de muestras de tejido, examen microscópico y preparación histopatológica completa; hasta 5 muestras de tejido	10.50
Diafragma		
39502	Hernioplastia hiatal, por vía transabdominal, con o sin fundoplastia, vagotomía y/o piloroplastia, excepto neonatal (procedimiento antirreflujo)	63.20
39540	Plastia de hernia diafragmática, traumática	79.00
39530	Plastia hiatal por vía toracoabdominal	79.00
39520	Plastia hiatal por vía transtorácica	76.60
39545	Plicatura de diafragma por eventración, vía trans-torácica o trans-abdominal	76.60

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
39503	Reparación de hernia diafragmática neonatal	79.00
39501	Sutura de laceración de diafragma	73.80
Endoscopia de laringe		
31561	Aritenoidectomía por laringoscopia con microscopio quirúrgico	41.80
31560	Aritenoidectomía por laringoscopia directa	41.80
31536	Biopsia por laringoscopia con microscopio quirúrgico	12.60
31540	Excisión de tumor y/o disección de cuerdas vocales o epiglotitis por laringoscopia directa	33.80
31541	Excisión de tumor y/o disección de cuerdas vocales o epiglotitis por laringoscopia directa con microscopio quirúrgico	60.40
31531	Extracción de cuerpo extraño por laringoscopia con microscopio quirúrgico	22.20
31530	Extracción de cuerpo extraño por laringoscopia directa	22.20
31588	Laringoplastia	54.30
31535	Laringoscopia directa con biopsia	10.60
31515	Laringoscopia directa con o sin traqueoscopia para aspiración	7.50
31526	Laringoscopia directa, diagnóstica con microscopio quirúrgico	8.50
Endoscopia de senos nasales		
31238	Control de epistaxis por endoscopia (por ejemplo ligadura de arterias etmoidales)	31.10
31256	Endoscopia nasal sinusoidal, con antrostomía maxilar	38.60
31294	Endoscopia nasal/sinusoidal, con descompresión de nervio óptico	57.40
31287	Endoscopia nasal/sinusoidal, con esfenoidectomía	49.50
31254	Endoscopia nasal/sinusoidal, con etmoidectomía parcial (anterior)	37.90
31255	Endoscopia nasal/sinusoidal, con etmoidectomía total (anterior y posterior)	46.80
31276	Endoscopia nasal/sinusoidal, con exploración de seno frontal con o sin extirpación de tejido de seno frontal	49.50
31288	Endoscopia nasal/sinusoidal, con extracción de tejido de seno esfenoidal	49.50
31237	Polipectomía, biopsia o debridación de senos nasales por endoscopia	31.10
Endoscopia de vejiga		
52000	Cistouretróscopia (sin otro procedimiento)	7.20
52204	Cistouretróscopia con biopsia	11.50
52325	Cistouretróscopia con fragmentación de cálculo ureteral (litotripsia transendoscópica)	60.50
52234	Cistouretróscopia con fulguración (incluye criocirugía o cirugía con láser) y /o resección de tumores de vejiga de 0.5 a 2 cm.	22.00
52235	Cistouretróscopia con fulguración y/o resección de tumores de vejiga de 2 a 5 cm	29.80
52400	Cistouretróscopia con incisión, fulguración, o resección de válvulas uretrales posteriores congénitas o pliegues mucosos hipertróficos obstructivos congénitos	52.60
52250	Cistouretróscopia con inserción de sustancia radiactiva, con o sin biopsia o fulguración	16.00
52332	Cistouretróscopia con inserción de un catéter ureteral (por ejemplo Gibbons o tipo doble "j")	23.90
52300	Cistouretróscopia con resección o fulguración de ureteroceles, uni o bilateral	32.50
52310	Cistouretróscopia, con extracción de cuerpo extraño, cálculos, o remoción de catéter dilatador ureteral desde la uretra o vejiga (sin otro procedimiento)	21.00
52290	Cistouretróscopia, con meatotomía, uni o bilateral	19.10
52353	Cistouretróscopia, con ureteroscopia y/o pieloscopia con litotripsia (incluye cateterización ureteral)	52.60

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
52275	Cistouretroscopia, con uretrotomía interna en hombre	34.50
52270	Cistouretroscopia, con uretrotomía interna en mujer	37.20
52320	Cistouretroscopia, con extracción de cálculo ureteral (incluye la cateterización ureteral)	30.20
52450	Incisión transuretral de próstata	35.80
52601	Resección electroquirúrgica transuretral de la próstata, incluyendo control de sangrado postoperatorio, completa (incluye vasectomía, meatotomía, cistouretroscopia, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna)	63.50
52500	Resección transuretral de cuello vesical	48.80
52612	Resección transuretral de próstata	63.10
52620	Resección transuretral de tejido residual obstructivo después de 90 días de la intervención quirúrgica	51.40
Endoscopia del esófago		
43261	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), con toma de biopsia única o múltiple	27.60
43260	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), diagnóstica con o sin toma de muestra obtenida por cepillado o lavado	22.20
43262	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con esfinterotomía y papilotomía	30.00
43264	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con extracción de cálculos de vías biliares y/o pancreáticos	42.00
43268	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con inserción endoscópica de tubo o dilatador (stent) en conducto biliar o pancreático	42.00
43202	Esofagoscopia con biopsia simple o múltiple	8.90
43227	Esofagoscopia con control de hemorragia, por cualquier método	23.20
43204	Esofagoscopia con escleroterapia para várices esofágicas	20.10
43217	Esofagoscopia con extracción de tumor(s), pólipo(s), u otras lesiones por técnica de "asa"	16.60
43200	Esofagoscopia diagnóstica, rígida o flexible, con o sin recolección de especímenes por cepillado o lavado	17.60
43205	Esofagoscopia, con ligadura elástica de várices esofágicas	20.10
43215	Extracción de cuerpo extraño en esófago mediante esofagoscopia	14.40
43216	Extracción de tumor(s), pólipo(s), u otras lesiones de esófago mediante esofagoscopia, con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar	16.60
43280	Fundoplastia esofágica por laparoscopia (por ejemplo Nissen, Toupet)	76.50
43234	Gastroscoopia	16.60
43239	Panendoscopia con biopsia única o múltiple	16.60
43246	Panendoscopia con colocación dirigida de sonda percutánea de gastrostomía	23.20
43243	Panendoscopia con escleroterapia para várices esofágicas y/o gástricas	23.20
43250	Panendoscopia con extracción de pólipos, tumores u otras lesiones con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar	23.20
43235	Panendoscopia diagnóstica	16.60
Endoscopia del intestino delgado y estómago		
44376	Endoscopia de intestino delgado, de la segunda porción de duodeno, incluyendo íleon, con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado.	16.60

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
44364	Endoscopia del intestino delgado (excepto íleon) con extirpación de tumor(s), pólipo(s), u otras lesiones mediante técnica con asa	18.20
44363	Endoscopia del intestino delgado (excepto íleon) con extracción de cuerpo extraño.	16.60
44361	Endoscopia del intestino delgado (excepto íleon) con biopsia única o múltiple	16.60
44377	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción de duodeno, incluyendo íleon con biopsia única o múltiple.	19.10
44360	Endoscopia del intestino delgado, hasta la segunda porción de duodeno, no incluye íleon; con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado	16.60
44372	Endoscopia del intestino delgado (excepto íleon) con colocación de tubo percutáneo de yeyunostomía.	16.60
44366	Endoscopia del intestino delgado (excepto íleon) con control de sangrado, mediante cualquier método	18.20
44500	Introducción de sonda gastrointestinal larga, (ejemplo Miller-Abbott).	16.60
Endoscopia, proctosigmoidoscopia, sigmoidoscopia, colonoscopia		
45820	Cierre de fístula rectouretral	60.60
45800	Cierre de fístula rectovesical	60.60
45380	Colonoscopia con biopsia, única o múltiple	21.20
45382	Colonoscopia con control de sangrado, por cualquier método	21.20
45384	Colonoscopia con extracción de tumor(s), pólipo(s), u otra lesión, con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar	23.30
45378	Colonoscopia flexible, proximal al ángulo esplénico, con o sin toma de muestra mediante cepillado o lavado, con o sin descompresión del colon	19.30
45500	Proctoplastia por estenosis	37.90
45305	Proctosigmoidoscopia con biopsia, única o múltiple	11.10
45307	Proctosigmoidoscopia con extracción de cuerpo extraño	11.10
45308	Proctosigmoidoscopia con extracción de tumor único, pólipo u otra lesión con pinza de electrocoagulación o cauterio bipolar	11.10
45315	Proctosigmoidoscopia con extracción de tumores múltiples, pólipos u otras lesiones con pinza de biopsia de electrocoagulación, cauterio bipolar o técnica de asa	12.20
45300	Proctosigmoidoscopia, rígida, con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado	11.10
45900	Reducción de prolapso rectal (manipulación bajo anestesia)	37.90
45560	Reparación de rectocele	37.90
45331	Sigmoidoscopia con biopsia única o múltiple	11.10
45332	Sigmoidoscopia con extracción de cuerpo extraño	11.10
45333	Sigmoidoscopia con extracción de tumor(s), pólipo(s) u otras lesiones, con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar	22.30
45330	Sigmoidoscopia, flexible; diagnóstica con o sin toma de muestra(s) mediante cepillado o lavado	11.10
Epididimo		
54800	Biopsia de epididimo; con aguja	7.80
54861	Epididimectomía bilateral	48.40
54860	Epididimectomía unilateral	31.80
54840	Excisión de espermatocoele, con o sin epididimectomía	32.40
54830	Excisión de lesión local de epididimo	21.70

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
54820	Exploración de epididimo, con o sin biopsia	13.30
54700	Incisión y drenaje de epididimo, testículo y bolsa escrotal (por ejemplo absceso o hematoma)	19.10
Escroto		
55100	Drenaje de absceso en escroto	12.10
55175	Escrotoplastia	26.40
55150	Resección de escroto	18.60
Estómago		
43605	Biopsia de estómago por laparotomía	54.20
43760	Cambio de sonda de gastrostomía	5.60
43880	Cierre de fístula gastrocólica	46.40
43870	Cierre de gastrostomía	34.10
43750	Colocación percutánea de sonda de gastrostomía	24.30
43610	Excisión local de úlcera o tumor benigno de estómago	46.40
43611	Excisión por tumor maligno de estómago	77.50
43621	Gastrectomía con reconstrucción tipo Y de Roux	92.90
43632	Gastrectomía parcial con gastroyeyunoanastomosis	89.90
43631	Gastrectomía parcial, distal con gastroenteroanastomosis	91.90
43638	Gastrectomía parcial, proximal por vía torácica o abdominal incluyendo esófago-gastrostomía, con vagotomía	92.90
43639	Gastrectomía parcial, proximal por vía torácica o abdominal, incluyendo esófago-gastrostomía con piloroplastia o piloromiotomía	92.90
43620	Gastrectomía total con esófagoenterostomía	81.20
43810	Gastroduoanastomosis	62.20
43840	Gastrorrafia, sutura de úlcera gástrica o duodenal perforada; por herida o lesión	58.10
43831	Gastrostomía neonatal para alimentación	62.20
43832	Gastrostomía permanente, con construcción de tubo gástrico	81.20
43830	Gastrostomía temporal	46.40
43500	Gastrotomía con exploración o extracción de cuerpo extraño	46.40
43501	Gastrotomía con sutura de úlcera sangrante o laceración	77.50
43825	Gastroyeyunoanastomosis con vagotomía, de cualquier tipo	92.90
43820	Gastroyeyunoanastomosis sin vagotomía	62.20
43520	Piloromiotomía (técnica de Fredet-Ramstedt)	51.70
43800	Pilorooplastia	51.10
43635	Vagotomía con Gastrectomía parcial distal	81.20
43640	Vagotomía incluyendo piloroplastia, con o sin gastrostomía	81.20
Faringe, adenoides y amígdalas		
42821	Adenoamigdalectomía en mayores de 12 años	50.00
42820	Adenoamigdalectomía en menores de 12 años	46.50
42830	Adenoidectomía primaria en menores de 12 años de edad	37.30
42826	Amigdalectomía en mayores de 12 años	40.00
42825	Amigdalectomía, en menores de 12 años	42.40
42804	Biopsia de nasofaringe, lesión visible	7.50

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
42800	Biopsia de orofaringe	7.50
42960	Control de hemorragia orofaríngea primaria o secundaria; simple (por ejemplo hemorragia postamigdalectomía)	29.40
42808	Excisión o destrucción de lesión faríngea cualquier método	9.20
42809	Extracción de cuerpo extraño en faringe	7.50
42890	Faringectomía conservadora	60.40
42700	Incisión y drenaje de absceso; periamigdalino	18.80
Fémur (muslo) y rodilla		
27310	Artrotomía de rodilla (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño)	31.10
27334	Artrotomía de rodilla con sinovectomía; anterior o posterior	54.00
27330	Artrotomía de rodilla con toma de biopsia	31.10
27340	Excisión de bursa prerrotuliana	27.70
27345	Excisión de quiste sinovial de hueso poplíteo (por ejemplo quiste de Baker)	37.90
27355	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de fémur	28.00
27305	Fasciotomía, iliotibial (abierta)	28.00
27303	Incisión profunda con apertura de corteza ósea (ejemplo para osteomielitis o absceso en hueso) en fémur o rodilla	28.00
27333	Menisectomía medial y lateral, cualquier método	54.90
27332	Menisectomía medial o lateral (artrotomía con excisión de cartílago semilunar) cualquier método	51.20
27315	Neurectomía de músculo de la corva (por ejemplo del hueso poplíteo)	38.60
27320	Neurectomía poplitea (gemelos)	38.60
27350	Patelectomía o hemipatelectomía	51.20
27329	Resección radical de tumor (por ejemplo neoplasia maligna) de tejidos blandos de muslo o rodilla	38.60
Férulas		
29505	Aplicación de férula larga en pierna (de muslo a tobillo o dedos)	2.90
29515	Aplicación de férula corta en pierna (de pantorrilla a pie)	2.90
Fractura/luxación de antebrazo y muñeca		
25505	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio, con manipulación	14.60
25515	Reducción abierta de fractura de diáfisis de radio, con o sin material de osteosíntesis	43.40
25520	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio con luxación de articulación radio-cubital distal (fractura/luxación Galeazzi)	18.80
25535	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de cúbito, con manipulación	14.60
25545	Reducción abierta de fractura de diáfisis de cúbito con o sin material de osteosíntesis	43.40
25565	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio y cúbito, con manipulación	20.70
25574	Reducción abierta de fractura de diáfisis de radio y cúbito, con material de osteosíntesis	43.40
25605	Reducción cerrada de fractura distal del radio o separación epifisiaria con o sin fractura de estiloides cubital, con manipulación (por ejemplo fractura de Colles o Smith)	19.60
25611	Reducción cerrada de fractura distal del radio (por ejemplo Colles o Smith) con fijación esquelética percutánea, con manipulación, con o sin material de osteosíntesis	34.80
25620	Reducción abierta de fractura distal del radio (por ejemplo Colles o Smith) o separación epifisiaria con o sin fractura de apofisis estiloides cubital, con o sin material de osteosíntesis	43.40

