

02/045 – TARIFAS SANITARIAS – ANEXO III: TARIFAS SERVICIOS SANITARIOS MCSS**APLICABLE A LAS ASISTENCIAS PRESTADAS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2020**

A) ASISTENCIA SANITARIA AMBULATORIA					
CÓDIGO	CONCEPTO	IMPORTE	DESGLOSE	OBSERVACIONES	ALTA TEC.
A.1	CONSULTA DE URGENCIAS	49,53 €		Incluye: Honorarios médicos, radiología y analítica convencional; Curas de Urgencias, Yesos, Medicación Administrada; Otras situaciones de urgencias. Excluye: Fármacos Recetados suministrados por Farmacia, que serán abonados por parte de la Mutua responsable del expediente a la Farmacia o al paciente.	No
A.3	CONSULTA DE ENFERMERÍA	11,43 €		Incluye: curas, escayolas, inyectables, otros actos.	No
A.6.1	CONSULTA SUCESIVA	20,00 €		Incluye la medicación entregada al paciente. Incluye Consulta de Enfermería. Excluye: Fármacos Recetados suministrados por Farmacia, que serán abonados por parte de la Mutua responsable del expediente a la Farmacia o al paciente.	No
A.6.2	CONSULTA SUCESIVA INFORMADA	40,00 €		Incluye informe de Curso Clínico con la valoración de la capacidad laboral.	No
A.7.1	PRIMERA CONSULTA DE CONTINGENCIA COMÚN	49,53 €		Incluye Informe de Valoración.	No
A.7.2	CONSULTA SUCESIVA DE CONTINGENCIA COMÚN	20,00 €			No
A.7.3	CONSULTA SUCESIVA DE CONTINGENCIA COMÚN INFORMADA	40,00 €		Incluye informe de Curso Clínico con la valoración de la capacidad laboral.	No
A.8	RADIOGRAFÍAS	15,25 €		La Tarifa es por región anatómica, independientemente del número de placas que se haga en cada región anatómica.	No
A.9.1	FISIOTERAPIA	15,00 €		<u>Por Sesión.</u> Teniendo en cuenta que una sesión puede ser una mañana o una tarde	No
A.9.2	TERAPIA OCUPACIONAL	11,43 €		<u>Por Sesión.</u> Teniendo en cuenta que una sesión puede ser una mañana o una tarde	No
A.10	SESIÓN DE PSICOTERAPIA	17,52 €		Por Sesión.	No

B) ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA							
CÓDIGO	CONCEPTO	IMPORTE	DESGLOSE			OBSERVACIONES	ALTA TEC.
<p>* Cuando el paciente requiera una intervención quirúrgica con estancia, se le facturará el importe del Grupo OMC que corresponda que, en función del Grupo, tendrá un máximo de días de hospitalización.</p> <p>* Cuando el paciente requiera más días de hospitalización que los que correspondan a su Grupo OMC, se le facturará un día de "Estancia Hospitalaria en Planta", por importe de 99,06 €, por cada día adicional de hospitalización que requiera.</p> <p>* Mientras el paciente esté hospitalizado por los dos casos indicados previamente, tendrá incluida la rehabilitación en caso de que sea necesaria.</p>							
B.1	CONSULTA DE URGENCIAS	49,53 €				Incluye: Honorarios médicos, radiología y analítica convencional; Curas de Urgencias con ingreso o sin ingreso, Yesos, Medicación Administrada; Otras situaciones de urgencias. Excluye: Fármacos Recetados suministrados por Farmacia, que serán abonados por parte de la Mutua responsable del expediente a la Farmacia o al paciente.	Si
B.2.1	FISIOTERAPIA	15,00 €				Por Sesión. Teniendo en cuenta que una sesión puede ser una mañana o una tarde	Si
B.2.2	TERAPIA OCUPACIONAL	11,43 €				Por Sesión. Teniendo en cuenta que una sesión puede ser una mañana o una tarde	Si
B.3	ESTANCIA HOSPITALARIA EN PLANTA	99,06 €				Incluye rehabilitación en caso de que sea necesaria.	Si
B.4	ESTANCIA HOSPITALARIA U.C.I.	539,47 €				Incluye material de cura y medicación, gastos médicos, pruebas diagnósticas excepto TAC y RNM	Si
B.5	ESTANCIA HOSPITALARIA LESIONADO MEDULAR / DAÑO CEREBRAL	300,90 €				(Pacientes no quirúrgicos)	Si
B.6	PREOPERATORIO	49,53 €	RX Torax + EKG + Informe médico + perfil analítico el cual debe ser coincidente con el código 24.9, que enumeramos más abajo				Si
B.7	BLOQUE QUIRÚRGICO. GRUPO OMC*	DÍAS DE INGRESO INCLUIDOS	QX - HOSPITALIZACIÓN *	HONORARIOS MÉDICOS**	HONORARIOS ANESTESISTA	*INCLUYE: - Derechos de quirófano y sala de reanimación - Estancia hospitalaria y hostelería del paciente - Medicación, material y fungibles de quirófano y planta de hospitalización - Amplificador de RX - Monitorización - Derechos de Artroscopio - Instrumentista, a partir del Grupo III - 1 control radiológico postquirúrgico - 1 control analítico postquirúrgico - Asistencia del médico de guardia - Rehabilitación, en caso de que sea necesaria, hasta duración máxima de hospitalización de cada Grupo	Si
B.8	GRUPO 0	2	466,21 €	215,3361 €	143,5574 €	107,3210 €	Si
B.9	GRUPO 1	2	481,46 €	224,4834 €	149,6556 €	107,3210 €	Si
B.10	GRUPO 2	3	580,52 €	283,9172 €	189,2781 €	107,3210 €	Si
B.11	GRUPO 3	4	861,96 €	417,8779 €	278,5853 €	165,4950 €	Si
B.12	GRUPO 4	6	1.111,13 €	567,3831 €	378,2554 €	165,4950 €	Si
B.13	GRUPO 5	8	1.489,38 €	761,2349 €	507,4899 €	220,6600 €	Si
B.14	GRUPO 6	10	1.916,10 €	1.017,2647 €	678,1764 €	220,6600 €	Si
B.15	GRUPO 7	13	2.478,48 €	1.308,9571 €	872,6381 €	296,8880 €	Si
B.16	GRUPO 8	17	3.080,21 €	1.669,9950 €	1.113,3300 €	296,8880 €	Si

