



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2019
AÑO DEL CAUDILLO DEL SUR
EMILIANO ZAPATA

ANEXO 2

MANUAL DE LINEAMIENTOS GENERALES PARA EL INTERCAMBIO DE SERVICIOS



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2019
AÑO DEL CAUDILLO DEL SUR
EMILIANO ZAPATA

Coordinación

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Participantes

Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Servicios Estatales de Salud de Baja California Sur.

Servicios Estatales de Salud de Yucatán.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Objetivos	5
3. Marco legal.....	6
4. Ámbito.....	8
5. Marco conceptual.....	8
6. Lineamientos.....	11
6.1. Disposiciones generales	11
6.2. Proceso para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica.....	21
6.2.1. De las garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica.....	21
6.2.2. De la derivación y contraderivación de pacientes	21
6.2.3. Del equipamiento/infraestructura	26
6.2.4. De la atención médica	27
6.2.5. De los mecanismos de pago.....	29
GLOSARIO.....	34
ANEXOS	42

1. Introducción

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en su meta II. México Incluyente, específicamente en su Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, Estrategias 2.3.1 y 2.3.4 plantea avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, así como garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, mediante el desarrollo de instrumentos estandarizados necesarios para la integración y cooperación efectiva de las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud.

El Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018 establece en el objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad planteando en su estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana independientemente de su condición social o laboral y en el objetivo 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Para asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, el Estado deberá utilizar todos los recursos a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, que permita responder a sus necesidades.

En este contexto, para avanzar, es preciso que respetando la autonomía y la división de responsabilidades para ejercer el poder de decisión de las entidades federativas y de las diferentes instituciones de salud, continúen los esfuerzos necesarios para encontrar mecanismos de unificación entre los integrantes del sector para cumplir con los objetivos de acceso a partir de

una coordinación interinstitucional que promueva el uso eficiente de la capacidad instalada nacional, en atención a los requerimientos de salud de la población.

En este documento, se presenta el Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios, el cual describe los procedimientos y mecanismos acordados entre las Instituciones en lo que se refiere al intercambio de servicios, así como a la prestación unilateral de servicios en el Sector Salud. Tiene la finalidad de brindar un marco referencial y un conjunto de orientaciones, producto del trabajo interinstitucional, que puedan constituirse en la base de las acciones para la integración del Sistema Nacional de Salud.

2. Objetivos

Objetivo general

Establecer los criterios operativo-administrativos que permitan el intercambio o prestación unilateral de servicios de atención médica, entre los distintos prestadores de servicios en el país, con el propósito de avanzar en la integración del Sistema Nacional de Salud.

Objetivos específicos

- a. Estandarizar los mecanismos de operación para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica entre las instituciones públicas del sector.
- b. Facilitar los mecanismos de derivación y contraderivación de pacientes, entre las unidades médicas participantes en el intercambio o prestación unilateral de servicios.

3. Marco legal

El marco normativo en el que se rigen los presentes lineamientos es el siguiente:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley General de Salud.
3. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
4. Ley del Seguro Social. Artículo 89, fracción IV.
5. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y su Reglamento.
6. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento.
7. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
8. Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento.
9. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
10. Ley Federal de Presupuesto, y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento
11. Ley de Contabilidad Gubernamental y su Reglamento.
12. Presupuesto de Egresos de la Federación para ejercicio fiscal correspondiente.
13. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
14. Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.
15. Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
16. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
17. Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018.

18.Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018.

19.Lineamientos para el ejercicio presupuestal. Capítulo XIV, Contratación de Servicios Subrogados. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Dirección de Finanzas.

20.Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios.

21.Acuerdo mediante el cual se establecen los Lineamientos para la contraprestación económica del Sistema de Protección Social en Salud. DOF 24 de mayo de 2015.

4. Ámbito

Los presentes lineamientos serán aplicables a las instituciones públicas del Sector Salud, que celebren convenios de intercambio o prestación unilateral de servicios de atención médica con otras instituciones públicas.

5. Marco conceptual

La protección a la salud es un derecho de todos los mexicanos, consagrado en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y corresponde a la Secretaría de Salud, planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, deberá propiciar y coordinar la participación de los sectores social y privado en el Sistema Nacional y determinar las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes.

El Sistema tiene entre sus objetivos primordiales proporcionar servicios de salud de calidad a toda la población, así como promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud, a fin de mejorar la prestación de sus servicios a través de la atención médica, con la finalidad de efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno a los pacientes.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 propone en su objetivo 2.3 asegurar el acceso a los servicios de salud, el cual incluye avanzar en la construcción de un

Sistema Nacional de Salud Universal así como garantizar dicho acceso de manera efectiva y con calidad.

En cumplimiento a este ordenamiento, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 propone, avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana independientemente de su condición social o laboral bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, así como instrumentar mecanismos para sentar las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal.

Adicionalmente, la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, promueve la ampliación de cobertura, mediante la articulación y organización de los diferentes esquemas de aseguramiento y de proveedores de servicios de salud para hacer más eficiente al sistema, así mismo, busca incrementar la infraestructura en aquellos lugares en los que actualmente sea deficiente y procura garantizar el suministro de medicamentos y material de curación.

Para avanzar en la integración del Sistema Nacional de Salud y el acceso a los servicios de salud, respetando la autonomía y la división de responsabilidades de cada una de las instituciones, se llevan a cabo los esfuerzos necesarios para encontrar mecanismos de unificación para lograr utilizar de manera más eficiente los recursos de atención a la salud con que cuentan las instituciones.

El intercambio o prestación unilateral de servicios forma parte de las estrategias que permitirán mejorar la eficiencia y fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles, como el medio para ampliar la cobertura.

El intercambio de servicios se define como la atención a la población, en las

unidades médicas, a partir de intervenciones convenidas y bajo criterios de derivación previamente establecidos, independientemente de la afiliación y la condición laboral de la persona.

Este modelo no implica la portabilidad de servicios por parte de los derechohabientes de las distintas instituciones, ya que para que un paciente pueda ser atendido en una institución distinta a la suya, deberá ser referenciado por su unidad de adscripción.

El objetivo del intercambio o prestación unilateral de servicios es ofrecer a la población, independientemente de su afiliación, atención médica oportuna, eficiente y de calidad, a partir del óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada, en cualquiera de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, respecto a un paquete específico de servicios.

En esta primera etapa, el intercambio o prestación unilateral de servicios es por referencia, no de libre elección, en las unidades médicas y servicios convenidos por las instituciones.

El intercambio o prestación unilateral de servicios constituye el primer paso para transitar hacia la integración del Sistema de Salud en nuestro país. Permitirá proporcionar, en la medida de lo posible y de forma gradual, atención médica integral y continua sin necesidad de trasladarse a grandes distancias. Se podrá complementar la atención entre las instituciones y aprovechar el talento del personal involucrado, fortaleciendo la capacidad resolutive en las entidades.