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
25624	Reducción cerrada de fractura de escafoides carpal (navicular), con manipulación	12.30
25628	Reducción abierta de fractura de escafoides carpal, con o sin material de osteosíntesis	34.80
25635	Reducción cerrada de fractura de huesos del carpo (excepto escafoides); con manipulación	12.30
25645	Reducción abierta de fractura de huesos del carpo (excepto escafoides)	34.80
25660	Reducción cerrada de luxación radio-carpal o intercarpal de uno o más huesos, con manipulación	12.30
25670	Reducción abierta de luxación radio-carpal o intercarpal uno o más huesos	34.80
25675	Reducción cerrada de luxación radiocubital distal con manipulación	12.30
25676	Reducción abierta de luxación radiocubital aguda o crónica	34.80
25680	Reducción cerrada de luxación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar, con manipulación	14.50
25685	Reducción abierta de luxación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar	35.50
25690	Reducción cerrada de luxación de semilunar, con manipulación	14.50
25695	Reducción abierta de luxación de semilunar	35.50
Fractura/luxación de hombro		
23800	Artródesis de articulación glenohumeral	60.80
23920	Desarticulación de hombro	60.80
23515	Reducción abierta de fractura clavicular con o sin material de osteosíntesis	40.30
23616	Reducción abierta de fractura de húmero proximal con colocación de prótesis	64.20
23615	Reducción abierta de fractura de húmero proximal, con o sin material de osteosíntesis, con o sin reparación de tuberosidades	55.30
23585	Reducción abierta de fractura escapular, con o sin material de osteosíntesis	40.30
23550	Reducción abierta de luxación acromioclavicular aguda o crónica	30.70
23660	Reducción abierta de luxación aguda de hombro	45.80
23530	Reducción abierta de luxación esternoclavicular aguda o crónica	30.70
23505	Reducción cerrada de fractura clavicular (con manipulación)	19.00
23605	Reducción cerrada de fractura de húmero proximal con manipulación, con o sin tracción esquelética	20.10
23575	Reducción cerrada de fractura escapular, con manipulación con o sin tracción esquelética (con o sin afección de articulación de hombro)	23.20
23545	Reducción cerrada de luxación acromioclavicular (con manipulación)	15.40
23655	Reducción cerrada de luxación de hombro (manipulación) incluye anestesia	14.00
23650	Reducción cerrada de luxación de hombro, con manipulación sin anestesia	16.90
23525	Reducción cerrada de luxación esternoclavicular con manipulación	30.70
Fractura/luxación de húmero y codo		
24900	Amputación de brazo	43.40
24800	Artródesis de codo	47.50
24935	Elongación de muñón de brazo	23.90
24665	Reducción abierta de fractura de cabeza y cuello de radio, con o sin material de osteosíntesis o excisión de cabeza de radio	47.50
24666	Reducción abierta de fractura de cabeza y cuello de radio, con reemplazo protésico de cabeza de radio	63.40

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
24579	Reducción abierta de fractura de condilo humeral medial o lateral, con o sin material de osteosíntesis	47.50
24685	Reducción abierta de fractura de cúbito proximal (olecranon) con o sin material de osteosíntesis	38.20
24515	Reducción abierta de fractura de diáfisis de húmero, con material de osteosíntesis, con o sin cerclaje	47.50
24516	Reducción abierta de fractura de diáfisis humeral con colocación de implante intramedular, con o sin cerclaje y/o tornillos	47.50
24575	Reducción abierta de fractura epicondilea medial o lateral de húmero con o sin material de osteosíntesis	47.50
24635	Reducción abierta de fractura luxación de codo tipo Monteggia con o sin material de osteosíntesis	47.50
24546	Reducción abierta de fractura supracondilea o transcondilea de húmero, con o sin material de osteosíntesis	47.50
24586	Reducción abierta de fractura y/o luxación del codo	47.50
24615	Reducción abierta de luxación de codo, aguda o crónica	30.70
24655	Reducción cerrada de fractura de cabeza y cuello de radio, con manipulación	14.10
24675	Reducción cerrada de fractura de cúbito proximal (olecranon) con manipulación	14.90
24505	Reducción cerrada de fractura de diáfisis humeral, con manipulación con o sin tracción esquelética	23.90
24535	Reducción cerrada de fractura de húmero supracondilea o transcondilea, con manipulación, con o sin tracción esquelética	28.00
24620	Reducción cerrada de fractura luxación de codo tipo Monteggia (fractura proximal de cúbito con luxación de cabeza de radio)	17.10
24605	Reducción cerrada de luxación de codo; con anestesia	19.60
24640	Reducción cerrada de subluxación de cabeza de radio en niño (codo de niñera)	14.10
Fractura/luxación pelvis y cadera		
27284	Artródesis de articulación de la cadera (incluye obtención del injerto)	72.70
27286	Artródesis de articulación de la cadera con Osteotomía subtrocanterica	99.70
27295	Desarticulación de cadera	72.70
27216	Fijación esquelética percutánea de fractura y/o luxación de cintura pélvica posterior (incluyendo, articulación sacroilíaca y sacro)	62.20
27235	Fijación esquelética percutánea, de fractura no desplazada de extremo proximal de fémur	30.30
27202	Reducción abierta de fractura de coxis	28.30
27236	Reducción abierta de fractura de extremo proximal de fémur, con material de osteosíntesis o reemplazo con prótesis	121.90
27248	Reducción abierta de fractura de trocanter mayor, con o sin material de osteosíntesis	72.70
27245	Reducción abierta de fractura femoral inter, peri o subtrocanterica; con implante intramedular	72.70
27244	Reducción abierta de fractura inter, peri o subtrocanterica; con implante de placa y tornillos, con o sin cerclaje	72.70
27217	Reducción abierta de fractura y/o luxación de anillo pelviano anterior con fijación interna (incluye sinfisis y ramás del pubis)	72.70
27227	Reducción abierta de fracturas acetabulares que compromete la columna anterior o posterior o una fractura transversal de acetabulo con material de osteosíntesis	121.90

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
27215	Reducción abierta de fracturas de espinas iliacas, avulsión de tuberosidad o cresta iliaca, con fijación interna	57.40
27254	Reducción abierta de luxación traumática de cadera, con fractura de pared acetabular y cabeza de fémur con o sin material de osteosíntesis	72.70
27253	Reducción abierta de luxación traumática de cadera, sin material de osteosíntesis	37.90
27240	Reducción cerrada de fractura femoral, peritrocanterica, o subtrocanterica, con manipulación, con o sin tracción de piel o esquelética	30.30
27232	Reducción cerrada de fractura femoral; con manipulación; con o sin tracción esquelética	30.30
27252	Reducción cerrada de luxación traumática de cadera, con anestesia	25.50
27194	Tratamiento cerrado de fractura del anillo pelviano, luxación, diástasis o subluxación, con manipulación	27.60
Fractura/luxación de mano y dedos		
26608	Fijación esquelética percutánea de fractura metacarpiana; cada hueso	28.30
26650	Fijación esquelética percutánea de fractura-luxación carpometacarpiana de pulgar (fractura de Bennet)	28.30
26676	Fijación esquelética percutánea de fractura-luxación carpometacarpiana; excepto dedo pulgar	28.30
26706	Fijación esquelética percutánea de luxación metacarpofalángica, con manipulación	13.40
26685	Reducción abierta de luxación carpometacarpiana; excepto dedo pulgar (fractura de Bennet), con o sin material de osteosíntesis	38.60
26746	Reducción abierta de fractura articular que involucra articulaciones metacarpofalángica o interfalángica, con o sin material de osteosíntesis	31.80
26735	Reducción abierta de fractura de diáfisis de falange proximal o media, dedo o pulgar; con o sin material de osteosíntesis	24.20
26665	Reducción abierta de fractura luxación carpometacarpiana de pulgar, (fractura de Bennet) con o sin material de osteosíntesis	46.40
26615	Reducción abierta de fractura metacarpiana, con o sin material de osteosíntesis	42.30
26785	Reducción abierta de luxación de articulación interfalángica, con o sin material de osteosíntesis	15.70
26715	Reducción abierta de luxación metacarpofalángica, con o sin material de osteosíntesis	31.10
26645	Reducción cerrada de fractura- luxación carpometacarpiana de pulgar, con manipulación (fractura de Bennet)	13.40
26725	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de falange proximal o media, de dedo o pulgar; con manipulación, con o sin tracción esquelética	9.80
26755	Reducción cerrada de fractura de falange distal, dedo o pulgar, con manipulación	8.30
26670	Reducción cerrada de fractura luxación carpometacarpiana, (excepto dedo pulgar), con manipulación	13.40
26605	Reducción cerrada de fractura metacarpiana, con manipulación; cada hueso	12.30
26770	Reducción cerrada de luxación interfalángica, con manipulación	6.60
26700	Reducción cerrada de luxación metacarpofalángica, con manipulación	9.80
Fractura/luxación de pie		
28436	Fijación esquelética percutánea de fractura de astrágalo con manipulación	26.60
28406	Fijación esquelética percutánea de fractura de calcáneo con manipulación	26.60
28420	Reducción abierta de fractura de calcáneo, con injerto óseo (incluye obtención de injerto)	38.60

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
28455	Reducción de fractura de huesos tarsales (excepto astrágalo y calcáneo) con manipulación	18.20
28445	Reducción abierta de fractura de astrágalo con o sin material de osteosíntesis	38.60
28415	Reducción abierta de fractura de calcáneo, con o sin material de osteosíntesis	38.60
28465	Reducción abierta de fractura de huesos tarsales (excepto astrágalo y calcáneo), con o sin material de osteosíntesis	38.60
28485	Reducción abierta de fractura metatarsal con o sin material de osteosíntesis	28.00
28435	Reducción cerrada de fractura de astrágalo, con manipulación	18.20
28405	Reducción cerrada de fractura de calcáneo con manipulación	18.20
28515	Reducción cerrada de fractura de falange o falanges, con manipulación (excepto 1er. dedo)	10.20
28475	Reducción cerrada de fractura metatarsal, con manipulación	8.60
28605	Reducción cerrada de luxación de articulación tarsometatarsiana, con anestesia	18.20
Fractura/luxación de pierna (tibia y peroné) y tobillo		
27870	Artródesis de tobillo por cualquier método	44.70
27871	Artródesis tibioperonéa, proximal o distal	44.70
27756	Fijación esquelética percutánea de fractura de la diáfisis tibial (con o sin fractura de peroné)	36.50
27814	Reducción abierta de fractura bimalleolar de tobillo con o sin material de osteosíntesis	56.00
27758	Reducción abierta de fractura de diáfisis tibial (con o sin fractura de peroné) con material de osteosíntesis	44.70
27826	Reducción abierta de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga (solo de peroné)	44.70
27766	Reducción abierta de fractura de maleolo medial, con o sin material de osteosíntesis	44.70
27792	Reducción abierta de fractura de peroné distal (maleolo lateral) con o sin material de osteosíntesis	50.90
27784	Reducción abierta de fractura de peroné proximal o diafisiario, con o sin material de osteosíntesis	48.50
27848	Reducción abierta de luxación de tobillo, con o sin fijación percutánea, con material de osteosíntesis, con corrección o fijación interna/externa	38.90
27832	Reducción abierta de luxación tibioperonéa proximal, con o sin material de osteosíntesis o con excisión de peroné proximal	38.90
27810	Reducción cerrada de fractura bimalleolar de tobillo (con manipulación)	18.50
27808	Reducción cerrada de fractura bimalleolar de tobillo (incluyendo fractura de Pott), sin manipulación	18.50
27752	Reducción cerrada de fractura de diáfisis tibial (con o sin fractura de peroné), con manipulación, con o sin tracción	22.90
27825	Reducción cerrada de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga axil (con manipulación/tracción)	18.50
27762	Reducción cerrada de fractura de maleolo medial, con manipulación, con o sin tracción	16.80
27781	Reducción cerrada de fractura de peroné proximal o diafisiario, con manipulación	25.20
27788	Reducción cerrada de fractura de peroné distal (maleolo lateral) con manipulación	18.50
27831	Reducción cerrada de luxación de articulación tibioperonéa proximal, con anestesia	18.50
27842	Reducción cerrada de luxación de tobillo con anestesia, con o sin tracción esquelética, con anestesia	16.80

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
Fractura/luxación de fémur y rodilla		
27580	Artródesis de rodilla	70.00
27506	Reducción abierta de fractura de diáfisis de fémur, con o sin material de osteosíntesis	55.30
27540	Reducción abierta de fractura de espinas intercondíleas y/o de fractura de tuberosidades de la rodilla	57.00
27511	Reducción abierta de fractura de fémur supra o transcondilea, con o sin material de osteosíntesis	55.30
27513	Reducción abierta de fractura de fémur supra o transcondilea, con extensión intercondílea, con o sin material de osteosíntesis	64.90
27524	Reducción abierta de fractura de rótula, con material de osteosíntesis y/o rotulectomía parcial o completa y reparación de tejidos blandos	57.00
27535	Reducción abierta de fractura de tibia proximal con o sin material de osteosíntesis	43.40
27514	Reducción abierta de fractura femoral en tercio distal, condilo medial o lateral, con o sin material de osteosíntesis	64.90
27556	Reducción abierta de luxación de rodilla con o sin material de osteosíntesis, sin reparación de ligamentos	46.80
27557	Reducción abierta de luxación de rodilla, con o sin material de osteosíntesis, con reparación de ligamento	58.10
27566	Reducción abierta de luxación de rótula, con o sin rotulectomía parcial o total	46.80
27519	Reducción abierta de separación epifisiaria femoral distal, con o sin material de osteosíntesis	68.00
27517	Reducción cerrada de epifisiolisis femoral distal, con manipulación con o sin tracción de piel o esquelética	24.40
27503	Reducción cerrada de fractura de fémur supra o transcondilea, con manipulación, con o sin tracción	26.80
27502	Reducción cerrada de fractura de la diáfisis femoral (con manipulación con o sin tracción)	29.50
27520	Reducción cerrada de fractura de rótula sin manipulación	12.30
27510	Reducción cerrada de fractura femoral en tercio distal, condilos medial o lateral, con manipulación	26.80
27538	Reducción cerrada de fractura intercondilar y/o tuberosidad de la rodilla, con o sin manipulación	13.10
27532	Reducción cerrada de fractura tibial, con o sin manipulación, con tracción esquelética	13.10
27552	Reducción cerrada de luxación de rodilla, con anestesia	16.60
27562	Reducción cerrada de luxación de rótula con anestesia	14.80
Fractura/luxación de cara		
21356	Reducción abierta de fractura con hundimiento de arco cigomático (por ejemplo técnica de Gilles)	66.90
21360	Reducción abierta de fractura con hundimiento de malar, incluyendo arco cigomático y tripode malar	71.70
21432	Reducción abierta de fractura craneofacial (tipo LeFort III), con material de osteosíntesis	74.50
21436	Reducción abierta de fractura craneofacial, complicada, con fijación y con injerto óseo (incluye obtención del injerto)	77.20
21346	Reducción abierta de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort II); con fijadores	58.10
21348	Reducción abierta de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort II), con injerto óseo (incluye obtención de injerto)	66.90