B.17	AYUDANTÍA QUIRÚRGICA		30% honorarios médicos			Se facturará cuando haya un médico ayudante quirúrgico en la intervención	Si
<u>B.1) FORFAITS QUIRÚRGICOS PROGRAMADOS</u>							
B.1.1	FORFAITS QUIRÚRGICOS	TOTAL	QX - HOSPITALIZACIÓN *	HONORARIOS MÉDICOS **	HONORARIOS ANESTESISTA		Si
B.1.2	MENISCOPATIA/ARTROSCOPIA (80.6)	1.053,15 €	532,5930 €	355,0620 €	165,4950 €	*INCLUYE - Derechos de quirófano y sala de reanimación - Cirugía Mayor Ambulatoria y/o un día de ingreso (máximo) - Medicación, material y fungibles de quirófano y planta de hospitalización - Amplificador de RX - Monitorización - Derechos de Artroscopio - Instrumentista	Si
B.1.3	EPICONDILITIS (78.42, 78.43)	603,81 €	292,4748 €	194,9832 €	116,3480 €		Si
B.1.4	TUNEL CARPIANO (04.43)	778,33 €	397,1880 €	264,7920 €	116,3480 €	**INCLUYE -Médico ayudante quirúrgico cuando lo haya	Si
B.1.5	CIRUGÍA DE LESIÓN DE VAINA-TENDÓN DE LA MANO (De Quervain, Dedo en resorte, Dedo en martillo, Ganglión, etc.) (77.56, 77.57, 77.58, 82.84, 83.03, 82.21, 82.31, 83.31)	406,36 €	179,4243 €	119,6162 €	107,3210 €	Cuando el Forfait Quirúrgico Programado requiera más de un día de ingreso se aplicarán los conceptos incluidos en el Apartado: B) ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA CON INGRESO.	Si
B.1.6	RETIRADA DE MATERIAL DE AGUJAS DE KIRSCHNER	299,04 €	179,4200 €	119,6200 €	0,0000 €	Sólo serán de aplicación para aquellos procesos cuyo código de diagnóstico CIEP 9 sea alguno de los siguientes: 80.6, 78.42, 78.43, 04.43, 77.56, 77.57, 77.58, 82.84, 83.03, 82.21, 82.31, 83.31.	Si
B.1.7	RETIRADA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS PEQUEÑO (tornillos y placas atornilladas de dedos, manos, muñecas, pie y tobillos)	406,36 €	179,4243 €	119,6162 €	107,3210 €		Si