6. Lineamientos

6.1. Disposiciones generales

6.1.1. El presente Manual de Lineamientos es de carácter general y tiene como objetivo sentar las bases para ejecución de los de convenios específicos para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica.

6.1.2. Para realizar el intercambio o prestación unilateral de servicios se suscribirán convenios específicos de colaboración interinstitucional dentro del marco del Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios, en lo que refiere al intercambio o prestación unilateral de servicios entre las instituciones públicas del Sector Salud, del cual se derivan convenios específicos entre los Servicios Estatales, Delegaciones de IMSS e ISSSTE, y cuando proceda, con Hospitales Regionales.

Las Entidades federativas y las instituciones públicas que tengan a su cargo la prestación de Servicios de Atención Médica, podrán adherirse en cualquier tiempo al Acuerdo General, mediante la suscripción de la hoja de firma correspondiente, en el entendido de que en dicha adhesión manifiestan su voluntad de sujetarse a las decisiones tomadas por la Comité Nacional.

Se requerirá formalizar el intercambio o prestación unilateral de servicios utilizando como base el modelo de convenio específico

de colaboración interinstitucional.

6.1.3. Las instituciones elaborarán, tomando como base la demanda de atención de sus beneficiarios y/o derechohabientes, el diagnóstico para determinar sus servicios excedentes y/o faltantes. Esta información permitirá vincular la oferta y demanda entre las instituciones del sector, así como, diseñar, desarrollar e implementar estrategias para llevar a cabo el intercambio o prestación unilateral de servicios.

6.1.4. Podrán ser materia de cualquier convenio específico, las intervenciones de atención a la salud que se encuentran especificadas en el “Listado de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios”. Se presenta en el Anexo A este Listado que se ha acordado con las instituciones participantes para utilizar durante el intercambio o prestación unilateral de servicios. No se excluye la posibilidad de incorporar nuevos servicios, de acuerdo con las estrategias evaluadas por las Unidades Médicas y el diagnóstico de oferta y demanda. En estos casos será necesario solicitar al Comité Nacional la incorporación de las nuevas intervenciones, a fin de que se realice la revisión, desarrollo y generación de la nueva tarifa. Se requerirá formalizar el intercambio o prestación unilateral de servicios utilizando como base el modelo de convenio específico con la adecuación correspondiente.

6.1.5 El intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención

Médica deberá sujetarse al Procedimiento de derivación, contraderivación y atención médica establecidos en los formatos y flujogramas de este Manual de Lineamientos (Anexos B, C, D y E).

- 6.1.6 Los convenios deberán establecer de manera detallada los compromisos, obligaciones, mecanismos y garantías de pago que se asumen para el intercambio o prestación unilateral de servicios entre las instituciones del sector público de acuerdo a la normatividad aplicable y sujetos a la disponibilidad presupuestal correspondiente.
- 6.1.7. Las instituciones que celebren convenios para el intercambio o prestación unilateral de servicios de atención a la salud deberán comprometerse, de manera expresa, a establecer las acciones necesarias para que las unidades médicas a su cargo, de acuerdo a su nivel de atención, estén en posibilidades de ofrecer los servicios médicos, de diagnóstico y terapéuticos requeridos, con la seguridad, calidez, calidad y efectividad necesaria para el cumplimiento de los convenios. Para ello, deberán contar con la infraestructura, tecnología y recursos humanos apropiados para dar atención a los padecimientos que conforman la cartera de servicios objeto del intercambio o prestación unilateral de servicios.
- 6.1.8. En el marco del intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica las unidades prestadoras de servicios registradas en el convenio interinstitucional de colaboración, deberá considerar la acreditación, estipulada en la Ley General de Salud o en su caso, la certificación o cualquier otra modalidad que garantice la calidad de

la atención a los derechohabientes. La acreditación de las unidades médicas se llevará a cabo mediante la manifestación bajo protesta de decir verdad, del cumplimiento de los criterios establecidos para obtener el Dictamen de Acreditación. Este procedimiento estará sujeto a la verificación por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). En caso de no contar con estándares de calidad requeridos, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), definirá los tiempos a partir de la firma de convenios que se deberán dar para cumplir con alguno de los procesos de calidad.

- 6.1.9. Asimismo, las unidades deberán tener establecido un sistema de atención que permita reducir al mínimo los riesgos a que están expuestos los pacientes, para garantizar que se trabaja en las mejores condiciones.
- 6.1.10. La Institución demandante del servicio no tendrá responsabilidad alguna con el personal médico, paramédico, técnico, administrativo y de intendencia de la unidad receptora, destinado para la atención de sus beneficiarios y/o derechohabientes.
- 6.1.11. El pago de servicios se hará según lo establecido en los convenios específicos. La propuesta de formato de recibo de pago, Anexo E.1, es un referente para aquellas instituciones que lo requieran, podrán hacer las adecuaciones que consideren de acuerdo a su normatividad. Para el pago se integrará el informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios que se describe en

el Anexo E.2.

- 6.1.12. Cualquier servicio prestado deberá respetar en todo momento los derechos humanos de los usuarios y ser brindado de manera segura, oportuna, con trato digno, respetuoso, profesional y eficiente; sin discriminación por motivos de edad, género, nivel socioeconómico, derechohabencia, afiliación o padecimiento preexistente; cumpliendo con las garantías de acceso efectivo, calidad y oportunidad de la atención médica. Para tales efectos, las instituciones participantes se obligan a establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de los pacientes y de los servicios intercambiados.
- 6.1.13. Cualquier abuso, impericia o negligencia cometida por el prestador del servicio durante el intercambio o prestación unilateral de servicios, una vez agotados los procedimientos emitidos por el Comité Nacional y el Comité Local, la dictaminación final será por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).
- 6.1.14. La información y actividades que se produzcan en cumplimiento del convenio de intercambio o prestación unilateral de servicios, serán clasificadas atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su reglamento. Por ello, las partes se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto de la información y resultados que se produzcan derivados del cumplimiento del presente instrumento. En particular, la información contenida en el

expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orienten la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente.

6.1.15. El intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica será administrado por el Comité Nacional, mismo que estará integrado por dos miembros del IMSS, uno de ellos designados por el Programa IMSS PROSPERA, uno del ISSSTE, uno por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, quien lo presidirá, uno por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, uno por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, y uno por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en su calidad de asesor, estos cuatro últimos dependientes de la Secretaría de Salud. Las entidades federativas quedarán adheridas y representadas ante el Comité Nacional por dos representantes de los servicios estatales de salud nombrados anualmente, de manera rotatoria, por el Consejo Nacional de Salud.