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
21385	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita, "por estallido"; abordaje por antrostomía (tipo Caldwell-Luc)	71.70
21387	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita, "por estallido"; abordaje combinado	71.70
21390	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita "por estallido", con implante o con injerto	77.20
21343	Reducción abierta de fractura deprimida de seno frontal	49.20
21470	Reducción abierta de fractura mandibular complicada, con material de osteosíntesis y fijación interdental	49.50
21339	Reducción abierta de fractura nasomaxilar, con fijación externa	49.20
21422	Reducción abierta de fractura palatal o maxilar (tipo LeFort I)	54.00
21490	Reducción abierta de luxación temporo-mandibular	49.50
21480	Reducción cerrada de luxación temporo-mandibular, inicial o subsecuente	42.00
Ganglios y vasos linfáticos		
38505	Biopsia con aguja, de ganglios linfáticos superficiales	10.90
38525	Biopsia de ganglios axilares profundos	23.20
38510	Biopsia o escisión de ganglios cervicales profundos	15.50
38500	Biopsia o escisión de ganglios linfáticos superficiales	15.50
38740	Linfadenectomía axilar superficial	38.60
38720	Linfadenectomía cervical	38.60
38760	Linfadenectomía inguino femoral, incluyendo ganglio de Cloquet	38.60
38770	Linfadenectomía pélvica, incluyendo ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadores	77.50
38790	Linfangiografía	15.50
38308	Linfangiometomía u otras cirugías de canales linfáticos	23.20
Globo ocular		
65105	Enucleación del ojo con implante, con músculos unidos al implante	43.20
65103	Enucleación del ojo con implante, sin músculos unidos al implante	39.30
65101	Enucleación del ojo sin implante	37.20
65093	Evisceración del ojo con implante	28.30
65091	Evisceración del ojo sin implante	27.50
65110	Excenteración de la órbita (no incluye injerto)	55.00
65222	Extracción de cuerpo extraño en córnea usando lámpara de hendidura	3.90
65260	Extracción de cuerpo extraño en segmento posterior	39.30
65235	Extracción de cuerpo extraño intraocular localizado en cámara anterior o cristalino	36.50
65210	Extracción de cuerpo extraño subconjuntival o en esclera	7.90
65205	Extracción de cuerpo extraño superficial; en conjuntiva	2.30
65130	Insertión de implante ocular, después de la evisceración, envuelto por la esclerótica	19.60
65270	Reparación de laceración en conjuntiva con o sin laceración de esclera	8.00
65272	Reparación de conjuntiva por laceración sin hospitalización	8.00
65275	Reparación de laceración de córnea sin perforación con o sin extracción de cuerpo extraño	13.30
65280	Corrección de laceración de córnea y/o esclera perforada sin involucrar tejido uveal	34.50
65290	Sutura de herida en músculo extraocular, tendón, y/o cápsula de Tenon	10.20

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
Hígado		
47015	Absceso hepático tratado por laparotomía	49.70
47000	Biopsia de hígado con aguja percutánea	10.20
47100	Biopsia hepática excisión en cuña	51.70
47120	Hepatectomía; lobectomía parcial	91.20
47010	Hepatotomía para drenaje de absceso o quiste, uno o dos tiempos	49.70
47130	Lobectomía derecha de hígado	122.50
47125	Lobectomía izquierda de hígado	122.50
47300	Marsupialización de quiste o absceso de hígado	39.20
Hombro		
23130	Acromioplastia o acromionectomía parcial, con o sin liberación del ligamento coraco-acromial	60.80
23106	Artrotomía con sinovectomía de articulación esternoclavicular, con o sin biopsia	49.20
23105	Artrotomía con sinovectomía de articulación glenohumeral, con o sin biopsia	49.20
23044	Artrotomía de articulación acromioclavicular o esternoclavicular, (exploración, drenaje y/o extracción de cuerpo extraño)	30.70
23040	Artrotomía de articulación glenohumeral, (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño)	30.70
23125	Claviclectomía total	49.20
23140	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escápula	30.70
23145	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escápula con injerto (incluye la obtención del injerto)	37.60
23150	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de región húmero proximal	30.70
23155	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de región húmero proximal con injerto (incluye obtención de injerto)	37.60
23000	Extirpación por cualquier método de depósitos calcáreos subdeltoideos (o intratendinosos)	17.10
23031	Incisión y drenaje de absceso de bolsa sinovial en hombro	17.10
23030	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma en hombro	13.70
23195	Resección de cabeza de húmero	49.20
23200	Resección radical de tumor en clavícula	49.70
23210	Resección radical de tumor en escápula	49.70
23077	Resección radical de tumor maligno en tejido blando de la región del hombro	51.20
23222	Resección radical de tumor óseo de húmero proximal con reemplazo de prótesis	71.70
23220	Resección radical de tumor óseo en húmero proximal	51.20
23174	Secuestrectomía de cabeza a cuello quirúrgico del húmero (ejemplo osteomielitis o absceso óseo)	37.60
23170	Secuestrectomía en clavícula (por ejemplo por osteomielitis o absceso óseo)	37.60
23172	Secuestrectomía en escápula (por ejemplo por osteomielitis o absceso óseo)	37.60
Húmero y codo		
24000	Artrotomía de codo (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño)	24.90
24102	Artrotomía de codo, con sinovectomía	28.00
24076	Excisión de tumor en fascia o intramuscular en brazo o codo	17.10
23931	Incisión y drenaje de absceso en bursa	13.70

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
24077	Resección radical de tumor maligno de tejidos blandos de brazo o codo	38.60
24151	Resección radical de tumor de húmero con injerto, incluye la obtención del injerto	64.90
24152	Resección radical de tumor de radio	64.90
24150	Resección radical de tumor en húmero	64.90
Intestino		
44626	Cierre de enterostomía con resección y anastomosis colorrectal (cirugía de Hartmann)	54.20
44625	Cierre de enterostomía con resección y anastomosis que no sea colorrectal	54.20
44620	Cierre de enterostomía de intestino delgado o grueso	54.20
44640	Cierre de fístula cutáneo-intestinal	54.20
44650	Cierre de fístula enteroenterica o enterocólica	54.20
44661	Cierre de fístula enterovesical con resección de intestino y/o vejiga	92.90
44660	Cierre de fístula enterovesical sin resección de intestino o vejiga	54.20
44605	Colorrafia con colostomía	61.20
44800	Resección de divertículo de Meckel (diverticulectomia) o del conducto onfalomesenterico	52.20
44602	Sutura de intestino delgado por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura (enterorrafia)	68.60
44604	Sutura de intestino grueso por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura; sin colostomía (colorrafia)	68.60
Intestinos		
44145	Colectomía con coloproctoanastomosis	92.90
44143	Colectomía con colostomía y cierre del segmento distal (procedimiento tipo Hartmann)	65.20
44140	Colectomía parcial; con anastomosis	97.90
44155	Colectomía total abdominal, con protectomia con ileostomía	92.90
44150	Colectomía total abdominal, sin protectomia con ileostomía o ilioproctostomia	86.10
44320	Colostomía o cecostomia	61.70
44010	Duodenostomía para exploración, biopsia o remoción de cuerpo extraño	54.30
44120	Enterectomia, resección de intestino delgado; con anastomosis	64.90
44130	Entero-enteroanastomosis (separada de otro procedimiento)	58.10
44005	Enterolisis (liberación de adherencias intestinales)	62.20
44110	Excisión de una o más lesiones de intestino delgado o grueso, sin requerir anastomosis, exteriorizacion o fistulización	62.20
44316	Ileostomía continente (creación de reservorio interno en ilion terminal)	92.90
44310	Ileostomía o yeyunostomía	62.20
44050	Reducción de volvulus, intususcepción, hernia interna por laparotomía	54.30
44340	Revisión de colostomía	19.60
44312	Revisión de ileostomía	19.60
Iris y cuerpo ciliar		
66600	Iridectomía con sección corneoescleral o corneal, para remoción de lesión	21.50
66625	Iridectomía periférica por glaucoma	16.80
66762	Iridoplastia por fotocoagulación una o más sesiones	23.10
66500	Iridotomía, Incisión mediante instrumento cortante	18.20

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
66761	Iridotomía/iridectomía por cirugía con láser (para glaucoma); una o más sesiones	24.30
66680	Reparación de iris y cuerpo ciliar	21.50
Laringe		
31502	Cambio de sonda de traqueotomía, previo establecimiento de vía fistular	7.50
31420	Epiglotidectomía	49.50
31395	Faringolaringectomía, con disección radical de cuello; con reconstrucción	72.70
31390	Faringolaringectomía, con disección radical de cuello; sin reconstrucción	69.70
31500	Intubación endotraqueal, por emergencia	13.00
31370	Laringectomía parcial horizontal (hemilaringectomía)	61.40
31367	Laringectomía subtotal supraglótica sin disección radical de cuello	61.40
31368	Laringectomía subtotal, supraglótica, con disección radical de cuello	72.70
31365	Laringectomía total con disección radical de cuello	72.70
31360	Laringectomía total sin disección radical del cuello	61.40
31300	Laringotomía (tirotomía); con extracción de tumor o laringocele y cordectomía	46.40
Mama		
19100	Biopsia de mama, con aguja trocar	7.20
19101	Biopsia de mama, Incisional	9.40
19126	Excisión de cada lesión mamaria adicional, identificadas por marcadores radiológicos	10.70
19112	Excisión de fístula de conducto lactífero	13.40
19125	Excisión de lesión mamaria, identificada mediante colocación preoperatoria de marcador radiológico (esterotaxia)	28.30
19120	Excisión de quiste, fibroadenoma u otro tumor benigno o maligno, tejido mamario aberrante, lesión de conducto, lesión de pezón o de la areola, en hombre o mujer una o más lesiones	29.60
19272	Excisión de tumor de pared torácica, que compromete costillas con reconstrucción plástica y con linfadenectomía mediastinal	118.40
19271	Excisión de tumor de pared torácica, que compromete costillas, con reconstrucción plástica sin linfadenectomía mediastinal	106.70
19110	Exploración de pezón con o sin Excisión de conducto lactífero solitario o papiloma de conducto lactífero	13.40
19342	Inserción diferida de prótesis de mama, posterior a la mastopexia, masteotomía o cirugía reconstructiva	43.00
19340	Inserción inmediata de prótesis de mama, posterior a la mastopexia, masteotomía o cirugía reconstructiva	43.00
19160	Mastectomía parcial	42.50
19162	Mastectomía parcial con lifadenectomia axilar	69.70
19140	Mastectomía por ginecomastia (hombres)	39.20
19240	Mastectomía radical modificada, con linfadenectomía axilar, con o sin músculo pectoral menor	100.70
19200	Mastectomía radical, incluyendo músculos pectorales y ganglios linfáticos axilares	110.81
19220	Mastectomía radical, incluyendo músculos pectorales y ganglios linfáticos axilares y mamaros internos	106.70
19180	Mastectomía simple, completa	57.40

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
19182	Mastectomía subcutánea	57.40
19020	Matotomía con exploración o drenaje de absceso profundo	12.00
19001	Punción aspirativa de cada quiste adicional de mama	1.00
19000	Punción y aspiración de quiste mamario	7.20
19350	Reconstrucción de areola/pezón	28.30
19367	Reconstrucción de mama con colgajo miocutáneo transversal del recto del abdomen, incluyendo cierre de zona donante	99.60
19357	Reconstrucción de mama, directa o diferida con expansor tisular, incluye expansión subsecuente	91.20
Manos y dedos		
26535	Artroplastia de articulación interfalángica	31.10
26530	Artroplastia de articulación metacarpofalángica	31.10
26070	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño; en articulación carpometacarpiana	28.70
26075	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño articulación metacarpofalángica	28.70
26080	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño; en articulación interfalángica	28.70
26100	Artrotomía para biopsia sinovial; articulación carpometacarpal	28.70
26525	Capsulotomía interfalángica; cada articulación	26.30
26560	Corrección de sindactilia, con colgajos de tejidos	62.20
26160	Excisión de lesión en tendón o cápsula (por ejemplo quiste o ganglión) de mano o dedo	15.70
26180	Excisión de tendón flexor de dedos	15.70
26170	Excisión de tendón flexor en palma	15.70
26115	Excisión de tumor o malformación vascular subcutánea en manos o dedos	17.80
26116	Excisión de tumor o malformación vascular subfascial, intramuscular, en mano o dedo	17.80
26123	Fasciectomía palmar parcial con liberación de un dedo incluyendo la articulación interfalángica proximal, con o sin Z-plastia o injerto cutáneo (incluye obtención del injerto)	38.90
26121	Fasciectomía, únicamente palmar, con o sin Z-plastia o injerto de piel (incluye obtención de injerto)	24.90
26037	Fasciotomía descompresiva de la mano	24.90
26040	Fasciotomía palmar (ejemplo contractura de Dupuytren), percutánea	24.90
26045	Fasciotomía palmar abierta	24.90
26597	Liberación de contractura cicatrizal, de flexor o extensor, con injertos cutáneos, colgajos de reorganización o Z-plastia, mano y/o dedo	46.40
26055	Liberación de tendón por dedo en gatillo	24.90
26565	Osteotomía metacarpiana; cada una	30.70
26550	Pulgarización de un dígito	59.10
26587	Reconstrucción de dígito supernumerario (polidactilia)	38.90
26546	Reconstrucción por falta de consolidación metacarpiana o falángica (incluye obtención de injerto con o sin material de osteosíntesis)	35.90
26433	Reparación de tendón extensor, inserción distal, sin injerto	28.30
26262	Resección radical de falange distal del dedo (por ejemplo tumor)	19.10

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
26260	Resección radical de falange proximal o media del dedo (por ejemplo tumor)	19.10
26250	Resección radical de metacarpo por tumor	38.90
26117	Resección radical de tumor (ejemplo neoplasia maligna), de tejido blando de mano o dedo	38.60
26130	Sinovectomía de articulación carpometacarpal	37.60
26135	Sinovectomía de articulación metacarpofalángica incluyendo liberación intrínseca y reconstrucción de la caperuza del extensor	49.90
26145	Sinovectomía radical (tenosinovectomía), de tendón flexor de palma y/o dedo	37.60
26445	Tenolisis de tendón extensor de mano o dedo	28.30
26440	Tenolisis de tendón flexor de palma o dedo	28.30
26410	Tenorrafia de tendón extensor en mano, cada tendón; sin injerto	21.90
26455	Tenotomía de flexor de dedo	28.30
26460	Tenotomía del extensor de mano o dedo	28.30
26450	Tenotomía del flexor en palma	28.30
26497	Transferencia tendinosa, para restablecer función intrínseca, dedo anular y meñique	51.20
26498	Transferencia tendinosa, para restablecer función intrínseca; todos los dedos (excepto pulgar)	59.10
Marcapasos y desfibrilador		
33315	Cardiotomía exploradora con bypass (incluye extirpación de cuerpo extraño)	130.40
33310	Cardiotomía exploradora sin derivación (incluye extracción de cuerpo extraño)	79.20
33251	Cirugía para Wolff-Parkinson-White con bypass (ablación de foco arrítmico)	104.20
33250	Cirugía para Wolff-Parkinson-White sin bypass (ablación de foco arrítmico)	92.20
33335	Inserción de injerto, en aorta o grandes vasos con derivación cardiopulmonar	139.30
33330	Inserción de injerto, en aorta o grandes vasos sin cortocircuito o derivación cardiopulmonar	118.50
33200	Inserción de marcapasos permanente con electrodo(s) epicardicos por toracotomía	77.50
33210	Inserción o reemplazo de electrodo cardíaco o catéter marcapaso transvenoso temporal de una sola cámara	17.10
33208	Inserción o reemplazo de un marcapasos permanente auricular y ventricular con electrodos transvenosos (bicameral)	102.10
33206	Inserción o reemplazo de un marcapasos permanente con electrodo transvenoso auricular (unicameral)	58.00
33207	Inserción o reemplazo de un marcapasos ventricular permanente con electrodos transvenosos (unicameral)	57.70
33216	Inserción o reubicación de electrodo transvenoso permanente, posterior a 15 días de la inserción inicial (unicameral)	57.70
33243	Retiro de los conductores (electrodos) del desfibrilador de cardioversión implantable; mediante toracotomía	77.50
33244	Retiro de los conductores (electrodos) del desfibrilador de cardioversión implantable; mediante extracción transvenosa	102.10
33236	Retiro de marcapaso permanente, epicardico por toracotomía	46.40
33322	Sutura de aorta o grandes vasos con bypass	145.10
33320	Sutura de aorta o grandes vasos sin bypass	85.40
33305	Sutura de herida cardiaca con derivación	108.50
33300	Sutura de herida cardiaca sin derivación	108.50