C) PRUEBAS COMPLEMENTARIAS RADIODIAGNÓSTICO						
CÓDIGO	CONCEPTO	IMPORTE	DESGLOSE	ESPECIALIDAD	CÓDIGO CIEP 9	ALTA TEC.
C.1	ECOGRAFÍA ABDOMINAL	47,17 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.78	Si
C.2	ECOGRAFÍA ARTICULAR (INCLUYENDO CADERA)	47,17 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.79	Si
C.3	ECOGRAFÍA MUSCULAR O TENDINOSA	47,17 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.79	Si
C.4	RESONANCIA MAGNÉTICA. ANGIOGRAFÍA	224,02 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.97	Si
C.5.1	RESONANCIA MAGNÉTICA (CERRADA). DOS O MÁS REGIONES ANATÓMICAS	110,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.94	Si
C.5.2	RESONANCIA MAGNÉTICA (ABIERTA). DOS O MÁS REGIONES ANATÓMICAS	110,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.94	Si
C.6.1	RESONANCIA MAGNÉTICA (CERRADA). UNA REGIÓN ANATÓMICA	95,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.94	Si
C.6.2	RESONANCIA MAGNÉTICA (ABIERTA). UNA REGIÓN ANATÓMICA	95,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.94	Si
C.7	T.A.C 1 (OSTEOARTICULAR, COLUMNA VERTEBRAL, CEREBRO, ABDOMEN, SINUS PARANASALES)	77,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.38	Si
C.8	ARTERIOGRAFÍA	97,44 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.4	Si
C.9	ARTROGRAFÍA	51,93 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.32	Si
C.10.1	ARTRORMN (CERRADA)	150,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	No consta	Si
C.10.2	ARTRORMN (ABIERTA)	150,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	No consta	Si
C.11	ARTROTAC	110,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	No consta	Si
C.12	CISTOURETROGRAFÍA	44,18 €		RADIODIAGNÓSTICO	87.76	Si
C.13	COLANGIOGRAFÍA	34,62 €		RADIODIAGNÓSTICO	87.52	Si
C.14	COLECISTOGRAFÍA	32,91 €		RADIODIAGNÓSTICO	87.59	Si
C.15	ENEMA OPACO	44,18 €		RADIODIAGNÓSTICO	87.64	Si
C.16	ENEMA OPACO DOBLE CONTRASTE	55,38 €		RADIODIAGNÓSTICO	87.64	Si
C.17	ESTUDIO RADIOLÓGICO ESÓFAGO/ESTÓMAGO	24,67 €		RADIODIAGNÓSTICO	87.69	Si
C.18	FISTULOGRAFÍA	29,77 €		RADIODIAGNÓSTICO	Depende zona	Si
C.19	FLEBOGRAFÍA	38,96 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.6	Si
C.20	MIELOGRAFÍA	90,96 €		RADIODIAGNÓSTICO	87.21	Si
C.21	MIELOGRAFÍA - RADICULOGRAFÍA	128,63 €		RADIODIAGNÓSTICO		Si
C.22	MIELOTAC C. CERVICAL (CONTRASTE SUBARACNOIDEO)	182,72 €		RADIODIAGNÓSTICO		Si
C.23	MIELOTAC C. DORSAL (CONTRASTE SUBARACNOIDEO)	182,72 €		RADIODIAGNÓSTICO		Si
C.24	MIELOTAC C. LUMBAR (CONTRASTE SUBARACNOIDEO)	182,72 €		RADIODIAGNÓSTICO		Si
C.25	NEFROTOMOGRFÍA	33,67 €		RADIODIAGNÓSTICO	87.72	Si
C.26	RENAL SIMPLE. UROGRAFÍA	47,61 €		RADIODIAGNÓSTICO	87.7	Si
C.27.1	RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (CERRADA) CON CONTRASTE	125,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.9	Si
C.27.2	RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (ABIERTA) CON CONTRASTE	125,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.9	Si
C.28	TAC DOBLE	97,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	Depende zona	Si
C.29	TAC SIMPLE CON CONTRASTE	107,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	Depende zona	Si
C.30	TAC TRIPLE	120,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	Depende zona	Si
C.31	TERMOGRAFÍA DE OTROS SITIOS	18,61 €		RADIODIAGNÓSTICO	88.8	Si
C.32	TOMOGRFÍAS	34,62 €		RADIODIAGNÓSTICO	Depende zona	Si
C.33	TRÁNSITO INTESTINO DELGADO	60,62 €		RADIODIAGNÓSTICO	87.6	Si
C.34	TRÁNSITO INTESTINO GRUESO	60,94 €		RADIODIAGNÓSTICO	87.6	Si
C.35	RADIOLOGÍA SIMPLE INFORMADA	30,00 €		RADIODIAGNÓSTICO	La Tarifa es por región anatómica, independientemente del número de placas que se hagan en cada región anatómica.	Si

D) OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS						
CÓDIGO	PRUEBAS DE ESPECIALIDADES	IMPORTE	DESGLOSE	ESPECIALIDAD	CÓDIGO CIEP 9	ALTA TEC.
D.1	ESPIROMETRÍA SIMPLE	14,48 €		ALERGOLOGÍA	89.37	No
D.2	ESPIROMETRÍA FORZADA. CURVAS FLUJO-VOLUMEN	18,13 €		ALERGOLOGÍA	89.38	No
D.3	CONTROL DOLOR POSTOPERATORIO MEDIANTE CATÉTERES PERIDURALES O AXILARES	104,67 €		TRATAMIENTO DEL DOLOR	3.9	No
D.4	CONTROL DOLOR POSTOPERATORIO MEDIANTE CATÉTERES PERIDURALES O DEL PLEXO BRAQUIAL (HABIENDO SIDO IMPLANTADOS EN EL ACTO QUIRÚRGICO)	78,48 €		TRATAMIENTO DEL DOLOR	3.9	No
D.5	IMPLANTE DE CATÉTERES PARA REHABILITACIÓN DEL MIEMBRO INFERIOR	104,70 €		TRATAMIENTO DEL DOLOR		No
D.6	IMPLANTE DE CATÉTERES PARA REHABILITACIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR	104,70 €		TRATAMIENTO DEL DOLOR		No
D.7	CLÍNICA DEL DOLOR, BL.NEUROL. ESPLÁCNICO	38,96 €		TRATAMIENTO DEL DOLOR	No consta	No
D.8	CLÍNICA DEL DOLOR, BL. NO NEUROLÍTICO	77,95 €		TRATAMIENTO DEL DOLOR	No consta	No
D.9	CLÍNICA DEL DOLOR, BL.NEUROL. PERIFÉRICO	38,96 €		TRATAMIENTO DEL DOLOR	No consta	No
D.10	DOPPLER ARTERIAL EE.II. O EE.SS.	29,95 €		ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	88.77	No
D.11	DOPPLER VENOSO EE.II. O EE.SS.	29,95 €		ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	88.77	No
D.12	ECO-DOPPLER ARTERIAL EE.SS. O EE.II.	69,34 €		ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	88.77	No
D.13	ECO-DOPPLER DE ARTERIAS VISCERALES	69,34 €		ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	88.76	No
D.14	ECO-DOPPLER DE TRONCOS SUPRAAÓRTICOS	69,34 €		ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	88.71	No
D.15	ECO-DOPPLER VENOSO EE.SS. O EE.II.	50,52 €		ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	88.77	No
D.16	ECOCARDIOGRAMA + DOPPLER COLOR	75,44 €		CARDIOLOGÍA	88.72	No
D.17	ECOCARDIOGRAMA	51,04 €		CARDIOLOGÍA	88.72	No
D.18	ERGOMETRÍA	53,03 €		CARDIOLOGÍA	89.41	No
D.19	HOLTER (E.C.G. DINÁMICO)	55,32 €		CARDIOLOGÍA	89.5	No
D.20	HOLTER DE PRESIÓN ARTERIAL	51,13 €		CARDIOLOGÍA	89.61	No
D.21	ELECTROCARDIOGRAMA	16,38 €		CARDIOLOGÍA	89.52	No
D.22	REHABILITACIÓN CARDIACA (VALORACION 1)	326,58 €	INCLUYE: Primera visita cardiología, Eco Doppler color, Analítica, Prueba de esfuerzo previa a la RH Cardiaca	CARDIOLOGÍA		No
D.23	REHABILITACIÓN CARDIACA (TRATAMIENTO 2) (por mes)	696,46 €	INCLUYE para un mes lo siguiente: Sesiones de Rehabilitación Cardiaca, Educación Sanitaria, Pruebas necesarias (Hotler, Pruebas de Esfuerzo, Ecocardiogramas, etc.). NO INCLUYE: La valoración, que se facturará aparte.	CARDIOLOGÍA		No
D.24	PUNCIÓN PARA CITOLOGÍA O CULTIVO	108,35 €		CIRUGÍA MAXILOFACIAL	18.12	No
D.25	PRUEBAS EPICUTÁNEAS (PATCH TEST)	37,86 €		DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y VENEREOLÓGÍA	86.19	No
D.26	ELECTROCOAGULACIÓN O CRIOTERAPIA DE VERRUGAS, TUMORES SUPERFICIALES, ETC. (UNA O VARIAS LESIONES)	13,94 €		DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y VENEREOLÓGÍA	86.3	No
D.27	INFILTRACIONES TERAPÉUTICAS CUTÁNEAS	9,45 €		DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y VENEREOLÓGÍA	99.29	No
D.28	ELECTROMIOGRAMA CUANTIFICADO MÁS NEUROGRAFÍA	87,03 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	93.08	No
D.29	ELECTROMIOGRAMA DE ESFÍNTERES	87,03 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	89.23	No
D.30	ELECTROMIOGRAMA DE FIBRA AISLADA	57,16 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	93.08	No
D.31	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	58,60 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	89.15	No
D.32	POTENCIALES EVOCADOS DE TRONCO CEREBRAL	61,71 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	89.15	No