Además, habrá un Comité Local en cada entidad federativa que firme un convenio específico, el cual estará conformado por un miembro de las instituciones que suscriban el convenio. El Comité Local será responsable de la operación y seguimiento del intercambio o prestación unilateral de servicios en su entidad, y podrá en cualquier momento, solicitar asesoría y/o apoyo a la

Secretaría de Salud. La presidencia del Comité Local estará a cargo del representante de la Entidad para el convenio específico.

El Comité Nacional, se reunirá por lo menos una vez cada tres meses y será responsable de:

- a) Expedir sus Reglas Internas de Operación a más tardar en sesenta días naturales contados a partir de su conformación y actualizarlas.
- b) Impulsar la implementación de los instrumentos y mecanismos que permitan la operación al interior de las unidades médicas de las instituciones participantes, de los compromisos y obligaciones derivadas de la suscripción del Acuerdo General.
- c) Revisar y actualizar el “Listado de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios”, así como el “Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios”.
- d) Mantener actualizado el registro de Convenios Específicos.
- e) Evaluar y dar seguimiento al cumplimiento de los objetivos del Acuerdo General.
- f) Mantener disponible la información que se desprenda de la ejecución del Acuerdo General.
- g) Promover la conformación de grupos colegiados, que permitan facilitar la implementación de instrumentos y herramientas para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención

Médica, con la debida representación de las instituciones participantes.

- h) Integrar el informe anual de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios, para lo cual pone a disposición de las instituciones participantes el formato de Registro de pacientes atendidos por vía del intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica.
- i) Revisar cualquier aspecto operativo o práctico que deba ser modificado, para una mejor aplicación de los términos y condiciones estipulados en el Acuerdo General.
- j) Aprobar la adopción de los criterios mínimos de calidad, capacidad y seguridad propuestos por la Secretaría de Salud, con la participación del IMSS y del ISSSTE, entre otras instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, conforme a la normativa vigente y comunicarlos a las instituciones participantes, a fin de garantizar el acceso y la oportunidad en la prestación de Servicios de Atención Médica.
- k) Acordar las garantías de Oportunidad de la Atención Médica.
- l) Difundir la oferta y necesidades de servicios de las instituciones participantes, a fin de promover la suscripción de Convenios Específicos.
- m) Determinar el procedimiento a seguir en caso de que se presente alguna complicación relacionada con las intervenciones realizadas, a fin de que se emita un dictamen que establezca la

responsabilidad, las causas de la complicación en la salud de los Beneficiarios o Derechohabientes y las erogaciones que resulten por los procedimientos posteriores.

- n) Emitir los lineamientos para la atención de las quejas de los usuarios que deriven del Acuerdo General, tomando en consideración las disposiciones jurídicas aplicables a las instituciones participantes.
- o) Conocer de las controversias o desacuerdos relacionados con el Acuerdo General, a fin de llegar a un acuerdo.
- p) Las demás que de común acuerdo determinen las instituciones participantes a través del propio Comité Nacional.

Por su parte, el Comité Local deberá reunirse por lo menos una vez cada 3 meses será responsable de:

- a) Expedir sus Reglas Internas de Operación a más tardar en sesenta días naturales contados a partir de su conformación y actualizarlas.
- b) Impulsar la implementación de los instrumentos y mecanismos que permitan la operación al interior de las unidades médicas de las instituciones participantes, de los compromisos y obligaciones derivadas de la suscripción del Convenio Específico.
- c) Remitir al Comité Nacional un ejemplar del convenio específico para su inclusión en el registro de Convenios Específicos.
- d) Verificar que se cumplan las obligaciones atribuibles a las

instituciones participantes, en los términos establecidos en el Convenio Específico y el Acuerdo General.

- e) Promover la conformación de grupos colegiados, que permitan facilitar la implementación de instrumentos y herramientas para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica, con la debida representación de las instituciones participantes.
- f) Contribuir en la actualización de los Anexos que forman parte integrante del Convenio Específico.
- g) Gestionar el cumplimiento de los compromisos de las instituciones participantes, en los plazos establecidos.
- h) Atender las quejas de los usuarios de los servicios, de acuerdo con los lineamientos emitidos por el Comité Nacional para tal fin.
- i) Conocer de las controversias o desacuerdos relacionados con el Convenio Específico, en términos de lo previsto en la Cláusula Décima Sexta del convenio específico “Solución de Controversias”.
- j) Facilitar las actividades de acreditación de los servicios y/o evaluación de la calidad en las unidades médicas que presten servicios de atención médica, al amparo del presente instrumento, así como aquellas de supervisión del otorgamiento de los servicios de atención médica que realicen las instituciones participantes, respetando las disposiciones y los criterios médicos en lo general y en lo específico.

- k) Las demás que de común acuerdo determinen las instituciones participantes, a través del propio Comité Local, que en ningún caso invadirán las que corresponden al Comité Nacional.

6.2. Proceso para el intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica

Los lineamientos para el proceso de intercambio o prestación unilateral de servicios comprenden los referentes a las garantías de la atención, derivación y contraderivación del paciente, del registro y trámites, de equipamiento e infraestructura y de la atención médica.

Para cada uno de ellos se señalan los siguientes lineamientos:

6.2.1. De las garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica

6.2.1.1. Preferentemente, las unidades médicas que participen en el intercambio o prestación unilateral de servicios y que presenten un diferimiento en la atención médica que exceda los tiempos de espera señalados en el Anexo F, derivarán a sus pacientes mediante el intercambio o prestación unilateral de servicios.

6.2.1.2. Las unidades médicas que presten la atención médica de intercambio o prestación unilateral de servicios deberán ajustarse a los tiempos establecidos en el Anexo F.

6.2.2. De la derivación y contraderivación de pacientes

6.2.2.1. Las unidades médicas participantes en el intercambio o prestación

unilateral de servicios, deberán apegarse a los procedimientos y formatos establecidos en este Manual para la Derivación - Contraderivación de los pacientes a cualquier servicio de atención médica requerida y establecida en el convenio específico.

6.2.2.2. Para solicitar los servicios de atención médica y establecer los procesos de derivación y contraderivación de los pacientes, las Instituciones deberán contar con una relación del personal médico facultado para autorizar la solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios (formato de derivación y contraderivación), así como una relación del personal que se encuentra facultado para gestionar la operación del intercambio o prestación unilateral de los servicios en cada unidad médica. Dichas relaciones deberán contener los números telefónicos, correos electrónicos y horarios de atención, lo cual debe estar especificado en los anexos de los convenios específicos.

6.2.2.3. El personal facultado para gestionar la derivación del paciente a la otra institución, deberá contar con la solicitud de intercambio de servicios o prestación unilateral de servicios del paciente autorizada por el personal facultado para ello y con el folio correspondiente, y deberá establecer comunicación vía telefónica con sus contrapartes en las unidades médicas receptoras, para efecto de conocer la disponibilidad de espacios de acuerdo al servicio requerido y programar la cita del paciente.