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
Mediastino		
39220	Excisión de tumor mediastinal	124.00
39400	Mediastinoscopia, con o sin biopsia	31.10
39010	Mediastinotomía con exploración, drenaje, extracción de cuerpo extraño o biopsia, por vía torácica	77.50
Músculos extraoculares		
67316	Cirugía de estrabismo con resección de dos o más músculos verticales (excepto oblicuo superior)	45.60
67318	Cirugía de estrabismo con resección de músculo oblicuo superior	47.10
67314	Cirugía de estrabismo con resección de un músculo vertical (excepto oblicuo superior)	39.30
67311	Cirugía de estrabismo con resección de un músculo horizontal	39.30
67312	Cirugía de estrabismo con resección de dos músculos horizontales	46.40
67570	Descompresión de nervio óptico (por ejemplo incisión de la vaina del nervio)	47.10
67420	Orbitotomía con colgajo óseo o ventana, por vía lateral, con extirpacion de lesión	47.10
67414	Orbitotomía con extirpación de hueso para descompresión	51.80
67412	Orbitotomía con extirpacion de lesión	51.80
67400	Orbitotomía sin colgajo óseo (abordaje frontal o transconjuntival) para exploración, con o sin biopsia	35.30
67405	Orbitotomía sin colgajo óseo con drenaje solamente	48.40
67445	Orbitotomía, abordaje lateral, con extirpación de hueso para descompresión	47.10
Nervios somáticos		
64510	Bloqueo de ganglio estelar (simpatico cervical)	6.70
64445	Bloqueo de nervio ciático	6.70
64402	Bloqueo de nervio facial	6.70
64420	Bloqueo de nervio intercostal (uno solo)	6.70
64475	Bloqueo de nervio paravertebral de la faceta articular a nivel lumbar o sacro; un solo nivel	7.70
64400	Bloqueo de nervio trigemino cualquier división o rama	9.60
64408	Bloqueo de nervio vago	6.70
64415	Bloqueo de plexo braquial	6.70
64413	Bloqueo de plexo cervical	6.70
64622	Destrucción por agente neurolítico de nervio de faceta articular paravertebral a nivel lumbar o sacro; un solo nivel	7.90
64613	Destrucción por agente neurolítico de placa neuromuscular de músculos cervicales (por ejemplo torticollis espasmótica)	9.50
64600	Destrucción por agente neurolítico, del nervio trigemino ramás supraorbital, infraorbital, mentoniana o alveolar inferior	9.60
64605	Destrucción por agente neurolítico, del nervio trigemino segunda y tercera ramás a nivel de foramen oval	14.20
64610	Destrucción por agente neurolítico, del nervio trigemino segunda y tercera ramas a nivel de foramen oval bajo monitoreo radiológico	17.30
64721	Neuroplastia y/o transposición de nervio mediano a nivel del tunel carpal	31.60

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
Neurorrafias		
64892	Injerto de nervio de brazo o pierna (incluye obtención del injerto), hasta de 4 cm de longitud	66.60
64886	Injerto de nervio de cabeza o cuello (incluye obtención del injerto) de más de 4 cm de longitud	93.20
64890	Injerto de nervio de mano o pie (incluye obtención del injerto), hasta de 4 cm de longitud	66.60
64885	Injerto de nervios de cabeza o cuello (incluye obtención del injerto); hasta de 4 cm de longitud	86.60
64858	Neurorrafia de nervio ciático	52.00
64836	Neurorrafia de nervio cubital motor (mano o pie)	30.60
64831	Neurorrafia de nervio digital, mano o pie	12.20
64864	Neurorrafia de nervio facial	45.80
64857	Neurorrafia de nervio periférico mayor de brazo o pierna, excepto ciático; sin transposición	30.60
64856	Neurorrafia de nervio periférico mayor, de brazo o pierna, excepto ciático; incluyendo transposición	35.90
64835	Neurorrafia de nervio tenar motor mediano (mano o pie)	25.40
64840	Neurorrafia de nervio tibial posterior	31.90
64862	Neurorrafia de plexo lumbar	49.60
64861	Neurorrafia del plexo braquial	49.00
Oído interno		
69806	Cirugía de saco endolinfático con derivación	54.30
69805	Cirugía de saco endolinfático sin derivación	54.30
69930	Colocación de aparato coclear con o sin mastoidectomía	54.30
69960	Descompresión de canal auditivo interno	54.30
69955	Descompresión y/o reparación de nervio facial (incluye injerto)	54.30
69970	Excisión de tumor de hueso temporal	85.20
69820	Fenestración de canal semicircular	46.40
69910	Laberintectomía con mastoidectomía	46.40
69905	Laberintectomía transconducto	46.40
69801	Laberintotomía con o sin criocirugía u otro procedimiento destructivo no excisional o perfusion con compuestos vestibuloactivos (una o varias perfusiones); transconducto	46.40
69950	Sección de nervio vestibular por vía transcraneal	54.30
69915	Sección de nervio vestibular por vía translaberintica	79.20
Otros Procedimientos de segmento anterior		
67210	Destrucción de lesión localizada en retina con fotocoagulación, una o más sesiones	18.50
67208	Destrucción de lesiones localizadas en retina (ejemplo edema macular, tumores) con crioterapia o diatermia; una o más sesiones	39.50
67228	Tratamiento para retinopatía proliferativa (ejemplo retinopatía diabética), una o más sesiones de fotocoagulación láser o xenon	10.10
Páncreas		
48100	Biopsia abierta de páncreas	47.30
48001	Colocación de drenajes, peripancreáticos con colecistostomía, gastrostomía y yeyunostomía por pancreatitis aguda	92.50

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
48000	Colocación de drenajes, peripancreáticos por pancreatitis aguda	23.20
48510	Drenaje de pseudoquiste de páncreas	43.20
48120	Excisión de lesión de páncreas (por ejemplo quiste, adenoma)	53.60
48140	Pancreatectomía distal, subtotal con o sin esplenectomía, sin pancreáticoyeyunostomía	85.20
48152	Pancreatectomía proximal sin pancreatoyeyunoanastomosis	118.40
48153	Pancreatectomía proximal subtotal con duodenectomía, coledocoenteroanastomosis y duodenoyeyunoanastomosis (procedimiento tipo whipple con conservacion del piloro) con pancreatoyeyunoanastomosis	118.40
48150	Pancreatectomía proximal subtotal con duodenectomía total, Gastrectomía parcial, coledocoenterostomía y gastroyeyuno-anastomosis (procedimiento tipo whipple) con pancreatoyeyunoanastomosis	118.40
48155	Pancreatectomía total	118.40
48005	Resección o desbridamiento de páncreas y tejidos peripancreáticos por pancreatitis necrosante aguda	77.50
Párpados		
68100	Biopsia de conjuntiva	7.70
67810	Biopsia de párpados	4.60
67924	Blefaroplastia amplia para corrección de entropion	32.30
67700	Blefarotomía por drenaje de absceso de párpado	13.60
67950	Cantoplastia	11.10
67715	Cantotomía	2.60
68320	Conjuntivoplastia, con injerto conjuntival	19.60
68326	Conjuntivoplastia, con reconstrucción de fondo de saco, con injerto conjuntival	24.40
67901	Corrección de blefaroptosis (ptosis palpebral)	25.40
67916	Corrección de ectropion con blefaroplastia, con excisión de cuña tarsiana	19.50
67914	Corrección de ectropion mediante sutura	17.30
67923	Corrección de entropion con blefaroplastia, con excisión de cuña tarsiana	24.80
67921	Corrección de entropion mediante sutura	18.50
67820	Corrección de triquiasis, mediante pinzas	3.30
67800	Excisión de chalazion	4.90
68115	Excisión de lesión de conjuntiva de más de 1 cm	12.20
67840	Excisión de lesión de párpado (excepto chalazion) con o sin sutura	9.00
68110	Excisión de lesión en conjuntiva, hasta 1 cm	7.70
67961	Excisión y reparación de párpado, involucrando borde del párpado, tarso, conjuntiva, canto o todo su espesor. Incluye preparación para injerto cutáneo o colgajo pediculado con transferencia de tejido adyacente hasta un cuarto del borde del párpado	27.50
67966	Excisión y reparación de párpado, involucrando borde del párpado, tarso, conjuntiva, canto o todo su espesor. Incluye preparación para injerto cutáneo o colgajo pediculado con transferencia de tejido adyacente de más de un cuarto del borde del párpado	31.40
67930	Sutura de herida reciente en párpado, que involucre borde del párpado, tarso y/o conjuntiva palpebral de espesor parcial	20.10
Pelvis y cadera		
27054	Artrotomía con sinovectomía de la articulación de la cadera	49.50

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
27052	Artrotomía de articulación de la cadera con biopsia	38.60
27050	Artrotomía de articulación sacroilíaca con biopsia	31.10
27030	Artrotomía de cadera con drenaje	38.60
27033	Artrotomía de cadera, incluye exploración, extracción de cuerpo extraño	38.70
27080	Coxigectomía primaria	26.30
27048	Excisión de tumor en pelvis o cadera, subfascial o intramuscular (profundo)	31.10
27025	Fasciotomía muslo o cadera, cualquier tipo	34.80
26990	Incisión y drenaje de hematoma o absceso profundo en pelvis o cadera	24.60
26991	Incisión y drenaje en pelvis o cadera por bursa infectada	24.60
27090	Remoción de prótesis de cadera	57.40
27075	Resección radical de tumor de isquion, ilion, pubis o sínfisis del pubis	38.60
27049	Resección radical de tumor de tejidos blandos de pelvis o cadera (por ejemplo neoplásia maligna)	38.60
27006	Tenotomía abierta de abductores y/o extensores de la cadera	31.80
27005	Tenotomía abierta de flexores de la cadera	31.10
27001	Tenotomía abierta del aductor de cadera	31.10
27003	Tenotomía abierta del aductor, subcutáneo con neurectomía del obturador	31.10
Pie		
28054	Artrotomía con biopsia de la articulación interfalángica	23.90
28052	Artrotomía con biopsia de la articulación metatarsofalángica	23.90
28050	Artrotomía con biopsia sinovial de articulación intertarsal o tarso metatarsal	23.90
28020	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación intertarsal o tarsometatarsal	23.90
28022	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación metatarsofalángica	23.90
28024	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación interfalángica	23.90
28130	Astragalectomía	28.00
28035	Descompresión de nervio tibial posterior (liberación del tunel del tarso)	27.60
28080	Excisión de neuroma interdigital (Morton)	23.90
28045	Excisión de tumor en pie, subfascial o intramuscular	20.10
28100	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno en astrágalo o calcáneo	28.00
28104	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno en tarso o metatarso (excepto astrágalo o calcáneo)	28.00
28150	Falangectomía (cada dedo del pie)	18.80
28060	Fasciectomía plantar parcial	23.90
28008	Fasciectomía de pie y/o dedo	19.10
28001	Incisión y drenaje de bursa infectada de pie	5.90
28140	Metatarsectomía	28.00
28030	Neurectomía (músculos del pie)	46.80
28112	Ostectomía completa de 2°, 3° y 4° cabezas metatarsianas	18.80
28111	Ostectomía completa de cabeza de 1er. metatarsiano	18.80

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
28113	Ostectomía completa de cabeza de 5º metatarsiano	18.80
28110	Ostectomía parcial de cabeza 5º metatarsiano	18.80
28119	Ostectomía por espolon calcáneo con o sin liberación de fascia plantar	28.00
28046	Resección radical de tumor (por ejemplo neoplasia maligna) de tejidos blandos del pie	38.60
28171	Resección radical de tumor del hueso tarsiano (excepto astrágalo o calcáneo)	31.80
28175	Resección radical de tumor óseo del dedo del pie	31.80
28088	Sinovectomía con liberación de tendón extensor de pie	37.90
28086	Sinovectomía con liberación de tendón flexor de pie	37.90
28070	Sinovectomía de articulación intertarsal o tarsometatarsal	36.20
28072	Sinovectomía de articulación metatarsofalángica	31.80
28010	Tenotomía percutánea de dedo del pie, un solo tendón	18.70
28011	Tenotomía percutánea de dedo, varios tendones	18.70
Pierna (tibia y peroné) y tobillo		
27610	Artrotomía de tobillo (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño)	28.00
27625	Artrotomía de tobillo con sinovectomía	37.90
27614	Biopsia subfacial o intramuscular, en pierna o tobillo	13.40
27635	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de tibia o peroné	28.00
27600	Fasciotomía descompresiva en pierna; compartimientos anteriores y/o laterales	24.90
27607	Incisión profunda con apertura de corteza de hueso (por ejemplo para osteomielitis o absceso óseo) en pierna o tobillo	20.10
27604	Incisión y drenaje de absceso de bursa infectada de tobillo	8.20
27615	Resección radical de tumor (por ejemplo neoplasia maligna) de tejidos blandos en pierna o tobillo	38.60
27647	Resección radical de tumor en astrágalo o calcáneo	70.00
27646	Resección radical de tumor en peroné	70.00
27645	Resección radical de tumor en tibia	70.00
27605	Tenotomía percutánea de tendón de Aquiles con anestesia	13.70
Procedimiento post infarto		
33606	Anastomosis de arteria pulmonar a aorta (procedimiento de Damus-Kaye-Stansel)	154.90
33600	Cierre de válvula auriculo-ventricular (mitral o tricúspidea) por sutura o parche	105.50
33602	Cierre de válvula semilunar (aórtica o pulmonar) por sutura o parche	105.50
33610	Corrección de anomalías cardíacas complejas (ejemplo ventrículo único con obstrucción subaórtica)	154.90
33615	Corrección de atresia tricúspidea, por cierre de defecto septal auricular y anastomosis de la aurícula o vena cava a la arteria pulmonar (procedimiento Fontan)	154.90
33619	Corrección de ventrículo único con obstrucción aórtica e hipoplasia de arco aórtico (síndrome de corazón izq. hipoplásico) (por ejemplo procedimiento Norwood)	187.80
33572	Endarterectomía coronaria abierta, cualquier método, realizada en conjunción con el procedimiento de injerto para derivación de arteria coronaria (revascularización o bypass); cada vaso	164.60
33542	Resección miocárdica (ejemplo aneurisectomía ventricular)	110.50

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
Procedimientos de neurologías y neuromusculares		
95925	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos o sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en los miembros torácicos	4.60
95926	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos o sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en los miembros pélvicos	4.60
95927	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos o sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en tronco y cabeza	4.60
95961	Mapeo cortical y subcortical funcional	6.30
Procedimientos diagnósticos		
92235	Angiografía con fluoresceína incluye imágenes en marcos múltiples con interpretación e informe	3.90
92240	Angiografía con verde de indocianina incluye imágenes en marcos múltiples con interpretación e informe	4.20
93545	Angiografía coronaria	48.80
92982	Angioplastia coronaria con balón, un solo vaso	149.20
92230	Angioscopia con fluoresceína, con interpretación e informe	2.50
85095	Aspirado de médula ósea	8.50
92995	Aterectomía percutánea transluminal de las coronarias por método mecánico u otro método con o sin angioplastia con balón, un solo vaso	149.20
93555	Auriculografía y/o ventriculografía (incluye cateterismo)	48.80
93505	Biopsia de endomiocardio	48.80
85102	Biopsia de médula ósea con aguja o trocar	10.90
92960	Cardioversión electiva (arritmia)	10.20
93510	Cateterismo cardíaco de corazón izquierdo desde la arteria braquial, arteria axilar o arteria femoral	48.80
93651	Cateterismo cardíaco con ablación de foco arritmico (estudio electrofisiológico y ablación con catéter)	117.30
93531	Cateterismo cardíaco de corazón derecho y retrogrado izquierdo para dx de anomalías cardíacas congénitas	48.80
93532	Cateterismo cardíaco de corazón derecho y transeptal de corazón izquierdo con o sin cateterización retrógrada para dx de anomalías cardíacas congénitas	30.10
92980	Colocación transcatéter de catéteres dilatadores intracoronarios (stent), con o sin otras intervenciones terapéuticas, un solo vaso	149.20
95819	Electroencefalograma (EEG)	4.40
95860	Electromiografía (una extremidad)	3.90
92270	Electrooculografía con interpretación e informe	3.40
92275	Electrorretinografía con interpretación e informe	3.40
93600	Estudio electrofisiológico por bloqueo del haz de his	48.80
92081	Examen de campo visual uni o bilateral, con interpretación e informe, examen limitado (ejemplo pantalla tangente, Octopus 3 o 7 o equivalente)	2.20
92083	Examen extendido de campos visuales uni o bilateral	2.80