CÓDIGO	PRUEBAS DE ESPECIALIDADES	IMPORTE	DESGLOSE	ESPECIALIDAD	CÓDIGO CIEP 9	ALTA TEC.
D.33	POTENCIALES EVOCADOS SOMESTÉSICOS DE MIEMBROS INFERIORES O SUPERIORES	61,71 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	89.15	No
D.34	ELECTROENCEFALOGRAMA DE SUEÑO	86,64 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	89.14	No
D.35	POLISOMNOGRAFÍA NOCTURNA	280,42 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	89.17	No
D.36	ELECTROENCEFALOGRAFÍA (EEG)	84,11 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	89.14	No
D.37	POLIGRAFÍA RESPIRATORIA	140,22 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	89.18	No
D.38	TEST DE LATENCIA DEL SUEÑO MÚLTIPLE	260,78 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	89.18	No
D.39	ELECTROMIOGRAMA CUANTIFICADO	43,20 €		NEUROLOGÍA	93.08	No
D.40	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES	61,71 €		NEUROLOGÍA	95.23	No
D.41	PUNCIÓN LUMBAR	92,75 €		NEUROLOGÍA	3.31	No
D.42	ECOGRAFÍA OFTÁLMICA BIOMETRÍA	62,87 €		OFTALMOLOGÍA	95.13	No
D.43	GONIOSCOPIA	18,83 €		OFTALMOLOGÍA	12.29	No
D.44	RETINOGRFÍA	94,64 €		OFTALMOLOGÍA	95.11	No
D.45	SONDAJE LAGRIMAL (UN OJO EN UN ADULTO)	11,74 €		OFTALMOLOGÍA	9.42	No
D.46	LAVADOS VÍAS LAGRIMALES	70,55 €		OFTALMOLOGÍA	9.49	No
D.47	NASOFIBROLARINGOSCOPIA	49,15 €		OTORRINOLARINGOLOGÍA	22.19	No
D.48	AUDIOMETRÍA	16,38 €		OTORRINOLARINGOLOGÍA	95.41	No
D.49	TIMPANOGRAMA	22,72 €		OTORRINOLARINGOLOGÍA		No
D.50	TIMPANOGRAMA / REFLEJO ESTAPEDIAL	26,42 €		OTORRINOLARINGOLOGÍA		No
D.51	ESTROBOSCOPIO	44,39 €		OTORRINOLARINGOLOGÍA		No
D.53	ERGOMETRÍA	28,19 €		REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN	No
D.54	VALORACIÓN CON INFORME DEL DOLOR PSICÓGENO (MMPI, DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y DOLOR)	78,48 €		TRATAMIENTO DEL DOLOR	94.02	No
D.58.1	VALORACIÓN FUNCIONAL DE CAPACIDAD DE LA MARCHA	200,00 €	Análisis de las fuerzas ejercidas y tiempo de apoyos mediante un sistema de plataformas dinamométricas.	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.58.2	VALORACIÓN FUNCIONAL DE CAPACIDAD DE LA MARCHA (3D)	400,00 €	Análisis de las fuerzas ejercidas y tiempo de apoyos mediante un sistema de plataformas dinamométricas y fotogrametría.	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.60	VALORACIÓN FUNCIONAL DE LA LUMBALGIA	315,00 €	Valoración funcional de la región lumbar mediante el empleo de plataformas dinamométricas y un análisis tridimensional del movimiento con capacidad para estudiar fuerzas, amplitud de movimiento y desplazamiento de segmentos del raquis vertebral lumbar durante la realización de determinados movimientos definidos y comparándolo con un patrón de normalidad o similar.	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.61	VALORACIÓN FUNCIONAL DE LA CERVICALGIA	315,00 €	Valoración funcional de la región cervical mediante dinamometría de la columna cervical o un sistema de video-fotogrametría en 3D con 4 cámaras sincronizadas que recogen la imagen de el/la paciente y analizan el movimiento desarrollado durante la realización de los diferentes recorridos cervicales en movimientos puros mantenidos o movimientos combinados definidos, comparándolos con un patrón de normalidad o similar.	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.62	VALORACIÓN FUNCIONAL DEL EQUILIBRIO	250,00 €	Valoración funcional del equilibrio postural mediante el empleo de plataformas dinamométricas con capacidad para analizar las variaciones del centro de presiones, combinando pruebas de posturografía estática con pruebas dinámicas basadas en el análisis de la marcha, los límites de estabilidad y la capacidad del paciente para conseguir un adecuado control del desplazamiento voluntario de su centro de gravedad, comparándolos con un patrón de normalidad o similar.	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si

CÓDIGO	PRUEBAS DE ESPECIALIDADES	IMPORTE	DESGLOSE	ESPECIALIDAD	CÓDIGO CIEP 9	ALTA TEC.
D.63	VALORACIÓN FUNCIONAL DE HOMBRO	315,00 €	Valoración funcional de la región del hombro mediante dinamometría isocinética y/o cinemática (puede incluir electromiografía de superficie).	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.64	VALORACIÓN FUNCIONAL DE RODILLA	315,00 €	Valoración funcional de la región de la rodilla mediante dinamometría isocinética y/o cinemática (puede incluir electromiografía de superficie).	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.76	VALORACIÓN FUNCIONAL DEL CODO	250,00 €	Valoración funcional de la región del codo mediante dinamometría isocinética y/o cinemática (puede incluir electromiografía de superficie).	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.77	VALORACIÓN FUNCIONAL DE LA MUÑECA	250,00 €	Valoración funcional de la región de la muñeca mediante dinamometría isocinética y/o cinemática (puede incluir electromiografía de superficie).	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.78	VALORACIÓN FUNCIONAL DE LA MANO	200,00 €	Valoración funcional de la región de la mano mediante dinamometría de presión de mano en 5 posiciones, test de fuerza alternante, test de fuerza sostenida, pinzometría, goniometría electrónica o similares.	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.79	VALORACIÓN FUNCIONAL DEL PIE	170,00 €	Valoración funcional de la región del pie con estudio de las presiones plantares mediante el empleo de plantillas instrumentadas o similares.	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.80	VALORACIÓN FUNCIONAL DE LA CADERA	315,00 €	Valoración funcional de la región de la cadera mediante dinamometría isométrica y/o cinemática (puede incluir electromiografía de superficie).	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.81	VALORACIÓN FUNCIONAL DEL TOBILLO	315,00 €	Valoración funcional de la región del tobillo mediante dinamometría isométrica y/o cinemática (puede incluir electromiografía de superficie).	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
D.82	VALORACIÓN DE FATIGA	300,00 €	Valoración de la fatiga mediante pruebas dinámicas o similares, de protocolos específicos de fatiga.	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si