Es responsabilidad de cada unidad médica que deriva, enviar al

paciente a la unidad receptora con el formato de solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios debidamente requisitado, identificando la vigencia de derechos del paciente de acuerdo a su normatividad en las instituciones en donde aplique. Asimismo cada unidad médica, extenderá al paciente que derivará, dicha solicitud en original y copia en donde se identifique claramente la fecha de la cita, así como la hora y la especialidad solicitada, el original se entregará al prestador del servicio y la copia deberá conservarla el paciente.

Cada institución deberá informar a los pacientes que envía y que acudirán a los servicios de la unidad receptora, que deberán ajustarse a la reglamentación interna de las mismas durante el tiempo que reciban los servicios médicos solicitados, así como el área a donde deberán presentar la solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios en la unidad receptora para que inicie su atención médica (recepción, trabajo social entre otros acordados entre las instituciones).

6.2.2.4 Para que el paciente sea recibido en la Unidad Médica receptora, deberá entregar la solicitud de intercambio de servicios o prestación unilateral que fue emitida por la unidad médica que lo envía y deberá presentar la identificación oficial y la documentación que compruebe la afiliación a la institución que pertenece, como la credencial de identificación de la unidad médica correspondiente o cartilla de salud o de citas médicas con

fotografía y sello de la unidad de adscripción.

La atención médica solo se prestará al paciente que indique la solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios y nunca a una persona distinta. En caso de pacientes menores de 16 años o discapacitados, será necesario ir acompañado de un representante o tutor de acuerdo a la normatividad de la institución de la unidad médica que deriva.

Asimismo se le explicará al paciente o al familiar el estado de salud y se le darán las indicaciones médicas a seguir.

El personal médico correspondiente llenará el formato de contraderivación para continuar con los trámites administrativos para la solicitud del pago de los servicios a la unidad solicitante.

6.2.2.5. Será responsabilidad de la unidad médica receptora, sujetarse a las reglas generales establecidas en las Normas Oficiales Mexicanas vigentes para el expediente clínico y las que apliquen a los diversos procedimientos médicos que se presten.

6.2.2.6. La consulta externa de especialidad se proporcionará en los consultorios de las instituciones públicas, en el horario establecido para cada institución participante del convenio.

6.2.2.7. El médico tratante recibirá por correo electrónico, cuando se cuente con esta herramienta, o personalmente el formato de intercambio o prestación unilateral de servicios (derivación y contraderivación), mismo que requisitará una vez que haya tenido lugar la consulta, procedimiento o intervención, enviándolo por correo o por el medio

que disponga a la unidad derivadora, remitiendo una copia a la administración de su unidad para que se realicen las gestiones correspondientes al cobro.

6.2.2.8. Todos los servicios proporcionados a los usuarios de la institución derivadora deberán quedar asentados en los expedientes clínicos, los cuales serán resguardados por la institución que presta el servicio y deberán conservarse por el período mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico, observando en todo momento la normatividad interna con la que cuenten relativa al expediente clínico y confidencialidad.

6.2.2.9. Los prestadores de servicios de la institución proveedora otorgarán la información verbal a los familiares que así lo soliciten, de acuerdo a su reglamento interno. En caso de requerir un resumen clínico, deberá ser solicitado por escrito, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico, autoridad competente o la institución de derivación, especificándose con claridad el motivo de la solicitud.

6.2.2.10. De ser necesario el traslado del paciente, éste será responsabilidad de la unidad médica solicitante, quien realizará la transportación a la unidad médica que proporcionará la atención requerida. Cuando los servicios otorgados finalicen, la Parte que derivó al paciente será responsable del traslado de éste a su lugar de origen o a la unidad médica en la que, en su caso, continuará su tratamiento. Las instituciones participantes deberán establecer los mecanismos necesarios, para garantizar el traslado oportuno del paciente

cuando este sea dado de alta, a fin de no generar gastos adicionales a una unidad receptora.

6.2.2.11. En el supuesto que durante la prestación de los servicios se requiera la expedición de constancias o certificados de incapacidad médica, éstos, en todo momento, deberán ser expedidos por la institución que derivó al paciente, atendiendo a lo dispuesto en la normatividad vigente al respecto y quedará claramente asentado en el expediente clínico que se haya integrado.

6.2.2.12. Una vez concluida la atención, la unidad prestadora enviará a la unidad que solicitó el servicio, con copia a la administración de su unidad, el resumen médico detallando todos los procedimientos efectuados, el manejo que se dio al padecimiento del paciente, así como, los diagnósticos de ingreso y egreso de la unidad.

6.2.2.13. En caso de ocurrir una complicación médica que estuviera fuera de la (s) cartera (s) de servicios del convenio específico, el médico tratante deberá notificar por escrito a la unidad que envió al paciente, la (s) causa (s) de dicha complicación y anexarlas al expediente, marcando una copia a la administración de su unidad para que cuando se elabore la facturación correspondiente se aplique la tarifa convenida por el Comité Local una vez que se haya realizado el estudio de costo que corresponda.

6.2.3. Del equipamiento/infraestructura

6.2.3.1. El intercambio o prestación unilateral de servicios dará inicio cuando

una unidad médica participante, no cuenta con la capacidad resolutive para prestar la atención a su demanda, o bien, cuando en una localidad, dicha institución no disponga de la infraestructura médica, y por lo tanto, tenga que enviar al paciente a una unidad más cercana, dentro del grupo de unidades consideradas en el convenio.

6.2.3.2. Las unidades médicas que provean los servicios de salud, deberán contar con el equipamiento, infraestructura, medicamentos e insumos, así como el personal profesional necesario para otorgar un servicio con la calidad requerida, de acuerdo con el nivel de complejidad del padecimiento.

6.2.3.3. Todas las instalaciones de los servicios de laboratorio e imagen, deberán contar con los permisos y autorizaciones propias de los procedimientos que realizan, y deberán sujetarse a las normas correspondientes.

6.2.4. De la atención médica

6.2.4.1. La atención médica se llevará a cabo conforme a los procedimientos administrativos y operativos señalados en el Anexo D. Procedimiento de atención médica del paciente y mediante el llenado del formato de atención médica en los casos de hospitalización (Anexo C).

En caso de complicaciones se registrará en el formato de atención médica lo realizado al paciente.