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
92082	Examen intermedio (ejemplo por lo menos dos isópteros en el perímetro Goldmann, prueba de diagnóstico automático supraumbral de Humphrey)	2.20
90935	Hemodiálisis, procedimiento con evaluación médica	4.00
93503	Inserción y colocación de catéter Swan-Ganz para fines de control	14.80
91000	Intubación esofágica y obtención de material, por lavado para citología, incluye la preparación de muestras	11.10
91122	Manometría anorrectal	0.60
91010	Manometría del esófago y/o de unión gastroesofágica	5.00
91011	Manometría esofágica, con estimulante de mecolilo o semejante	5.50
91012	Manometría esofágica, con prueba de perfusion ácida (Bernstein)	5.50
91020	Manometría gástrica	5.50
92265	Oculoelectromiografía de aguja, uno o varios músculos extraoculares, un ojo o ambos con interpretación e informe	3.40
91052	Prueba de análisis gástrico, con estimulante de la secreción gástrica (por ejemplo histamina, insulina, pentagastrina, calcio y secretina)	8.10
91065	Prueba de hidrógeno en aliento (por ejemplo para la detección de deficiencia de lactasa)	5.50
91032	Prueba de reflujo ácido en esófago, con electrodo de pH intraluminal	5.50
91033	Prueba de reflujo acidoprolongada en esófago, con electrodo de pH intraluminal	5.50
92993	Septectomía o septostomía auricular método de bisturi (incluye cateterización cardiaca)	149.20
92992	Septectomía o septostomía auricular, incluye cateterismo	149.20
92977	Trombólisis coronaria por infusión intravenosa	27.70
92986	Valvuloplastia de válvula aórtica, con balón	149.20
92987	Valvuloplastia de válvula mitral, con balón, incluye cateterismo	149.20
92990	Valvuloplastia de válvula pulmonar, con balón	149.20
Procedimientos vasculares		
37160	Anastomosis venosa cava-mesenterica, para descompresión portal	108.50
36821	Anastomosis arteriovenosa, directa	62.20
37140	Anastomosis venosa portocava, para descompresión portal	124.00
37145	Anastomosis venosa reniportal, para descompresión portal	108.50
36010	Colocación de catéter en vena cava superior o inferior	19.60
36488	Colocación de catéter venoso central (subclavia, yugular u otra vena) para presión venosa central, hiperalimentación, hemodiálisis o quimioterapia; percutánea en menores de dos años de edad	7.80
37207	Colocación transcatéter de dilatadores intravasculares por vía abierta (por ejemplo stent, filtros), (excepto coronario)	47.50
37205	Colocación transcatéter de dilatadores intravasculares vía percutánea (excepto coronario)	47.50
36468	Escleroterapia (una o varias inyecciones de soluciones esclerosantes) en extremidad o tronco	3.40
38100	Esplenectomía total	62.20
38115	Esplenorrafia con o sin esplenectomía parcial	62.20
36450	Exsanguineotransfusión en recién nacido	22.10
36530	Inserción de bomba de infusión implantable	19.60

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
36533	Inserción de una vía de acceso venosa con o sin reservorio subcutáneo (porto cath)	25.00
37620	Interrupción, parcial o completa, de vena cava inferior; con sutura, ligadura o clip	62.20
36000	Introducción de catéter venoso	4.80
36145	Introducción de catéter en cortocircuito venoso creado para diálisis (cánula, fistula o injerto)	23.80
37607	Ligadura de angioacceso de fístula arteriovenosa	46.40
37605	Ligadura de arteria carotida interna o primitiva	46.40
37660	Ligadura de iliaca primitiva	37.20
37650	Ligadura de vena femoral	37.20
37565	Ligadura de vena yugular interna	46.40
37618	Ligadura por ruptura postraumática de arteria grande de miembro pélvico o torácico	62.20
37617	Ligadura por ruptura postraumática de arteria grande del abdomen	62.20
37760	Ligadura subfascial o radical de venas perforantes, con o sin injerto cutáneo	77.80
37700	Ligadura y división de vena safena larga a nivel de la unión safenofemoral o Interrupciones distales	37.20
37785	Ligadura, división y/o excisión de venas varicosas, una pierna	37.20
36510	Onfalocclisis	5.60
37735	Safenectomía con excisión radical de úlcera e injerto cutáneo y/o Interrupción de venas comunicantes, con excisión de fascia	69.70
37720	Safenectomía de la vena safena larga o corta	37.20
37730	Safenectomía de vena safena larga y corta	56.10
38230	Toma de médula osea para trasplante	31.10
38241	Trasplante de médula osea autólogo	31.10
38240	Trasplante de médula osea o de células germinales periféricas hemoderivadas; alogénico	31.10
37195	Trombólisis cerebral, mediante infusión intravenosa	27.70
36491	Venodisección (colocación de catéter venoso central) en mayores de 2 años	12.70
36490	Venodisección (colocación de catéter venoso central) en pacientes menores de 2 años	12.70
Próstata		
55700	Biopsia de próstata con aguja o en sacabocado (una sola o varias)	10.90
55705	Biopsia incisional de próstata por cualquier abordaje	10.90
55720	Drenaje de absceso prostático	13.90
55815	Prostatectomía perineal radical con linfadenectomía pélvica bilateral, incluyendo ganglios linfáticos ilíacos externos, hipogástrico y obturadores	63.10
55845	Prostatectomía radical retropúbica con linfadenectomía pélvica bilateral, incluyendo ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadores	88.00
55842	Prostatectomía radical retropúbica con toma de biopsia de nódulo linfático (linfadenectomía pélvica limitada)	69.30
55840	Prostatectomía radical retropúbica, con o sin conservación del nervio	63.10
55821	Prostatectomía radical suprapúbica, uno o dos estadios (incluye control de sangrado postoperatorio, vasectomía, meatotomía, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna)	63.10

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
Pruebas de función audiológica		
92560	Audiometría de Bekesy	2.50
92552	Audiometría de tonos puros (umbral); transmitidos por aire solamente	2.30
92553	Audiometría de tonos puros (umbral); transmitidos por aire y hueso	2.30
92557	Evaluación completa del umbral de audiometría y reconocimiento del habla	2.30
92585	Potenciales evocados auditivos	5.80
92575	Prueba de agudeza neurosensorial	4.50
92543	Prueba vestibular, con registro	1.30
92567	Timpanometría, prueba de impedancia	2.10
Quemadura, tratamiento local		
16035	Escarotomía de lesiones por quemaduras (tratamiento inicial)	42.30
16015	Limpieza y desbridación amplia, inicial o subsecuente, bajo anestesia, para lesiones por quemaduras medianas a grandes (mayor al 9% de la superficie corporal)	10.90
16010	Limpieza y desbridamiento, inicial o subsecuente para lesiones por quemadura pequeñas (hasta el 9% de superficie corporal), bajo anestesia local	5.60
Recto		
45100	Biopsia de pared ano-rectal, abordaje anal	10.70
45000	Drenaje transrectal de absceso pélvico	23.60
45130	Excisión de prolapso rectal, con anastomosis; por vía perineal	40.30
45170	Excisión de tumor rectal, por vía transanal	40.30
45005	Incisión y drenaje de absceso de recto (submucoso)	23.60
45020	Incisión y drenaje de absceso profundo en supraelevador, pelvirrectal o retrorrectal	27.30
45108	Miomectomía anorrectal	38.60
45120	Proctectomía completa por megacolon congénito, abordajes abdominal y perineal con anastomosis (Sweson, Duhamel o Soave)	92.90
45110	Proctectomía completa, combinada abdominoperineal con colostomía	92.90
45111	Proctectomía con resección parcial de recto, abordaje transabdominal	92.90
Reparación de hernias		
49520	Hernioplastia de hernia inguinal recurrente reductible en cualquier edad	46.40
49550	Hernioplastia femoral inicial (reductible) en cualquier edad	45.30
49560	Hernioplastia Incisional o ventral inicial (reductible)	52.10
49507	Hernioplastia inguinal inicial (estrangulada) en mayores de 5 años de edad	51.00
49496	Hernioplastia inguinal inicial (estrangulada) en menores de 6 meses, con o sin hidrocelectomía	46.40
49505	Hernioplastia inguinal inicial (reductible) inicial en mayores de 5 años de edad	46.40
49495	Hernioplastia inguinal inicial (reductible) en menores de 6 meses, con o sin hidrocelectomía	46.40
49501	Hernioplastia inguinal inicial (encarcelada) en niños de 6 meses a 5 años de edad, con o sin hidrocelectomía	46.40
49500	Hernioplastia inguinal inicial (reductible), en niños de 6 meses a 5 años de edad, con o sin hidrocelectomía	46.40
49587	Hernioplastia umbilical (estrangulada) en mayores de 5 años	49.80
49582	Hernioplastia umbilical (estrangulada) en menores de 5 años	46.40

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
49585	Hernioplastia umbilical (reductible) en mayores de 5 años	49.80
49580	Hernioplastia umbilical (reductible) en menores de 5 años	45.30
Reparación, revisión y reconstrucción de pie		
28270	Capsulotomía de articulación metatarsofalángica con o sin tenorrafía	31.10
28290	Corrección de hallux valgus con o sin sesamoidectomía	31.10
28296	Corrección de hallux valgus con osteotomía de metatarsianos	49.50
28302	Osteotomía del astrágalo	41.80
28300	Osteotomía del calcáneo, con o sin material de osteosíntesis	41.80
28344	Reconstrucción de de dedos del pie (polidactilia)	41.80
28225	Tenolisis del extensor del pie	27.00
28220	Tenolisis del flexor del pie	27.00
28200	Tenorrafía de tendón flexor de pie, sin injerto	31.10
28208	Tenorrafía del tendón extensor de pie	31.10
Reparación, revisión y reconstrucción		
27120	Acetabuloplastia (ejemplo tipo Whitman, Colonna, Haygroves)	121.90
27130	Artroplastia con reemplazo total de cadera, con o sin injerto	121.90
27125	Hemiarthroplastia de cadera (por ejemplo tallo femoral protésico, artroplastia bipolar)	121.90
27097	Liberación o resección de tendones de la corva proximal (por ejemplo del hueso poplíteo)	26.30
27179	Osteoplastia de cuello femoral	99.70
27181	Osteotomía y fijación interna de cuello femoral	99.70
27122	Resección de cabeza femoral	99.70
27098	Transferencia del aductor a isquión	38.60
27100	Transferencia del músculo oblicuo externo a trocanter mayor incluyendo la extensión de fascia o tendón	59.10
Reparación, revisión y reconstrucción de antebrazo, muñeca		
25441	Artroplastia con reemplazo prótesis de radio distal	62.20
25332	Artroplastia de muñeca, con o sin material de osteosíntesis	49.60
25320	Capsulorrafia o reconstrucción de muñeca por inestabilidad carpal (incluye sinovectomía, capsulotomía y reducción abierta)	58.10
25360	Osteotomía de cúbito	41.80
25355	Osteotomía de radio tercio medio o proximal	54.30
25365	Osteotomía de radio y cúbito	54.30
25350	Osteotomía de radio; tercio distal	41.90
25274	Reparación de tendón o músculo extensor, con injerto (incluye la obtención del injerto) de antebrazo y/o muñeca	31.10
25270	Reparación de tendón o músculo extensor, de antebrazo o muñeca	23.60
25260	Reparación de tendón o músculo flexor, antebrazo y/o muñeca	25.90
25301	Tenodesis de muñeca extensores de dedos	31.10
25300	Tenodesis de muñeca, flexores de dedos	31.10
25295	Tenolisis, tendón flexor o extensor de antebrazo y/o muñeca	20.10
25290	Tenotomía abierta, tendón flexor o extensor de antebrazo y/o muñeca	31.10
25310	Transferencia de tendón flexor o extensor de muñeca y/o antebrazo	37.20

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
25312	Transferencia de tendón flexor o extensor de muñeca y/o antebrazo con injerto de tendón (incluye obtención de injerto)	37.20
Reparación, revisión y reconstrucción fémur (muslo) y rodilla		
27442	Artroplastia de rodilla (condilos femorales o mesetas tibiales)	84.00
27445	Artroplastia de rodilla, prótesis con bisagras	84.03
27437	Artroplastia de rótula sin prótesis	61.50
27435	Capsulotomía de rodilla	52.90
27450	Osteotomía de fémur, diafisaria o supracondilea con fijación	42.30
27448	Osteotomía de fémur, diafisaria o supracondilea sin fijación	42.30
27430	Plastia de cuádriceps (tipo Bennett o Thompson)	52.90
27427	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, extra-articular	54.90
27428	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, intra-articular	64.90
27429	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, intra-articular y extra-articular	76.20
27420	Reconstrucción por luxación recurrente de rótula (procedimiento tipo Hauser)	52.90
27447	Reemplazo total de rodilla	79.00
27409	Reparación de desgarró de ligamento colateral y cruzado y/o cápsula de rodilla	58.00
27407	Reparación de desgarró de ligamento cruzado y/o cápsula de rodilla	46.40
27405	Reparación de desgarró de ligamentos y/o cápsula de la rodilla colateral	46.40
27385	Sutura de ruptura de cuádriceps o músculos de la corva (por ejemplo de la pantorrilla)	31.10
27380	Tenorráfía de tendón infrapatelar	31.10
27400	Transferencia de tendón o músculo, del hueco poplíteo al fémur	38.60
Reparación, revisión y reconstrucción pierna (tibia y peroné) y tobillo		
27685	Alargamiento o acortamiento de tendón de tobillo o pierna	37.90
27700	Artroplastia de tobillo	53.30
27724	Osteoplastia tibia con injerto iliaco o cualquier otro autoinjerto (incluye obtención del injerto)	69.70
27707	Osteotomía de peroné	28.00
27705	Osteotomía de tibia	28.00
27709	Osteotomía de tibia y peroné	42.00
27650	Reparación de ruptura de tendón de Aquiles	37.90
27695	Sutura de desgarró de ligamento colateral de tobillo (primaria)	37.90
27664	Tenorráfía del extensor de pierna, sin injerto	37.90
27658	Tenorráfía del flexor de pierna sin injerto	37.90
Retina		
67145	Profilaxis de desprendimiento de retina por fotocoagulación (láser o xenon), una o más sesiones	22.30
67110	Tratamiento para desprendimiento de retina con inyección de aire u otro gas (por ejemplo retinopexia neumática)	42.30
67105	Tratamiento para desprendimiento de retina con fotocoagulación, con o sin drenaje de fluido subretinal; una o más sesiones	43.20