D.73	EVALUACIÓN OBJETIVA DE GESTOS Y ACCIONES FUNCIONALES LABORALES DE ACUERDO CON PROTOCOLOS PREESTABLECIDOS	450,00 €	Evaluación objetiva (cargas, tiempos y calidad de ejecución) de gestos y acciones funcionales laborales de acuerdo con protocolos preestablecidos. Término de Functional Capacity Evaluation. Mediante sistemas que incluyen protocolo de carga física individualizado y exhaustivo, como EVALTECH de BTE Technologies o NedLabor/IBV.	UNIDADES DE VALORACIÓN FUNCIONAL		Si
------	--	----------	--	----------------------------------	--	----

CÓDIGO	PRUEBAS DE ESPECIALIDADES	IMPORTE	DESGLOSE	ESPECIALIDAD	CÓDIGO CIEP 9	ALTA TEC.
	INFILTRACIONES					
D.65	INFILTRACIONES	19,49 €	Si el servicio se presta en un quirófano, la factura correspondiente estaría compuesta por los siguientes conceptos: - El concepto correspondiente a la Infiltración - B) ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA – GRUPO 0 – QX HOSPITALIZACIÓN - Si es necesario: B) ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA – GRUPO 0 – HONORARIOS ANESTESISTA		99.2	No
D.66	INFILTRACIONES FACETARIAS	64,93 €		No		
D.67	INFILTRACIONES FACTORES DE CRECIMIENTO SIN INGRESO	75,86 €		No		
D.68	CURA FACTORES DE CRECIMIENTO SIN INGRESO	111,02 €		No		
D.69	INFILTRACIÓN INTRADISCAL CON OZONO	100,82 €		No		

CÓDIGO	PRUEBAS DE ESPECIALIDADES	IMPORTE	DESGLOSE	ESPECIALIDAD	CÓDIGO CIEP 9	ALTA TEC.
	ONDAS DE CHOQUE					
D.70	BAJA ENERGÍA	235,55 €	Incluye: Honorarios médicos, Primera consulta, Ecografía y hasta Tres sesiones de ondas. Si el servicio se presta en un quirófano, la factura correspondiente estaría compuesta por los siguientes conceptos: - D.70 ONDAS DE CHOQUE – BAJA ENERGÍA - B) ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA – GRUPO 0 - QX HOSPITALIZACIÓN			No
D.71	ALTA ENERGÍA	235,55 €	Incluye: Honorarios Médicos, Primera consulta, Ecografía y Una sesión de ondas			No

D.72	TR. SERVICIO DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS		Tarifa bajo presupuesto que deberá ser aceptado por la Mutua que solicite el servicio.	TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA		No
------	------------------------------------	--	--	------------------------------------	--	----

D.74	TRANSPORTE SANITARIO		Tarifa bajo presupuesto que deberá ser aceptado por la Mutua que solicite el servicio.			No
------	----------------------	--	--	--	--	----

D.75	LO. SESIÓN LOGOPEDA	17,52 €	Por sesión.	LOGOPEDIA		No
------	---------------------	---------	-------------	-----------	--	----