- 6.2.4.2. El médico tratante será el único responsable del paciente y prescribirá los medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete necesarios para la atención del padecimiento, apegándose al catálogo de insumos y medicamentos para la salud que se haya pactado en el intercambio o prestación unilateral de servicios, de acuerdo al protocolo de atención aprobado por las instituciones participantes, de conformidad con las Guías de Práctica Clínica, de existir éstas. Los insumos y medicamentos serán los autorizados en el cuadro básico y catálogo de medicamentos del sector salud.
- 6.2.4.3. El médico tratante deberá informar al paciente y/o familiares, con un lenguaje adecuado a sus condiciones culturales y sociales, edad, estado físico y con un mínimo de términos técnicos, sobre los procedimientos médicos a los que se va a someter, así como las posibles consecuencias y/o complicaciones médicas que pudieran presentarse. El Médico tratante deberá recabar el consentimiento informado correspondiente, de acuerdo con la normatividad aplicable a cada institución de salud.
- 6.2.4.4. Para la realización del procedimiento terapéutico o diagnóstico, se deberá explicar claramente al paciente las condiciones en las que debe presentarse al servicio.
- 6.2.4.5. Cuando se trate de estudios de laboratorio y gabinete, la interpretación será enviada por correo electrónico o por el medio que se disponga al médico que derivó, con copia a la administración para las gestiones que correspondan.

- 6.2.4.6. El médico tratante deberá limitarse a resolver problemas de su especialidad, salvo situaciones inesperadas durante la intervención, siempre y cuando considere que puede resolver el problema adecuadamente.
- 6.2.4.7. Los casos que pongan en peligro la vida o la función de un órgano vital, no requerirá de autorización previa, se procederán a su resolución de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, en caso de existir ésta.
- 6.2.4.8. En caso de que la cirugía requiera sangre y hemoderivados, se solicitará al paciente los donadores los cuales deberán presentarse en la unidad médica donde se preste el servicio.
- 6.2.4.9. El médico tratante deberá informar oportunamente a las autoridades de la unidad derivadora, cuando por necesidad del tratamiento se requiera que el paciente sea ingresado a una unidad de cuidados intensivos (UCI), quedando como responsables los médicos que intervengan durante la atención del paciente y durante el tiempo que consideren necesario para la estabilización del mismo.
- 6.2.4.10. Al egreso del paciente, el médico tratante pondrá especial atención en explicar al paciente y familiares los cuidados, medicamentos que se requieran, tiempo de tratamiento, dieta y fecha y lugar de la próxima consulta.

6.2.5. De los mecanismos de pago

- 6.2.5.1. Para el pago de la o las atenciones otorgadas, se deberán presentar

los Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI) debidamente requisitados, al cual se le deberá anexar el informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios que integra la relación de los pacientes y servicios prestados, así como el importe de los mismos

6.2.5.2. Los CFDI se deberán emitir mensualmente, considerando todas las atenciones otorgadas en el mes inmediato anterior con base en el procedimiento de pago siguiente:

- 1) La unidad prestadora de servicios, una vez brindada la atención médica, deberá presentar el CFDI para pago, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, ante la institución que derivó al paciente.
- 2) La institución que derivó al paciente tendrá un plazo de cinco días hábiles para revisar los CFDI y en su caso solicitar las aclaraciones y/o correcciones respectivas a la institución que brindó la atención.
- 3) La institución que prestó la atención contará con un plazo máximo de tres días hábiles para realizar los ajustes y/o correcciones al CFDI correspondiente y presentarlo nuevamente a la Institución que derivó.
- 4) Una vez que la institución solicitante apruebe los términos del CFDI y valide los servicios médicos otorgados y la documentación comprobatoria respectiva, contará con un plazo improrrogable de veinte días hábiles para efectuar el pago a la institución que

prestó la atención.

Los CFDI que se presenten para el pago deberán corresponder a los montos que expresamente conciernan a la prestación de los servicios médicos otorgados, conforme a los términos y mecanismos establecidos para tal fin y deberán ser presentados en lugar y horario que determine la Institución solicitante.

Las cantidad objeto del pago serán en moneda nacional a través del esquema electrónico interbancario que tenga en operación la institución prestadora de servicios, con cualquier institución bancaria del país, conforme a las disposiciones legales aplicables.

Para tal efecto la institución prestadora del servicio deberá presentar la solicitud de pago electrónico señalando la Clave Interbancaria Estandarizada (CLABE).

Al CFDI que expida la institución prestadora del servicio con motivo de otorgamiento de servicios de atención médica, independientemente de contener los requisitos fiscales, deberá anexarse un informe con la relación de pacientes atendidos (Informe mensual), los servicios médicos otorgados y las fechas en que se otorgaron éstos, desglosando lo siguiente:

- a. Número de la orden de la solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios (derivación) debidamente autorizada por el personal facultado;
- b. Nombre completo del derechohabiente, afiliado o usuario y número de seguridad social y/o afiliación;

- c. Clave de servicio;
- d. Descripción del servicio;
- e. Tarifa.

Cuando un beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud sea atendido en cualquier establecimiento de salud del “IMSS” o del “ISSSTE”, de conformidad con lo establecido en el artículo 77 Bis 15 de la Ley General de Salud, a fin de garantizar el pago, las instituciones participantes están conformes en que cuando la entidad federativa no realice el pago de las cantidades que resulten por la prestación de los servicios, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en términos de la normativa aplicable y los procedimientos establecidos para la compensación económica del Sistema de Protección Social en Salud, canalice directamente a estas instituciones, el monto correspondiente a las intervenciones prestadas, con cargo a los recursos a transferirse al Régimen Estatal de Protección Social en Salud de la entidad que derivó al Paciente, exclusivamente hasta por el monto máximo establecido a sufragar con recursos del Sistema de Protección Social en Salud en términos de los ANEXOS 1 y 2 de los convenios específicos de cada entidad.

En caso de incumplimiento de pago por parte del IMSS o del ISSSTE, las áreas centrales competentes de dichas instituciones, cubrirán el adeudo respectivo previa solicitud de los Servicios Estatales, conforme al procedimiento establecido para tal efecto

en cada institución, mismos que se integran al convenio específico.

- 6.2.5.3. Se recomienda a las instituciones aplicar los recursos obtenidos de la contraprestación de los servicios de atención médica ofertados, de acuerdo a la normativa interna de cada una de las partes, para mejorar la atención médica que proporcionan.

GLOSARIO

Para entender los conceptos más importantes considerados en estos lineamientos, se entenderá por:

Acceso efectivo: Se refiere a la definición operativa de la cobertura universal en salud. Esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda ser derivado sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad, a un servicio de salud con capacidad resolutive, independientemente de su derechohabencia.

Acreditación: Proceso de evaluación externa a cargo de la Secretaría de Salud, a través del cual se evalúa un establecimiento de salud para determinar si cumple un conjunto de criterios de Capacidad, Calidad y Seguridad, necesarios para proporcionar los servicios de atención médica.

Atención hospitalaria: Es el conjunto de acciones que se realizan, cuando por la naturaleza del padecimiento y a juicio del médico, es necesario el internamiento del paciente en unidades hospitalarias.