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
67108	Tratamiento para desprendimiento de retina con vitrectomía, cualquier método con o sin taponamiento con aire o gas expansivo, fotocoagulación con endoláser focal, crioterapia, fotocoagulación y drenaje de fluido subretinal	71.10
67101	Tratamiento para desprendimiento de retina, con crioterapia o diatermia con o sin drenaje de fluido subretinal, una o más sesiones	25.20
67141	Tratamiento profiláctico de desprendimiento de retina (por ejemplo rotura de retina o por proceso degenerativo) sin drenaje, una o más sesiones; mediante crioterapia o diatermia	31.30
Segmento anterior-córnea		
65410	Biopsia de córnea	12.30
65450	Destrucción de lesión en córnea por crioterapia, fotocoagulación o termocauterización	10.20
65767	Epiqueratofaquia	47.70
65400	Excisión de lesión en córnea, excepto pterigión	12.30
65426	Excisión de pterigión con injerto	29.40
65420	Excisión de pterigión, sin injerto	14.70
65765	Queratofaquia	50.50
65760	Queratomileusis	59.90
65710	Queratoplastia (transplante corneal)	86.10
65730	Queratoplastia penetrante (excepto en afaquia)	85.20
65750	Queratoplastia penetrante en afaquia (transplante de córnea)	85.20
65771	Queratotomía radiada	33.90
Sistema auditivo		
69666	Corrección de fístula de ventana oval	38.60
69667	Corrección de fístula de ventana redonda	38.60
69725	Descompresión de nervio facial incluyendo medial a ganglio geniculado	57.40
69720	Descompresión de nervio facial, intratemporal, lateral a ganglio geniculado	57.40
69020	Drenaje de absceso en conducto auditivo externo	7.80
69660	Estapedectomía con restablecimiento de continuidad de huesecillos propios del oído, con o sin uso de material extraño	63.20
69145	Excisión de lesión de tejido blando de conducto auditivo externo	7.80
69440	Exploración de oído medio a través de Incisión postauricular o por conducto auditivo	38.60
69210	Extracción de cerumen impactado, uni o bilateral	2.90
69205	Extracción de cuerpo extraño en conducto auditivo externo con anestesia general	7.80
69200	Extracción de cuerpo extraño en conducto auditivo externo sin anestesia general	7.80
69502	Mastoidectomía completa	51.60
69511	Mastoidectomía radical	60.40
69501	Mastoidectomía simple	46.40
69620	Miringoplastia (membrana timpánica y región donante)	46.40
69420	Miringotomía, incluyendo aspiración y/o insuflación de conducto de Eustaquio	3.20
69421	Miringotomía, incluyendo aspiración y/o insuflación de conducto de Eustaquio con necesidad de anestesia general	20.00
69676	Neurectomía timpánica	54.30

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
69320	Reconstrucción de conducto auditivo externo por atresia congénita	69.70
69424	Retiro de tubos de ventilación, cuando originalmente fueron colocados por otro Médico	5.90
69745	Sutura de nervio facial intratemporal con o sin injerto o descompresión incluyendo medial a ganglio geniculado	85.20
69740	Sutura de nervio facial, intratemporal, con o sin injerto o descompresión; lateral a ganglio geniculado	69.70
69636	Tímpanoplastia con antrotomía (incluyendo plastia del canal auditivo, aticotomía, cirugía de oído medio) con reconstrucción de huesecillos	58.70
69635	Tímpanoplastia con antrotomía o mastoidotomía (incluyendo plastia de canal auditivo, aticotomía, cirugía de oído medio) sin reconstrucción de huesecillos	58.70
69641	Tímpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio y corrección de la membrana del tímpano) sin reconstrucción de huesecillos	58.70
69642	Tímpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio y corrección de la membrana del tímpano) con reconstrucción de huesecillos	58.70
69632	Tímpanoplastia con reconstrucción de huesecillos	58.70
69631	Tímpanoplastia sin mastoidectomía (incluye plastia de canal auditivo, aticotomía y/o cirugía de oído medio) inicial o subsecuente; sin reconstrucción de huesecillos	46.40
69436	Tímpanostomía (con colocación de tubos de ventilación), bajo anestesia general	17.40
Sistema cardiovascular		
33025	Creación de una ventana pericárdica o resección parcial para drenaje	62.00
33120	Excisión de tumor intracardiaco, resección con derivación cardiopulmonar	108.60
33050	Excisión de tumor o quiste pericardiaco	108.60
33031	Pericardiectomía con derivación cardiopulmonar	108.60
33010	Pericardiocentesis inicial	33.10
33011	Pericardiocentesis subsecuente	33.10
33020	Pericardiotomía para extirpación de coágulo o cuerpo extraño	46.40
Sistema digestivo		
40490	Biopsia de labio	2.90
40808	Biopsia de vestíbulo de boca	2.90
42260	Corrección de fístula nasolabial	27.10
41252	Corrección de laceración de lengua y piso de la boca, mayor de 2.6 cm	15.50
40700	Corrección plástica de labio hendido o deformidad nasal; primaria, parcial o completa (labio leporino)	43.00
40820	Destrucción de lesión o cicatriz en vestíbulo bucal, mediante métodos físicos (láser, termicos, criométodos, quimicos)	3.20
42660	Dilatación y cateterismo de conducto salival, con o sin inyección	6.60
43130	Diverticulectomía de hipofaringe, o esófago con o sin miotomía; por vía cervical	31.60
42300	Drenaje de absceso de parótida	7.70
40800	Drenaje de absceso, quiste o hematoma del vestíbulo de la boca	6.40
43020	Esofagotomía, abordaje cervical, con extirpación de cuerpo extraño	23.20
40819	Excisión de frenillo, labial o bucal (frenumectomía, frenulectomía, frenectomía.)	8.20
42410	Excisión de glándula o tumor de parótida; lóbulo lateral, sin disección del nervio	32.50
42440	Excisión de glándula submaxilar	32.50

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
40812	Excisión de lesión de mucosa y submucosa, del vestíbulo de la boca con reparación simple	5.90
42408	Excisión de quiste salival sublingual (ranula)	15.50
42420	Excisión total de parótida, con disección y preservación del nervio facial	55.00
42325	Fistulización de quiste salival sublingual (ranula)	10.70
41130	Glosectomía - Hemiglosectomía	62.20
42200	Palatoplastia para paladar hendido, de paladar blando y/o duro	41.80
40650	Queiloplastia, reparación de labio todo espesor de la mucosa (bermellón)	9.80
42340	Sialolitotomía de parótida, por vía extraoral o intraoral complicada	32.50
42330	Sialolitotomía; submandibular (submaxilar), sublingual o de parótida, intraoral	10.70
40830	Sutura de laceración del vestíbulo de la boca	4.40
42145	Uvulopalatofaringoplastia	38.70
Sistema endocrino		
60545	Adrenalectomía parcial o completa con excisión de tumor retroperitoneal adyacente	90.00
60540	Adrenalectomía parcial o completa, o exploración de glándula adrenal con o sin biopsia, transabdominal, lumbar o dorsal	90.00
60100	Biopsia de tiroides percutánea	8.90
60280	Excisión de quiste de conducto tirogloso	46.50
60200	Excisión de quiste o adenoma de tiroides o transección del istmo	46.40
60605	Excisión de tumor de cuerpo carotideo, con excisión de arteria carotida	96.20
60600	Excisión de tumor del cuerpo carotideo, sin excisión de arteria carotida	77.50
60000	Incisión y drenaje de quiste tirogloso infectado	3.90
60210	Lobectomía tiroidea parcial, unilateral; con o sin istmosectomía	46.40
60225	Lobectomía tiroidea total con lobectomía subtotal contralateral incluyendo istmosectomía	63.10
60220	Lobectomía tiroidea total unilateral; con o sin istmosectomía	55.70
60500	Paratiroidectomía, o exploración de paratiroides	57.00
60522	Timectomía con esternotomía o vía transtorácica con disección mediastínica radical	90.00
60520	Timectomía, parcial o total vía cervical	77.40
60270	Tiroidectomía incluyendo glándula tiroidea subesternal; por vía transtorácica o esternotomía	71.60
60240	Tiroidectomía total o completa	77.40
60252	Tiroidectomía total o subtotal por malignidad con disección conservadora del cuello	80.80
60254	Tiroidectomía total o subtotal por malignidad con disección radical de cuello	96.10
Sistema genital femenino		
56605	Biopsia de vulva o perine	2.90
56740	Excisión de quiste o de glándula de Bartholin	14.60
56420	Incisión y drenaje de absceso de glándula de Bartholin	6.60
56405	Incisión y drenaje de absceso vulvar o perineal	8.30
56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholin	14.60
56810	Perineoplastia (no obstétrico)	31.00
56620	Vulvectomía parcial	24.70
56625	Vulvectomía completa	24.80

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
56631	Vulvectomía radical (parcial) con linfadenectomía inguinofemoral unilateral	49.50
56632	Vulvectomía radical (parcial) con linfadenectomía inguinofemoral bilateral	81.60
56633	Vulvectomía radical completa	60.20
56637	Vulvectomía radical completa con linfadenectomía inguinofemoral bilateral	81.60
56634	Vulvectomía radical completa con linfadenectomía inguinofemoral unilateral	75.10
56640	Vulvectomía radical completa con linfadenectomía inguinofemoral iliaca y pélvica	88.20
Sistema genital masculino		
54125	Amputación completa de pene	42.60
54161	Circuncision con dispositivo o con corte dorsal (excepto en recién nacido)	23.20
54304	Cirugía plástica del pene para corrección de encordamiento o para primer estadio de corrección de hipospadias con o sin trasplante de prepucio y/o colgajos cutáneos	49.90
54401	Colocación de prótesis peneana (inflable)	53.30
54400	Colocación de prótesis peneana (no inflable)	40.40
54380	Corrección de epispadias distales al esfínter externo	39.10
54430	Cortocircuito de cuerpos cavernosos con cuerpo esponjoso (cirugía para priapismo), unilateral o bilateral	37.20
54056	Destrucción de lesiones en pene (por ejemplo condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética) por medio de criocirugía	7.50
54057	Destrucción de lesiones en pene con cirugía láser	7.50
54220	Irrigación de cuerpo cavernoso por priapismo	7.50
54308	Uretroplastia para el segundo tiempo de corrección de hipospadias (incluyendo derivación urinaria)	27.90
Sistema lagrimal		
68510	Biopsia de glándula lagrimal	8.00
68525	Biopsia de saco lagrimal	10.20
68770	Cierre de fístula lagrimal	5.60
68760	Cierre de punto lagrimal por termocauterización, ligadura o cirugía con láser	4.60
68745	Conjuntivorrinostomía (fistulización de conjuntiva a cavidad nasal); sin tubo	33.00
68750	Conjuntivorrinostomía con tubo o catéter dilatador	25.20
68720	Dacriocistorrinostomia (fistulización de saco lagrimal a cavidad nasal)	34.50
68801	Dilatación de punto lagrimal con o sin irrigación	2.80
68500	Excisión de glándula lagrimal (dacrioadenectomía); excepto por tumor	29.80
68520	Excisión de saco lagrimal (dacriocistectomía)	24.20
68540	Excisión de tumor de glándula lagrimal	24.20
68400	Incisión para drenaje de glándula lagrimal	6.40
68420	Incisión para drenaje de saco lagrimal (dacriocistotomía)	4.60
68810	Sondeo de conducto nasolagrimal, con o sin irrigación	4.40
Sistema musculoesquelético		
20605	Artrocentesis, aspiración y/o inyección en articulaciones intermedias, bursa o ganglio (por ejemplo temporomandibular, acromioclavicular, muñeca, codo, tobillo y bolsa de olecranon)	6.30

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
20610	Artrocentesis, aspiración y/o inyección en articulaciones mayores o bursa (por ejemplo hombro, cadera, rodilla, bursa subacromial, etc.)	6.90
20240	Biopsia de hueso con excisión a nivel superficial	15.20
20225	Biopsia de hueso profundo con aguja o trocar (por ejemplo cuerpo vertebral, fémur, etc.)	15.20
20220	Biopsia de hueso superficial con aguja o trocar (por ejemplo esternón, apofisis espinosas, costillas, cráneo)	13.20
20525	Extracción profunda o complicada de cuerpo extraño en músculo o tendón	23.90
20520	Extracción simple de cuerpo extraño en músculo o tendón	15.00
20550	Infiltración en tendón, o ligamento	4.90
20924	Injerto de tendón distal (por ejemplo palmar, extensor de dedo del pie, plantar)	51.20
20816	Reimplante de dedo por amputación completa, incluye articulación metacarpofalángica hasta inserción del tendón flexor superficial, (excepto pulgar)	99.00
20824	Reimplante de dedo pulgar por amputación completa, incluye articulación carpometacarpiana hasta articulación metacarpo falángica	112.70
20680	Retiro de material de osteosíntesis profundo (alambre, clavo, varilla, placa)	36.30
20670	Retiro de material de osteosíntesis superficial	6.09
Sistema nervioso		
61711	Anastomosis, de arterias intracraneales y extracraneales (por ejemplo cerebral media/cortical)	99.00
61702	Cirugía de aneurisma de la circulación vertebro-basilar	121.20
61700	Cirugía de aneurisma intracraneal, por vía intracraneal; circulación carotídea	133.60
61705	Cirugía de aneurisma, malformación vascular o fístula carotideo-cavernoso; mediante oclusión cervical e intracraneal de arteria carotida	131.90
61684	Cirugía de malformación arterio-venosa infratentorial	163.20
61680	Cirugía de malformación arterio-venosa intracraneal; supratentorial	145.10
61690	Cirugía de malformación arteriovenosa dural	160.00
61710	Cirugía para aneurisma, malformación vascular o fístula carotida cavernosa mediante embolización intra-arterial, procedimiento por inyección o catéter con balón	126.00
61860	Colocación de electrodos neuroestimuladores; en región cortical a través de trepano	56.10
61850	Colocación de electrodos neuroestimuladores; en región subcortical a través de trepano	56.10
62350	Colocación o revisión de catéter intratecal o epidural, para reservorio implantable o bomba de infusión	38.90
63300	Corpectomía vertebral cervical, parcial o completa, para excisión de lesión intramedular; extradural; un solo segmento	141.90
63301	Corpectomía vertebral parcial o completa para excisión de lesión intramedular; extradural torácica, por vía transtorácica	141.90
63302	Corpectomía vertebral parcial o completa para excisión de lesión intramedular; extradural torácica, por vía toracolumbar; un solo segmento	144.30
63081	Corpectomía vertebral parcial o completa vía anterior, con descompresión de cordón medular y/o raíces nerviosas; a nivel cervical; un solo segmento	127.00
63085	Corpectomía vertebral parcial o completa, vía transtorácica con descompresión de médula espinal y/o raíces nerviosas a nivel torácico; un solo segmento	127.00
63303	Corpectomía vertebral, parcial o completa, para excisión de lesión infraespinal; extradural, lumbar o sacra por vía transperitoneal o retroperitoneal; un solo segmento	143.40