E) PRUEBAS/PERFILES LABORATORIO					
CÓDIGO	PRUEBAS DE ESPECIALIDADES	IMPORTE	DETERMINACIONES	ESPECIALIDAD	ALTA TEC.
E.1	PERFIL BÁSICO	20,06 €	Bioquímica (Índice de aterogeneidad, Colesterol, Colesterol-HDL, Colesterol LDL, Colesterol VLDL, Triglicéridos, Glucosa, GOT, GPT, GGT, Ácido úrico, Bilirrubina total, Creatinina, Fosfatasa alcalina, Proteínas totales) + Urianálisis + Hemograma + V.S.G.	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.2	PERFIL BÁSICO + IONOGRAMA	23,07 €	Bioquímica (Índice de aterogeneidad, Colesterol, Colesterol-HDL, Colesterol LDL, Colesterol VLDL, Triglicéridos, Glucosa, GOT, GPT, GGT, Ácido úrico, Sodio, Potasio, Cloro, Bilirrubina total, Creatinina, Fosfatasa alcalina, Proteínas totales CALCIO) + Urianálisis + Hemograma + V.S.G.	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.3	PERFIL SIMTROM	8,02 €	Tiempo Protrombina (INR)	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.4	PERFIL HEMOSTASIA	18,05 €	Hemograma + TTPA (Tiempo de tromboplastina parcial activado) + TP (tiempo de protrombina) + Fibrinógeno	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.5	PERFIL BÁSICO + SEROLOGÍA REUMÁTICA	28,08 €	BÁSICO + ASLO + PCR + Factor reumatoide	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.6	PERFIL BÁSICO + ESTUDIO HIERRO	21,06 €	BÁSICO + HIERRO + TRANSFERRINA + FERRITINA + ÍNDICE SATURACIÓN TRANSFERRINA	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.7	PERFIL BÁSICO + PERFIL ANEMIAS	35,11 €	BÁSICO + HIERRO + TRANSFERRINA + FERRITINA + ÍNDICE SATURACIÓN TRANSFERRINA + VITB12 + AC. FÓLICO	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.8	PERFIL PREOPERATORIO	25,08 €	Hemograma bilirrubina total cloro creatinina GGT glucosa GOT GPT potasio colinesterasa sérica sodio tiempo cefalina tiempo protombina INR + colesterol y fracciones+ ac. Úrico	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.9	PERFIL PREOPERATORIO + SEROLOGÍA	50,15 €	Hemograma bilirrubina total cloro creatinina GGT glucosa GOT GPT potasio colinesterasa sérica sodio tiempo cefalina tiempo protombina INR AG HBS + AC ANTI-HBS + AC ANTI-HBC + AC ANTI-VHC + SEROLOGIA VIH urianálisis + COLESTEROLES + AC ÚRICO	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.10	PERFIL BÁSICO + CARDIACO	50,15 €	BÁSICO + sodio + potasio,+ cloro + calcio + CK + LDH + Troponina + CK-MB + Mioglobina + BNP	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.11	PERFIL BIOLÓGICO	45,14 €	Ag HBs + AC anti-HBs + Ac anti-HBc + Ac anti-VHC + serologia VIH + AST + ALT + GGT + Urea + Creatinina + Hemograma + GLUCOSA + ALP	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.12	PERFIL CONTROL INFECCIÓN	20,06 €	HEMOGRAMA V.S.G. PCR, Fe FERRITINA	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.13	PERFIL BÁSICO + DIABETES	27,08 €	BÁSICO + IONES + Hemoglobina glicosilada (Hba1c)	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.14	CADI URGENCIAS	15,25 €	Según la patología y prescripción médica, incluye uno o varios de los siguientes perfiles de urgencias: 1. Orina: Bilirrubina, Densidad, Glucosa, Cuerpos Cetónicos Leucocitos, Nitritos, Ph, Proteínas, Hematíes, Urobilinógeno. 2. Bioquímica: Anión GAP, Exceso de bases, Bun, Cloro, Creatinina, Glucosa, Hemoglobina, HCO3, Hematocrito, Iones (Na, K, Ca). 3. Coagulación: Tiempo cefalina activado, Protrombina/INR. 4. Cardíaco: Troponina I. 5. Gasometría: Exceso de base, HCO3, PCO2, Ph, PO2,SO2,TCO2	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.15	CADI ESPECÍFICO 1	2,01 €	Hemograma: Fórmula Recuento más plaquetas	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.16	CADI ESPECÍFICO 2	22,86 €	Perfil Cardíaco Específico: BNP,CK MB, Dimero D, Myoglobina, Troponina I	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.17	CADI ESPECÍFICO 3	22,86 €	Perfil Lipídico colesterol, hdl colesterol, ldl colesterol, vldl colesterol, triglicéridos, índice de aterogénico	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.18	CADI ESPECÍFICO 4	22,86 €	Perfil PCR: glucosa, sodio, potasio, cloro creatinina ck total, PCR	PERFILES DE LABORATORIO	No
E.19	CADI ESPECÍFICO 5	22,86 €	Perfil BQ 13 glucosa, calcio iónico, urea, creatinina, alt, ast, alp, albúmina, amilasa, ggt, , bilirrubina total, , ac.úrico, proteínas totales	PERFILES DE LABORATORIO	No

F) INFORMES ESPECIALIZADOS A PETICIÓN						
CÓDIGO	PRUEBAS DE ESPECIALIDADES	IMPORTE	DESGLOSE	ESPECIALIDAD	CÓDIGO CIEP 9	ALTA TEC.
F.1	INFORME MÉDICO ESPECIALIZADO / REQUERIDO	49,53 €	Informes Especializados a Petición e independientes a los habituales que ya se emiten en los Apartados A), B), C) y D).	INFORMES ESPECIALIZADOS A PETICIÓN		No
F.2	INFORME DE VALORACIÓN NEURO-PSICOLÓGICO LABORAL	49,53 €		INFORMES ESPECIALIZADOS A PETICIÓN		No
F.3	INFORME DE VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA	49,53 €		INFORMES ESPECIALIZADOS A PETICIÓN		No
F.4	INFORME DE VALORACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO	135,00 €	Se aplica un coste de 45,00 € / Técnico, estimándose 3 horas para realizar el Informe de Valoración del Puesto de Trabajo.	INFORMES ESPECIALIZADOS A PETICIÓN		No