Atención médico quirúrgica: Es la aplicación de los conocimientos médicos a través de las técnicas quirúrgicas aceptadas por la medicina.

Auxiliar de diagnóstico: Son aquellos procedimientos que se realizan a los pacientes para confirmar o descartar un diagnóstico clínico o evaluar la evolución de un padecimiento.

Beneficiario: Usuario de los Servicios de Atención Médica del Sistema de Protección Social en Salud.

Calidad de la atención médica: Es el resultado de la interacción entre los atributos de la ciencia, la tecnología y su aplicación en la práctica médica, que permite a los usuarios de los servicios de salud se les otorgue la mejor atención y con el menor riesgo, de acuerdo al cumplimiento de un mínimo de criterios de calidad y seguridad definidos con base en la normatividad aplicable.

Capacidad instalada: Volumen de producción de bienes o servicios que le es posible generar a una unidad productiva, en función de su infraestructura y equipamiento determinando un límite a la oferta que existe en un momento dado.

Certificación: Proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

Contrato de voluntades: Convenio o acuerdo de dos o más personas para crear, transferir, modificar o extinguir obligaciones, el cual obliga a los contratantes, no sólo al cumplimiento de lo expresamente pactado, sino también a las consecuencias que, según su naturaleza, son conforme a la buena fe, al uso o a la ley.

Convenios específicos: Instrumentos jurídicos mediante los cuales se establecen los compromisos y mecanismos concretos para intercambiar o prestar unilateralmente Servicios de Atención Médica, que se derivan

de un Acuerdo General.

Cuidado integral del paciente: Conjunto de acciones coordinadas que realiza el personal para la atención de la salud, a efecto de atender con calidad a un paciente en sus tres esferas sustantivas: biológica, psicológica y social, proporcionando medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Derechohabiente: Usuario de los Servicios de Atención Médica, del IMSS o del ISSSTE.

Derivación: Se refiere a los casos específicos de remitir entre profesionales de la salud, a un paciente de una institución a otra, en el marco de un acuerdo o un convenio interinstitucional de colaboración para la prestación de la atención médica.

Contraderivación: Es el acto de remitir al paciente que recibió la atención médica en otra institución de salud a su unidad de adscripción y la cual remitió originalmente al paciente, derechohabiente o beneficiario, en el marco de un acuerdo o un convenio interinstitucional de colaboración para la prestación de la atención médica.

Excedente de capacidad instalada: Se dice que una unidad médica tiene capacidad excedente, cuando, previo análisis de su oferta, demanda y capacidad resolutive, determina que parte de su infraestructura y equipamiento están ociosos o subutilizados.

Expediente clínico: Es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integran dentro de todo tipo de

establecimientos para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones.

Garantía de oportunidad: Se refieren al tiempo máximo de espera que podría existir para que el paciente reciba la atención médica desde el momento de la de la solicitud del médico tratante que deriva a otra institución para la realización de dicha intervención. Implica la participación coordinada de las instituciones en el que se generen alternativas para dar al paciente la posibilidad de elegir.

Guías de práctica clínica: Son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención médica más apropiada, seleccionando las opiniones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o condición clínica específica.

Intercambio de servicios y/o prestación unilateral de servicios: Es la prestación de servicios de atención médica que se proporciona a la población en otra institución que no sea la de su derechohabencia, a partir de intervenciones convenidas y bajo criterios de derivación previamente establecidos, independientemente de la afiliación y la condición laboral de la persona.

Intervenciones: Las acciones médicas que se realizan directamente al paciente con fines de evolución, preventivas, diagnósticas o y terapéuticas.

Médico tratante de la unidad médica solicitante: Es el médico que deriva pacientes a la unidad médica de otra institución, la cual proporcionará la intervención o acto médico.

Médico tratante de la unidad médica proveedora: Es el médico que proporcionará la atención médica a los pacientes que le son enviados por alguna unidad solicitante de servicios.

Oferta potencial: Es el volumen de servicios que se pueden ofrecer con la capacidad instalada de los establecimientos de salud en las instituciones involucradas.

Oportunidad de la atención. Se refiere a ofrecer y otorgar la atención médica en el tiempo adecuado para evitar un riesgo o mayor daño a la salud del paciente.

Paciente: Es la persona que requiere de la intervención médica con fines de prevención, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos.

Parámetros de calidad: Son los indicadores con los cuales se miden los resultados de la atención médica proporcionada.

Parte proveedora del servicio: Se refiere a la Institución que recibe a un paciente de otra institución y le proporciona los servicios médicos requeridos para su tratamiento.

Parte solicitante: Se refiere a la Institución que refiere a un paciente para que otra institución proporcione los servicios médicos requeridos para su tratamiento.

Periodo de espera: Tiempo que debe transcurrir para que se pueda atender un padecimiento.

Prestación de servicios de salud: Es el otorgamiento de un conjunto de recursos destinados a conservar o restituir la salud de los individuos y la comunidad, mediante acciones de prevención, curación y rehabilitación.

Prestadores de servicios de salud: Todo aquel establecimiento, público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que suministre servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios. (Reglamento de la SSA).

Priorización: Clasificación del estado de urgencia de la intervención quirúrgica o procedimiento médico.

Red de servicios de salud: Conjunto de unidades de atención a la salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, que interactúan de manera flexible por medio de diversos sistemas organizativos y de comunicación a través de los cuales deben fluir los pacientes en un proceso que asegure la continuidad de la atención.

Servicio de atención médica: Es la forma organizada de atención médica a los pacientes, la cual podrá ser en áreas de consulta externa,

hospitalización, urgencias, quirúrgicas y de terapia intensiva, entre otras, considerando estudios de gabinete y laboratorio.

Tarifa: Es el importe unitario pactado para una intervención o servicio específico en el convenio o contrato, expresado en cifras monetarias y con vigencia durante el plazo que se establece en el mismo documento.

Tarifa máxima referencial: Importe unitario pactado entre las Instituciones que se establece como tope máximo, al cual pueden intercambiar las instituciones en los Convenios Específicos. Está expresada en cifras monetarias y su vigencia es indefinida, hasta que se autorice su actualización en el Comité Nacional.

Tarifa CAUSES: Se refiere al monto máximo que podrá cubrir la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en la aplicación de la garantía de pago establecida en el tercer párrafo de la Cláusula Décima del Acuerdo General.

Tiempo de espera: Tiempo promedio que espera un paciente a partir de que se solicita la cita hasta que recibe la atención médica.

Tratamiento: Conjunto de medidas y medios terapéuticos que se realiza con el objetivo de curar una enfermedad o reducir alguna de sus complicaciones.