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
63087	Corpectomía vertebral, parcial o completa, vía combinada toraco lumbar con descompresión de médula espinal, de cola de caballo o de raíces nerviosas a nivel torácico inferior o lumbar; un solo segmento	127.00
62120	Corrección de encefalocele en boveda craneana, incluyendo cráneoplastia	139.50
63707	Corrección de escape de LCR dural (reparación de saco dural), sin laminectomía	73.00
63709	Corrección de escape de LCR dural o de pseudomeningocele, con laminectomía	100.70
63700	Corrección de meningocele, menor a 5.0 cm de diámetro	100.70
63704	Corrección de mielomeningocele	98.60
62143	Cráneoplastia con reemplazo de colgajo óseo o placa de cráneo	68.40
61558	Craneotomía amplia por craneosinostosis de varias suturas craneales (ejemplo cráneo en trebol) que no requiera injertos óseos	85.20
61571	Craneotomía con tratamiento de herida penetrante de cerebro	140.20
61305	Craneotomía exploradora infratentorial (fosa posterior)	124.00
61304	Craneotomía exploradora supratentorial	116.40
61522	Craneotomía infratentorial o de fosa posterior para excisión de absceso cerebral	125.30
61524	Craneotomía infratentorial o de fosa posterior para excisión de quiste	125.30
62121	Craneotomía para corrección de encefalocele de base de cráneo	139.50
61550	Craneotomía para cráneoestenosis (una sutura craneal)	73.40
61313	Craneotomía para drenaje de hematoma intracerebral	124.00
61314	Craneotomía para evacuación de hematoma infratentorial; extradural o subdural	117.40
61315	Craneotomía para evacuación de hematoma intracerebelar	137.70
61514	Craneotomía para excisión de absceso cerebral, supratentorial	155.00
61545	Craneotomía para excisión de cráneofaringioma	155.00
61534	Craneotomía para excisión de foco epileptogeno sin electrocorticografía durante la cirugía	115.60
61512	Craneotomía para excisión de meningioma supratentorial	155.00
61519	Craneotomía para excisión de meningioma, infratentorial o de fosa posterior	155.00
61516	Craneotomía para excisión de quiste supratentorial	155.00
61518	Craneotomía para excisión de tumor cerebral, infratentorial o de fosa posterior (excepto meningioma, tumor cerebello-pontino o tumor de la base del cráneo)	155.00
61510	Craneotomía para excisión de tumor cerebral, supratentorial (excepto meningioma)	155.00
61521	Craneotomía para excisión de tumor de la línea media de la base del cráneo	182.50
61520	Craneotomía para excisión de tumor del ángulo pontocerebeloso	155.00
61546	Craneotomía para hipofisectomía o excisión de tumor hipofisiario, abordaje intracraneal	155.00
61490	Craneotomía para lobotomía, incluyendo singulotomía	174.10
62100	Craneotomía para reparación de fístula (escape dural de LCR) incluyendo cirugía para rinorrea/otorrea	100.40
61470	Craneotomía suboccipital para cordectomía medular	116.20
61480	Craneotomía suboccipital para cordectomía mesencefálica o pedunculotomía	116.20
61460	Craneotomía suboccipital para sección de uno o más nervios craneales	116.20
61450	Craneotomía subtemporal por sección, compresión o descompresión de raíz sensorial o ganglio de Gasser	116.20

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
61500	Craneotomía, con excisión de tumor u otra lesión osea de cráneo	155.00
61320	Craneotomía, para drenaje de absceso intracraneal supratentorial	88.00
61321	Craneotomía, para drenaje de absceso intracraneal, infratentorial	99.80
61312	Craneotomía, para drenaje de hematoma supratentorial; extradural o subdural	116.40
61343	Craneotomía, suboccipital con laminectomía cervical para descompresión del bulbo y médula espinal, con o sin injerto dural (por ejemplo malformación de Arnold-Chiari)	129.80
61458	Craniectomía suboccipital; para exploración o descompresión de nervios craneales	125.00
62192	Creación de derivación subaracnoidea/subdural-peritoneal, pleural, otras terminaciones	93.00
62190	Creación de derivación; subaracnoidea/subdural-atrial, yugular-auricular	93.00
61790	Creación de lesión por método estereotáxico percutáneo con agente neurolítico de ganglio de Gasser	65.20
62220	Derivación ventrículo-atrial, yugular-auricular	79.00
62223	Derivación ventrículo-peritoneal-pleural, otras terminaciones	82.00
61564	Excisión intra y extracraneal de tumor benigno de hueso del cráneo con descompresión del nervio óptico	155.00
61332	Exploración de órbita (vía transcraneal); con biopsia	126.30
61333	Exploración de órbita por vía transcraneal con extirpación de lesión	116.30
61334	Exploración de órbita por vía transcraneal con extracción de cuerpo extraño	116.30
61548	Hipofisectomía o excisión de tumor de hipofisis vía transnasal o trans-septal no esterotaxico	125.00
63001	Laminectomía en columna cervical con exploración y/o descompresión de médula, sin facetectomía, foraminotomía o discectomía (ejemplo estenosis espinal), uno o dos segmentos vertebrales	105.90
63012	Laminectomía con remoción de facetas anormales y/o partes interarticulares con descompresión de cola de caballo y raíces nerviosas por espondilolistesis lumbar (procedimiento tipo Gill)	100.70
63185	Laminectomía con rizotomía (uno o más segmentos)	100.70
63194	Laminectomía en columna cervical con cordotomía, con sección de un haz espinotalámico	105.60
63005	Laminectomía en columna lumbar con exploración y/o descompresión de médula uno o dos segmentos vertebrales, excepto para espondilolistesis	99.00
63195	Laminectomía en columna torácica con cordotomía	106.40
63003	Laminectomía en columna torácica con exploración y/o descompresión de médula, uno o dos segmentos vertebrales	100.70
63276	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal; extradural, a nivel torácico	112.10
63275	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal; extradural, a nivel cervical	112.10
63277	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal extradural, lumbar	112.10
63265	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplásica, extradural; en región de columna cervical	112.10
63266	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplásica, extradural; en región de columna torácica	112.10
63267	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplásica, extradural; en región de columna lumbar	112.10

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
63655	Laminectomía para implante de electrodo neuroestimulador; epidural	100.70
63045	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna cervical (unilateral o bilateral) con descompresión médula y/o raíces nerviosas, (por ejemplo estenosis de canal medular); un solo segmento vertebral	115.80
63047	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna lumbar (unilateral o bilateral) con descompresión médula y/o raíces nerviosas, (por ejemplo estenosis de canal medular); un solo segmento vertebral	119.80
63046	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna torácica (uni o bilateral) con descompresión de médula y/o raíces nerviosas; un solo segmento vertebral	100.70
63020	Laminotomía (hemilaminectomía) en columna cervical, con descompresión de raíces nerviosas, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o excisión de hernia de disco intervertebral; un interespacio	100.70
63030	Laminotomía (hemilaminectomía) en columna lumbar, con descompresión de raíces nerviosas, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o excisión de hernia de disco intervertebral; un interespacio	100.70
63600	Lisis de nervios espinales por método estereotáxico percutáneo, cualquier modalidad	73.00
61624	Oclusión o embolización, transcatéter percutáneo, cualquier método, sistema nervioso central (por ejemplo como terapia endovascular para destrucción de un tumor, obtener hemostasia, ocluir una malformación vascular)	85.40
62270	Punción lumbar, diagnóstica	12.00
62230	Reemplazo o revisión de derivación de líquido cefaloraquídeo por obstrucción válvular, o de catéter distal en derivación sistémica	43.40
61618	Reparación secundaria de fístula en duramadre (fosa anterior, media o posterior), con injerto libre	66.90
62256	Retiro completo de sistema de derivación de líquido cefaloraquídeo; sin reemplazo	43.40
62258	Retiro completo del sistema de derivación de LCR con reemplazo por una derivación similar, u otra derivación en la misma cirugía	48.60
61880	Revisión o remoción de electrodos neuroestimuladores intracraneales	49.50
61140	Trepano con biopsia de cerebro o de lesión intracraneana	62.00
61154	Trepano con evacuación y/o drenaje de hematoma, extradural o subdural	133.20
61151	Trepano con punción evacuadora por absceso o quiste intracraneal	116.40
61108	Trepano helicoidal para evacuación y/o drenaje de hematoma subdural	116.40
62180	Ventrículo-cisternostomía (tipo Torkildsen)	64.30
62200	Ventrículocisternostomía, tercer ventrículo	69.70
Sistema respiratorio		
31030	Antrostomía maxilar radical (sinusotomía maxilar, Caldwell-Luc) sin extracción de pólipos	24.20
31090	Antrotomía combinada de tres o más senos	49.50
31020	Antrotomía intranasal de seno maxilar	14.30
31032	Antrotomía maxilar radical (sinusotomía maxilar, Caldwell-Luc) con extracción de pólipos	31.10
31070	Antrotomía simple de seno frontal	38.60
30100	Biopsia intranasal	5.40
30801	Cauterización y/o ablación de mucosa o cornete, uni o bilateral por cualquier método	7.50
30903	Control de hemorragia nasal anterior (cauterización amplia y/o taponamiento mediante empaque)	7.50

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
30905	Control de hemorragia nasal posterior, con empaque postnasal y/o cauterización posterior, cualquier método	13.30
30545	Corrección de atresia de coana por vía transpalatina	44.70
30540	Corrección quirúrgica de atresia de coanas; por vía nasal	40.60
30000	Drenaje de absceso o hematoma nasal abordaje interno	8.30
31205	Etmoidectomía total extranasal	34.80
31201	Etmoidectomía total intranasal	35.50
30130	Excisión de cornetes parcial o completa cualquier método	17.40
30300	Extracción de cuerpo extraño intranasal (procedimiento en consultorio)	7.00
30560	Lisis de sinequia intranasal	7.50
31225	Maxilectomía, sin exenteración orbitaria	71.40
30140	Resección submucosa de cornetes parcial o completa cualquier método	17.40
30460	Rinoplastia por deformidad nasal secundaria a labio y/o paladar hendido, incluyendo alargamiento de la columna	57.40
30420	Rinoseptumplastia	74.20
30520	Septoplastia o resección submucosa, con o sin marcación de cartílago modificación del contorno o reemplazo con injerto	45.80
Sistema urinario		
50390	Aspiración y/o inyección de quiste renal o punción de pelvis	7.60
50205	Biopsia renal abierta	32.40
50200	Biopsia renal percutánea con trocar o aguja	18.80
50520	Cierre de fístula nefrocútea o pielocútea	46.40
50395	Dilatación pielica y/o ureteral por vía percutánea, para establecer trayecto de nefrostomía	13.60
50020	Drenaje de absceso perirrenal o renal a cielo abierto	39.60
50365	Implante de riñón con nefrectomía del receptor	294.10
50590	Litotripsia extracorporea (onda de choque)	4.00
50234	Nefrectomía con ureterectomía total y manguito vesical a través de la misma Incisión	80.80
50300	Nefrectomía de donador cadáver, con preparación y mantenimiento de aloinjerto, unilateral o bilateral	92.30
50320	Nefrectomía de donador vivo	107.20
50240	Nefrectomía parcial	80.80
50230	Nefrectomía radical, con linfadenectomía regional y/o trombectomía de vena cava	100.70
50220	Nefrectomía, con ureterectomía parcial, cualquier abordaje incluyendo resección de costilla	66.50
50060	Nefrolitotomía; extracción de cálculos	60.60
50080	Nefrolitotomía o pielolitotomía (litotripsia) transendoscópica con o sin dilatación, con colocación de catéteres dilatadores o extracción con canastilla para cálculos hasta de 2 cm	67.60
50040	Nefrostomía, nefrotomía con drenaje	49.60
50405	Pieloplastia complicada (anomalía congénita, calicoplastia), con o sin ureteroplastia, nefropexia, nefrostomía, pielostomía	87.40
50130	Pielotomía con extracción de cálculo	46.20

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
50540	Tratamiento para riñón en herradura, con o sin pieloplastia y/u otro procedimiento plástico, unilateral o bilateral	66.50
Testículo		
54500	Biopsia de testículo; con aguja	5.80
54505	Biopsia incisional de testículo	8.10
54660	Inserción de prótesis testicular	30.10
54650	Orquidopexia por vía abdominal, para testículos intraabdominales	43.40
54640	Orquidopexia por vía inguinal, con o sin hernioplastia	47.40
54535	Orquiectomía radical por tumor con exploración abdominal	47.00
54530	Orquiectomía radical, por tumor, vía inguinal	47.00
54520	Orquiectomía, con o sin prótesis testicular, por vía escrotal o inguinal	28.90
54600	Reducción de torsión testicular, con o sin fijación de testículo contralateral	34.10
Transección o avulsión de nervios		
64795	Biopsia de nervio	7.60
64792	Excisión amplia de neurofibroma o neurolemoma (incluyendo de tipo maligno)	79.20
64788	Excisión de neurofibroma, de nervio cutáneo	22.50
64774	Excisión de neuroma (nervio somático) en nervio cutáneo identificable quirúrgicamente	14.10
64782	Excisión de neuroma de mano o pie, excepto nervio digital	22.10
64786	Excisión de neuroma de nervio ciático	16.30
64776	Excisión de neuroma en nervio digital, uno o ambos del mismo dedo	14.50
64802	Simpatectomía cervical	50.90
64804	Simpatectomía cervico-torácica	69.80
64818	Simpatectomía lumbar	53.30
64809	Simpatectomía toraco-lumbar	69.80
64752	Transección de nervio vago (vagotomía), transtorácica	50.90
64742	Transección o avulsión de nervio facial	36.70
64734	Transección o avulsión de nervio infraorbital	24.50
64732	Transección o avulsión de nervio supraorbital	24.50
64760	Vagotomía de vago abdominal	11.30
64755	Vagotomía proximal selectiva, vagotomía gástrica proximal, vagotomía de células parietales, vagotomía supra o altamente selectiva	79.60
Tráquea, bronquios, pulmones		
32482	Bilobectomía (dos lóbulos pulmonares)	80.60
32400	Biopsia percutánea de pleura	12.00
32405	Biopsia percutánea de pulmón o mediastino	12.00
31628	Biopsia transbronquial de pulmón, con o sin fluoroscopio por broncoscopia	16.60
31625	Broncoscopia con biopsia	18.80
31622	Broncoscopia diagnóstica (flexible o rígida) con o sin cepillado y lavado	12.40
31645	Broncoscopia inicial con aspiración terapéutica traqueobronquial (ejemplo drenaje de absceso pulmonar)	16.60
31635	Broncoscopia para extracción de cuerpo extraño	16.60

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
31646	Broncoscopia subsecuente con aspiración terapéutica traqueobronquial	16.60
31820	Cierre quirúrgico de traqueostomía o fístula	38.60
32225	Decorticación pulmonar parcial	74.40
32220	Decorticación pulmonar total	74.40
32320	Decorticación y plurectomía parietal	74.40
31641	Destrucción de tumor o disminución de estenosis por cualquier método (ejemplo láser) a través de broncoscopia	34.60
31640	Excisión de tumor por broncoscopia	48.50
31785	Excisión de tumor traqueal o carcinoma cervical	77.50
31786	Excisión de tumor traqueal o carcinoma torácico	77.50
32150	Extirpación de cuerpo extraño intrapleural o depósito de fibrina por toracotomía	77.50
31755	Fistulización traqueo faríngea	31.10
31611	Fistulización traqueoesofágica e inserción subsecuente de una prótesis (Blom-Singer)	31.10
32480	Lobectomía (un solo lóbulo)	80.60
32440	Neumonectomía total	175.50
32200	Neumostomía con drenaje de absceso o quiste	38.80
32310	Pleurectomía parietal	40.00
32005	Pleurodesis química	13.20
32500	Resección de pulmón en cuña única o múltiple	80.60
32484	Segmentectomía o extirpación de un segmento de pulmón	80.60
32000	Toracocentesis (punción de la cavidad pleural para aspiración) inicial o subsecuente	12.00
32002	Toracocentesis con colocación de sonda, con o sin sello de agua (ejemplo neumotórax)	16.60
32906	Toracoplastia con cierre de fístula broncopleuraleal	77.50
32905	Toracoplastia tipo Schede o extrapleuraleal (todos los tiempos)	74.80
32650	Toracoscopia quirúrgica con pleurodesis por cualquier método	49.50
32141	Toracotomía con excisión de pliegues de bula, con o sin algún procedimiento pleural	77.50
32035	Toracotomía con resección de costilla por empiema	46.10
32095	Toracotomía limitada para biopsia de pulmón o pleura	41.00
32100	Toracotomía mayor con exploración y biopsia	41.00
32110	Toracotomía para control de hemorragia traumática y/o corrección de desgarro pulmonar	77.50
31750	Traqueoplastia cervical	77.50
31603	Traqueostomía de emergencia transtraqueal	28.30
31600	Traqueostomía programada	28.30
Túnica vaginal de testículo		
55060	Corrección de hidrocele de túnica vaginalis (tipo Bottle)	20.50
55041	Excisión de hidrocele bilateral	26.40
55040	Excisión de hidrocele unilateral	20.50
55000	Punción aspirativa de hidrocele	14.70
Uréter		
50920	Cierre de fístula ureterocutanea	40.20
50930	Cierre de fístula ureterovisceral (incluye la reparación de la viscera)	46.40