G) CONSULTAS ESPECIALISTA						
CÓDIGO	CONSULTAS ESPECIALIDADES	IMPORTE	DESGLOSE	ESPECIALIDAD	OBSERVACIONES	ALTA TEC.
G.1	CONSULTA PSICOLOGÍA	30,00 €		PSICOLOGÍA	Por consulta.	No
G.2	AC. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR		No
G.3	AC. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	Incluye informe básico asistencial.	No
G.4	CA. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		CARDIOLOGÍA		No
G.5	CA. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		CARDIOLOGÍA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.6	CM. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		CIRUGÍA MAXILOFACIAL		No
G.7	CM. CCONSULTA SUCESIVA	30,00 €		CIRUGÍA MAXILOFACIAL	Incluye informe básico asistencial.	No
G.8	DE. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y VENEREOLOGÍA		No
G.9	DE. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y VENEREOLOGÍA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.10	LM. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		LESIONADOS MEDULARES		No
G.11	LM. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		LESIONADOS MEDULARES	Incluye informe básico asistencial.	No
G.12	NC. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA		No
G.13	NC. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.14	NE. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		NEUROLOGÍA		No
G.15	NE. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		NEUROLOGÍA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.16	OT. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		OFTALMOLOGÍA		No
G.17	OT. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		OFTALMOLOGÍA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.18	OR. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		OTORRINOLARINGOLOGÍA		No
G.19	OR. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		OTORRINOLARINGOLOGÍA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.20	RE. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		REHABILITACIÓN		No
G.21	RE. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		REHABILITACIÓN	Incluye informe básico asistencial.	No
G.22	CG. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		CIR. GENERAL / AP. DIGEST.		No
G.23	CG. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		CIR. GENERAL / AP. DIGEST.	Incluye informe básico asistencial.	No
G.24	CP. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		CIRUGÍA PLAST. / REPAR.		No
G.25	CP. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		CIRUGÍA PLAST. / REPAR.	Incluye informe básico asistencial.	No
G.28	MI. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		MEDICINA INTERNA		No
G.29	MI. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		MEDICINA INTERNA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.30	NU. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		NEUROCIRUGÍA		No
G.31	NU. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		NEUROCIRUGÍA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.32	RM. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		REUMATOLOGÍA		No
G.33	RM. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		REUMATOLOGÍA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.34	TR. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA		No
G.35	TR. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.36	UR. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		UROLOGÍA		No
G.37	UR. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		UROLOGÍA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.38	PQ. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		PSIQUIATRÍA		No
G.39	PQ. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		PSIQUIATRÍA	Incluye informe básico asistencial.	No
G.40	AN. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN		No
G.41	TD. CONSULTA DE URGENCIAS / 1ª CONSULTA	52,00 €		TRATAMIENTO DEL DOLOR		No
G.42	TD. CONSULTA SUCESIVA	30,00 €		TRATAMIENTO DEL DOLOR	Incluye informe básico asistencial.	No

CRITERIOS DE APLICACIÓN DE ESTAS TARIFAS

- Estas tarifas se aplicarían entre las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social para la facturación de los servicios sanitarios que se presten entre ellas con medios propios. La facturación de las Mutuas por los Servicios Sanitarios prestados a terceros (Entidades Gestoras, Servicios Públicos de Salud, etc.) se realizaría en base a los acuerdos que pudieran alcanzarse, entendiéndose obligado, en aquellos casos en los que pueda existir una prestación de servicios bidireccional, que se produzca la necesaria reciprocidad.
- Salvo acuerdos existentes entre Mutuas, los servicios prestados con medios ajenos, serán facturados por el importe satisfecho por la Mutua que requirió el servicio, siendo imprescindible que el proveedor disponga de autorización Cas@ para poder prestar dicho servicio, excepto en los casos de urgencias vitales. Para la facturación de los servicios prestados con medios ajenos, la Mutua que realiza el recobro debe incluir copia de la factura del proveedor a la Mutua que requirió el servicio.
- Al amparo de lo establecido en los artículos 4 y 5 de la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española, la revisión de las "TARIFAS DE SERVICIOS SANITARIOS DE MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL" se realizará respecto de aquellos apartados en los que las Mutuas Colaboradoras consideren procedente la modificación de las compensaciones económicas establecidas en estas Tarifas, una vez analizados los costes inherentes a cada uno de los conceptos facturables. La Junta de Gobierno de AMAT habrá de aprobar expresamente la modificación de precios. Los nuevos importes surtirán efecto a partir del 1 de enero de 2020 y tendrán vigencia durante todo el periodo 2020 (a no ser que se aprueben otras tarifas en AMAT, en cuyo caso serán de aplicación a partir del primer día del mes siguiente a su aprobación en AMAT).
- Las tarifas recogidas en este documento son sólo de aplicación para los Centros Propios de las 20 Mutuas, no aplican a los Centros Mancomunados.