Unidad médica receptora: Es aquél establecimiento de salud que ha determinado que posee los recursos e infraestructura necesaria y que cumple con los requisitos de calidad necesarios para atender a los pacientes de las instituciones participantes en el intercambio o

prestación unilateral de servicios.

Unidad médica que deriva: Es aquél establecimiento de salud que de acuerdo a su demanda de atención médica y en función de su infraestructura y equipamiento, requiere de una unidad médica proveedora, para garantizar la continuidad y calidad de la atención médica a sus derechohabientes o usuarios.

Urgencia médica: Se considera urgencia médica cuando un padecimiento o accidente pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos de una persona, y debido a lo anterior requiere atención médica inmediata debiendo atenderse dentro de las primeras 24 horas.

ANEXOS

Anexo A. Listado de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios

Anexo B. Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios de atención médica (Derivación y Contraderivación)

Anexo C. Formato de atención médica

Anexo D

Anexo D.1 Procedimiento y diagrama de flujo de atención médica para consulta externa.

Anexo D.2 Procedimiento y diagrama de flujo de atención para urgencias.

Anexo D.3 Procedimiento y diagrama de flujo de atención para hospitalización.

Anexo D.4 Procedimiento y diagrama de flujo para auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Anexo D.5 Procedimiento y diagrama de flujo para complicaciones.

Anexo E:

Anexo E.1 Recibo de pago

Anexo E.2 Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica.

Anexo E.3 Registro de pacientes atendidos por vía del intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica.

Anexo F. Garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica

Anexo A. Listado de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2019
EMILIANO ZAPATA