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
50976	Endoscopia ureteral a través de ureterostomia con fulguración y/o Incisión, con o sin biopsia	10.60
50970	Endoscopia ureteral a través de ureterostomia con o sin irrigación, instilación o uretropielografía	10.90
50840	Reemplazo total o parte del uretero por intestino, incluye la anastomosis intestinal	97.30
50800	Ureteroenteroanastomosis (anastomosis del uréter al intestino)	74.20
50630	Ureterolitotomía en tercio inferior de uréter	55.70
50620	Ureterolitotomía en tercio medio de uréter	61.90
50610	Ureterolitotomía en tercio superior de uréter	66.00
50700	Ureteroplastia	69.70
50600	Ureterotomía con exploración o drenaje	62.70
50760	Ureteroureteroanastomosis	76.70
Vagina		
57100	Biopsia de mucosa vaginal simple	5.90
57105	Biopsia vaginal amplia que requiera sutura (incluyendo quistes)	7.30
57305	Cierre de fístula recto-vaginal por vía abdominal	53.90
57307	Cierre de fístula recto-vaginal por vía abdominal con colostomía concomitante	61.30
57300	Cierre de fístula recto-vaginal por vía vaginal o transanal	44.00
57310	Cierre de fístula uretrovaginal	46.40
57330	Cierre de fístula vesico-vaginal por vía transvesical y vaginal	46.40
57320	Cierre de fístula vesico-vaginal por vía vaginal	46.40
57020	Colpocentesis	5.90
57120	Colpocleisis (tipo Le- Fort)	22.00
57280	Colpopexia, por vía abdominal	19.30
57240	Colporrafia anterior, reparación de cistocele con o sin reparación de uretrocele	51.10
57260	Colporrafia anteroposterior (combinada)	50.00
57265	Colporrafia anteroposterior con reparación de enterocele	46.40
57200	Colporrafia por lesión vaginal (no obstetrica)	22.00
57250	Colporrafia posterior, reparación de rectocele con o sin perineorrafia	46.40
57452	Colposcopía	2.90
57454	Colposcopía con biopsia y/o legrado del cervix	2.90
57010	Colpotomía con drenaje de absceso pélvico	11.10
57000	Colpotomía con exploración	11.10
57270	Corrección de enterocele, por vía abdominal	38.50
57268	Corrección de enterocele, por vía vaginal	38.50
57230	Corrección de uretrocele	54.20
57061	Destrucción de lesión vaginal simple, por cualquier método	6.60
57065	Destrucción de lesión vaginales extensas, por cualquier método	6.60
57135	Excisión de quiste o tumor vaginal	22.00
57282	Fijación de ligamento sacroespinoso, por prolapso vaginal	19.30
57292	Formación artificial de vagina con injerto	103.40

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
57210	Nolpoperineorrafia por lesión no obstetrica	54.20
57289	Procedimiento de Pereyra, incluyendo colporrafia anterior	46.40
57288	Tratamiento quirúrgico para incontinencia de esfuerzo (técnica de cabestrillo)	46.40
57110	Vaginectomia con extirpación completa de la pared vaginal	43.50
Válvula pulmonar		
33475	Reemplazo de válvula pulmonar	103.10
33476	Resección ventricular derecha por estenosis infundibular, con o sin comisurotomía	103.10
33472	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón abierto con oclusión de flujo de entrada	95.50
33471	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón cerrado a través de arteria pulmonar	95.50
33470	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón cerrado; transventricular	90.00
33474	Valvotomía de válvula pulmonar con derivación cardiopulmonar	99.00
Válvula tricúspide		
33465	Reemplazo de válvula tricúspide, con derivación cardiopulmonar	114.20
33460	Valvectomy, de válvula tricúspide, con derivación cardiopulmonar	90.00
33464	Valvuloplastia, válvula tricúspide, con inserción de anillo	114.20
Válvula cardiacas		
33417	Aortoplastia por estenosis supraavalvular	112.50
33411	Reemplazo de válvula aórtica	114.20
33405	Reemplazo de válvula aórtica con derivación cardiopulmonar, con prótesis válvular que no sea homoinjerto o expansor	119.90
33406	Reemplazo de válvula aórtica, con derivación cardiopulmonar, con prótesis válvular (homoinjerto válvular)	119.90
33430	Reemplazo de válvula mitral, con derivación cardiopulmonar	119.50
33415	Resección o insición de tejido subavalvular por estenosis aórtica subavalvular	112.50
33422	Valvotomía de válvula mitral a corazón abierto, con derivación cardiopulmonar	90.00
33420	Valvotomía de válvula mitral a corazón cerrado	90.00
33400	Valvuloplastia abierta de válvula aórtica, con derivación cardiopulmonar	133.20
33426	Valvuloplastia de válvula mitral con derivación y anillo protésico	119.50
33425	Valvuloplastia, de válvula mitral, a corazón abierto con derivación cardiopulmonar	114.20
Vejiga		
51880	Cierre de cistostomia	21.40
51920	Cierre de fístula vesicouterina	46.40
51900	Cierre de fístula vesicovaginal, por vía abdominal	46.40
51580	Cistectomia completa con ureterosigmoidostomía o transplantes ureterocutáneos	117.90
51590	Cistectomia completa, con conducto ureteroileal o de vejiga a sigmoides, incluye anastomosis intestinal	117.90
51550	Cistectomia parcial	44.10
51570	Cistectomia total	77.50
51050	Cistolitotomía, cistostomia con extracción de cálculos, sin resección de cuello vesical	44.10
51800	Cistoplastia o cistouretroplastia	77.40
51040	Cistostomia con drenaje	38.70

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
51020	Cistostomía con fulguración y/o inserción de material radiactivo	38.70
51525	Cistotomía para excisión de divertículo vesical, único o múltiple	51.20
51530	Cistotomía para excisión de tumor de vejiga	51.20
51535	Cistotomía para excisión, Incisión o reparación de ureterocele	49.50
51820	Cistouretroplastia con ureteroneocistostomía uni o bilateral	99.70
51960	Enterocistoplastia, incluyendo anastomosis de intestino	99.70
51500	Excisión de quiste o seno uracal con o sin corrección de hernia umbilical	53.30
51845	Suspensión abdomino-vaginal de cuello vesical con o sin control endoscópico (por ejemplo Stamey, Raz, Pereyra modificado)	46.40
51940	Tratamiento para extrofia de vejiga	77.40
51060	Ureterolitotomía transvesical	52.70
51840	Vesicouretopexia anterior o uretropexia simple (tipo Marshall-Marchetti-Krantz)	46.40
Venas y arterias		
33917	Corrección de estenosis de arteria pulmonar mediante reconstrucción por parche o injerto	92.90
35189	Corrección de fístula arterio-venosa adquirida o traumática en abdomen	92.90
35190	Corrección de fístula arterio-venosa adquirida o traumática en miembros pélvicos o torácicos	77.50
35002	Corrección directa mediante incisión de cuello por ruptura de aneurisma de arteria carotida, o de arteria subclavia	124.00
35001	Corrección directa de aneurisma, falso aneurisma o excisión (parcial o total), e inserción de injerto con o sin injerto de parche; por aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, de arteria carotida, arteria subclavia, mediante incisión en cuello	124.00
35091	Corrección directa de aneurisma, falso aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, de aorta abdominal comprendiendo vasos viscerales (mesenterica, celiaca, renal)	155.00
33910	Embolectomía de arteria pulmonar; con derivación cardiopulmonar	108.60
34001	Embolectomía o trombectomía con o sin catéter carotideo; de arteria innominada o subclavia mediante incisión en cuello	54.30
34201	Embolectomía o trombectomía con o sin catéter; de arteria femoro-poplitea o aorto-iliaca mediante incisión en pierna	54.30
34051	Embolectomía o trombectomía de arteria innominada o subclavia, mediante Incisión torácica	66.90
33916	Endarterectomía pulmonar con o sin embolectomía, con derivación cardiopulmonar	108.60
35142	Reparación por ruptura de aneurisma o falso aneurisma de arteria femoral (profunda y superficial)	108.50
35152	Reparación por ruptura de aneurisma de arteria poplitea	108.50
35082	Reparación por ruptura de aneurisma de aorta abdominal	107.20
35132	Reparación por ruptura de aneurisma de arteria iliaca	108.50
34401	Trombectomía directa o con catéter de vena cava o iliaca mediante incisión abdominal	54.30
34421	Trombectomía directa o con catéter de vena cava, vena iliaca, vena femoro-poplitea, mediante incisión en pierna	54.30
34451	Trombectomía, directa o con catéter vena cava, iliaca, femoro-poplitea, mediante incisión en pierna y abdominal	54.30

CPT	Procedimiento Terapéutico	Factor de RB %
35381	Tromboendarterectomía en arteria femoral y/o poplitea, y/o tibioperonéa, con o sin injerto	64.20
35331	Tromboendarterectomía en arteria aorta-abdominal, con o sin injerto	78.30
35361	Tromboendarterectomía en arteria aorta iliaca combinada, con o sin injerto	76.70
35321	Tromboendarterectomía en arteria axilar-braquial, con o sin injerto con parche	57.00
35372	Tromboendarterectomía en arteria de femoral profunda, con o sin injerto	62.20
35351	Tromboendarterectomía en arteria iliaca; con o sin injerto	62.20
35341	Tromboendarterectomía en arteria mesenterica, celiaca o renal; con o sin injerto	62.20
35301	Tromboendarterectomía en carotida o vertebral o subclavia, con o sin injerto con parche mediante incisión en cuello	62.00
Vías biliares		
47600	Colecistectomía	71.40
47605	Colecistectomía con colangiografía	61.80
47610	Colecistectomía con exploración de vías biliares	73.00
47564	Colecistectomía con exploración de vías biliares por laparoscopia	73.04
47562	Colecistectomía por laparoscopia	83.84
47720	Colecistoenteroanastomosis	64.54
47760	Derivaciones bilio-intestinales	51.60
47556	Endoscopia de tracto biliar con dilatación de estenosis y colocación de stent	24.00
47715	Excisión de quiste del coledoco	49.70
47701	Portoenterostomía (ejemplo procedimiento de Kasai)	66.20
47800	Reconstrucción de vías biliares extrahepáticas con anastomosis termino terminal	54.40
Vítreo		
67005	Extirpación de vítreo por vía anterior (técnica abierta o incisión del limbo); remoción parcial	48.70
67010	Remoción subtotal de vítreo con vitrectomia mecánica	54.10
67031	Sección de adherencias de vítreo, laminas, membranas u opacidades por cirugía con láser (una o más sesiones)	49.90
67039	Vitrectomía, con fotocoagulación focal endoláser	67.60
Yesos en miembros pélvicos		
29305	Aplicación de yeso tipo espiga en la cadera (una pierna)	5.40
29365	Aplicación de yeso cilindrico (de muslos a tobillo)	4.30
29405	Aplicación de yeso corto en pierna (debajo de rodilla a dedos de pies)	3.90
Yesos en miembros torácicos		
29065	Aplicación de yeso largo (brazo)	3.90
29075	Aplicación de yeso corto de codo a dedos	2.90
29085	Aplicación de yeso en guante (mano a antebrazo)	2.90
29105	Aplicación de férula larga en el brazo (hombro a mano)	3.90
29125	Aplicación de férula corta (antebrazo a mano)	2.90
29130	Aplicación de férula en dedo	2.90

XIII. Artículos citados

Leyes aplicables

El presente Contrato de Seguro hace referencia por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, Ley Sobre el Contrato de Seguro, Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	Artículo
Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente: I. Las obligaciones en Moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en Moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora; II. Cuando la obligación principal se denomine en Moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora; III. En caso de que a la fecha en que se realice el Cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el Cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables; IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su Cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento; V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la Moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;	Art. 276

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado; VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes; VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación. El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos: a) Los intereses moratorios; b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal. En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1,000 a 15,000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.	Art. 276
--	-----------------

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior. Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La Competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.	Art. 277
Ley Sobre el Contrato de Seguro	
El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.	Art. 8
Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.	Art. 9
Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.	Art. 10
Si el contenido de la Póliza o sus Modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus Modificaciones.	Art. 25
La empresa Aseguradora tendrá el derecho de compensar las Primas y los préstamos sobre Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al Beneficiario.	Art. 33
En los seguros de vida, en los de Accidentes y Enfermedades, así como en los de daños, la Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la Prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.	Art. 37

Si no hubiese sido pagada la Prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.	Art. 40
Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.	
Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.	Art. 47
Cuando el asegurado o el Beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.	Art. 67
El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.	Art. 71
Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.	
Todas las acciones que se deriven de un Contrato de Seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Art. 81
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de Omisión, Falsas o Inexactas Declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.	Art. 82
Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.	
Además de las causas ordinarias de interrupción de la Prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro, y tratándose de la acción en pago de la Prima, por el requerimiento de pago.	Art. 84
Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros	
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responde por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y	Art. 50 bis

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la Prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.	Art. 50 bis
Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo. La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.	Art. 65
La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la Prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.	Art. 66
La Comisión Nacional correrá traslado a la Institución Financiera acerca de la reclamación presentada en su contra, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la misma, anexando todos los elementos que el Usuario hubiera aportado, y señalando en el mismo acto la fecha para la celebración de la audiencia de conciliación, con apercibimiento de sanción pecuniaria en caso de no asistir. La Comisión Nacional podrá en todo momento solicitar a la Institución Financiera información, documentación y todos los elementos de convicción que considere pertinentes, siempre y cuando estén directamente relacionados con la reclamación. Tratándose de instituciones de fianzas, deberá citarse al fiado en el domicilio que la Institución tuviere de éste o de su representante legal.	Art. 67
La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas: I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión. I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos. II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;	Art. 68

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe; IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida. V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis. VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional; Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación. VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho. Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional. En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.	Art. 68
---	----------------

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria. La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes. La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles. Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea. VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución; IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la Suma Asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley. El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda. XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.	Art. 68
---	----------------

En el caso de que el Usuario no acuda a la audiencia de conciliación y no presente dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para su celebración justificación de su inasistencia, se acordará como falta de interés del Usuario y no podrá presentar la reclamación ante la Comisión Nacional por los mismos hechos, debiendo levantarse acta en donde se haga constar la inasistencia del Usuario. La falta de comparecencia del fiado o de su representante, no impedirá que se lleve a cabo la audiencia de conciliación.	Art. 69
En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.	Art. 70
Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.	Art. 71
En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo, podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión Nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.	Art. 72 bis
Reglamento del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades	
Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su Ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su Ingreso a la Colectividad Asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.	Art. 17
Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.	Art. 18
En lo Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: En la operación de Accidentes y Enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una Póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.	Art. 19

Ley Monetaria	
La Moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en Moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en Moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago. Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica. Los pagos en Moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la Moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor. Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en Moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en Moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta Moneda. Esta última forma de pago sólo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.	Art. 8

XIV. Significado de abreviaturas

Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México: SMGV CDMX

Dólares de Estados Unidos de Norteamérica: U.S. Dólares

Cobertura de Atención Médica en el Extranjero: CAME

Asistencia Médica: PCE

Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos: FEUM

Cirugía: Cx

Cirugía Ambulatoria: Cx. Amb

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: SIDA

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros: CONDUSEF

Colangiopancreatografía Endoscópica Retrógrada: CPRE

Electroencefalograma: EEG

XV. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de mayo de 2013, con el número CNSF-S0048-0190-2013/ CONDUSEF-002192-01.



Llámanos sin costo
800 001 8700
axa.mx