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-1	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR SECUNDARIA A PIE DIABÉTICO		\$69,701	\$24,278	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-2	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		ARTRODESIS DE OTRAS ARTICULACIONES ESPECIFICADAS		\$24,228		
GRD-3	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		ARTROPLASTIA DE RODILLA (INCLUYE CIRUGÍA ARTROSCÓPICA)		\$32,537		Garantía total
GRD-4	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		ARTROTOMÍA PARA EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS, RODILLA		\$14,587		Garantía total
GRD-5	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		OTRA DESTRUCCIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL		\$47,281		
GRD-6	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		OTRA DIVISIÓN DE HUESO, ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX [COSTILLAS Y ESTERNÓN]		\$45,029		
GRD-7	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		OTRA REPARACIÓN U OPERACIONES PLÁSTICAS EN EL HUESO, ESCÁPULA, CLAVÍCULA, Y TÓRAX [COSTILLA Y ESTERNÓN]		\$45,029		
GRD-8	A. musculoesquelético	Cirugía general	Cirugía maxilofacial	GRD		REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA ALVEOLAR		\$47,009		
GRD-9	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CADERA (INCLUYE HEMIPRÓTESIS CON ACETÁBULO)		\$78,593	\$30,593	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-10	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CLAVÍCULA		\$47,724	\$11,107	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-11	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE HÚMERO (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS)		\$59,036	\$18,935	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-12	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE MANO		\$21,482	\$14,387	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-13	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS)		\$59,036	\$23,719	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-14	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TOBILLO Y PIE		\$27,988	\$19,021	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-15	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURAS DE FÉMUR (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS)		\$73,394	\$27,163	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-16	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA POR LUXACIONES		\$47,724	\$6,734	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-17	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS)		\$34,302	\$16,977	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-18	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		REVISIÓN DE SUSTITUCIÓN DE CADERA		\$69,232	\$30,593	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-19	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		REVISIÓN DE SUSTITUCIÓN DE RODILLA		\$69,232	\$47,828	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-20	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		SUSTITUCIÓN TOTAL DE CADERA		\$74,923	\$30,593	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-21	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		SUSTITUCIÓN TOTAL DE RODILLA		\$74,923	\$47,828	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-22	A. musculoesquelético	Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA		\$62,592	\$16,247	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-23	Medicina Nuclear	Radioterapia		GRD		BRAQUITERAPIA MANUAL (HOSPITALIZACIÓN 72-120 HRS)	OTROS PROCEDIMIENTOS EN QUIRÓFANO EN APARATO REPRODUCTOR MASCULINO POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC/CCM	\$47,584		
GRD-24	Nariz, Boca y Faringe	Cirugía general	Otorrinolaringología	GRD		AMIGDALECTOMÍA CON O SIN ADENOIDECTOMÍA		\$26,210	\$8,312	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-25	Nariz, Boca y Faringe	Cirugía general	Otorrinolaringología	GRD		PALATOPLASTÍA		\$29,288	\$12,198	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-26	Nariz, Boca y Faringe	Cirugía general	Cirugía maxilofacial Cirugía plástica y reconstructiva	GRD		REPARACIÓN DE LABIO HENDIDO		\$29,288	\$12,198	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-27	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		ATENCIÓN DE CESÁREA Y PUERPERIO QUIRÚRGICO		\$17,356		
GRD-28	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO FISIOLÓGICO		\$8,909		
GRD-29	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		CESÁREA DE OTRO TIPO ESPECIFICADO		\$13,345		
GRD-30	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		CESÁREA EXTRAPERITONEAL		\$13,345		
GRD-31	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		CESÁREA-HISTERECTOMÍA	PARTO VAGINAL CON PROCEDIMIENTOS EN QUIRÓFANO, EXCEPTO ESTERILIZACIÓN Y/O DILATACIÓN Y LEGRADO	\$16,998		
GRD-32	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENAZA DE ABORTO Y DE PARTO PRETÉRMINO		\$5,102		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-33	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENAZA DE ABORTO.		\$9,318	\$7,010	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-34	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		EXTRACCIÓN DE EMBRIÓN INTRAPERITONEAL		\$13,345		Garantía total
GRD-35	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		HEMORRAGIA OBSTÉTRICA PUERPERAL		\$34,105		
GRD-36	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA. (INCLUYE LA RESOLUCIÓN DEL PARTO)		\$28,159		
GRD-37	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		HEMORRAGIA POR PLACENTA PREVIA. (NO INCLUYE ACCIONES CONSECUTIVAS)		\$10,882		
GRD-38	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		PAQUETE PARTO DISTÓCICO	PARTO VAGINAL CON DIAGNÓSTICO O COMPLICADO	\$16,998		
GRD-39	Obstetricia	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO		\$23,429	\$13,644	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-40	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		CICLOCRIOTERAPIA		\$17,809		
GRD-41	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		CRIOTERAPIA DE LESIÓN CORNEAL		\$9,709		
GRD-42	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		FACOEMULSIFICACIÓN Y ASPIRACIÓN DE CATARATA		\$23,327	\$7,014	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-43	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		OTRA FISTULIZACIÓN ESCLERAL CON IRIDECTOMÍA		\$33,094		
GRD-44	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		OTRA IRIDECTOMÍA		\$17,809	\$7,648	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-45	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		OTRA IRIDOTOMÍA		\$17,809	\$7,648	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-46	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		REPARACIÓN DE DESGARRO RETINAL POR CRIOTERAPIA		\$20,206		
GRD-47	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		REPARACIÓN DE DESPRENDIMIENTO RETINAL CON FOTOCOAGULACIÓN CON LÁSER		\$20,206		
GRD-48	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		REPARACIÓN DE DESPRENDIMIENTO RETINAL CON FOTOCOAGULACIÓN POR ARCO DE XENÓN		\$20,206		
GRD-49	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		TERMOCAUTERIZACIÓN DE ESCLERÓTICA CON IRIDECTOMÍA		\$33,094		
GRD-50	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		TREPANACIÓN DE ESCLERÓTICA CON IRIDECTOMÍA		\$33,094		
GRD-51	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		CIRUGÍA DE ACORTAMIENTO MUSCULAR PARA ESTRABISMO		\$23,768	\$8,118	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-52	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		CIRUGÍA DE ALARGAMIENTO MUSCULAR PARA ESTRABISMO		\$23,768	\$8,232	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-53	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		EXCISSION DE PTERIGIÓN		\$22,965	\$4,452	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-54	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		REPARACIÓN DE DESPRENDIMIENTO RETINAL CON CRIOTERAPIA		\$20,206		
GRD-55	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias Enfermedades del aparato digestivo Afecciones de órganos genitales	Cirugía general	Cirugía general Gastroenterología Ginecología	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CONDILOMAS		\$26,237	\$7,497	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-56	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GLAUCOMA		\$37,025	\$7,648	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-57	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA PARA REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA		\$214,744		
GRD-58	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANASTOMOSIS DE VENA CAVA-ARTERIA PULMONAR		\$89,684		
GRD-59	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANASTOMOSIS PARA REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA		\$214,744		
GRD-60	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTIA CORONARIA NORMAL con CCM	BYPASS CORONARIO CON ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP) CON CCM	\$244,872		
GRD-61	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTIA CORONARIA NORMAL CON STENT NO MEDICADO con CCM (CON STENT)	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTÁNEO CON PRÓTESIS ENDOVASCULAR (STENT) SIN LIBERACIÓN DE FÁRMACOS CON CCM O ENFERMEDAD DE MÁS DE 4 VASOS CON STENT	\$121,922		
GRD-62	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTIA CORONARIA NORMAL CON STENT NO MEDICADO con CCM (SIN STENT)	Procedimiento cardiovascular percutáneo con prótesis endovascular (stent) sin liberación de fármacos con CCM o enfermedad de más de 4 vasos con stent. SIN INCLUIR STENT	\$104,627		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-63	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTIA CORONARIA NORMAL CON STENT NO MEDICADO sin CCM (CON STENT)	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTÁNEO CON PRÓTESIS ENDOVASCULAR (STENT) SIN LIBERACIÓN DE FÁRMACOS SIN CCM	\$57,991		
GRD-64	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTIA CORONARIA NORMAL CON STENT NO MEDICADO sin CCM (SIN STENT)	Procedimiento cardiovascular percutáneo con prótesis endovascular (stent) sin liberación de fármacos sin CCM. SIN INCLUIR STENT	\$52,261		
GRD-65	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTIA CORONARIA NORMAL sin CCM	BYPASS CORONARIO CON ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP) SIN CCM	\$308,512		
GRD-66	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTIA CORONARIA NORMAL SOLO CON BALÓN con CCM	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTÁNEOS SIN STENT DE LA ARTERIA CORONARIA O INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO CON CCM	\$86,660		
GRD-67	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTIA CORONARIA NORMAL SOLO CON BALÓN sin CCM	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTÁNEOS SIN STENT DE LA ARTERIA CORONARIA O INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN CCM	\$63,183		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-68	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTÍA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA [ACTP] MULTIPLE REALIZADA EN LA MISMA INTERVENCIÓN CON O SIN USO AGENTE TROMBOLÍTICO		\$43,471		
GRD-69	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTÍA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA SIMPLE (ACTP) O ATERELECTOMÍA CORONARIA CON USO DE AGENTE TROMBOLÍTICO		\$42,128		
GRD-70	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTÍA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA SIMPLE (ACTP) O ATERELECTOMÍA CORONARIA SIN USO DE AGENTE TROMBOLÍTICO		\$42,128		
GRD-71	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTÍA DE ARTERIA CORONARIA A TÓRAX ABIERTO		\$116,586		
GRD-72	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANGIOPLASTÍA O ATERELECTOMÍA DE VASOS NO CORONARIOS		\$34,448		
GRD-73	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ANULOPLASTIA		\$181,440		
GRD-74	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ARTERIOVENOSTOMIA PARA DIÁLISIS RENAL		\$28,864		
GRD-75	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CARDIOTOMÍA		\$116,586		
GRD-76	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CATETERISMO CARDÍACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN		\$16,026		
GRD-77	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CATETERISMO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN		\$16,026		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-78	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO CON CORONARIOGRAFÍA Y VENTRÍCULOGRAFÍA IZQUIERDA con CC	BYPASS CORONARIO SIN CATETERIZACIÓN CARDIACA CON CCM	\$267,072		
GRD-79	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO CON CORONARIOGRAFÍA Y VENTRÍCULOGRAFÍA IZQUIERDA con CCM	BYPASS CORONARIO CON CATETERIZACIÓN CARDIACA CON CCM	\$279,357		
GRD-80	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO CON CORONARIOGRAFÍA Y VENTRÍCULOGRAFÍA IZQUIERDA sin CC/CCM	BYPASS CORONARIO SIN CATETERIZACIÓN CARDIACA SIN CCM	\$278,627		
GRD-81	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO Y DERECHO CON CORONARIOGRAFÍA Y VENTRÍCULOGRAFÍA IZQUIERDA con CC (CON PRÓTESIS Y MARCAPASOS)	PROCEDIMIENTOS DE VÁLVULAS CARDIACAS Y OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORÁCICOS MAYORES CON CATETERIZACIÓN CARDIACA CON CC	\$326,279		
GRD-82	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO Y DERECHO CON CORONARIOGRAFÍA Y VENTRÍCULOGRAFÍA IZQUIERDA con CC (SIN PRÓTESIS Y MARCAPASOS)	Procedimientos de válvulas cardíacas y otros procedimientos cardiotorácicos mayores, con cateterización cardíaca con CC. SIN INCLUIR MARCAPASOS Y PRÓTESIS	\$294,654		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-83	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO Y DERECHO CON CORONARIOGRAFÍA Y VENTRÍCULOLOGRAFÍA IZQUIERDA con CCM (CON PRÓTESIS)	PROCEDIMIENTOS DE VÁLVULAS CARDIACAS Y OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORÁCICOS MAYORES CON CATETERIZACIÓN CARDIACA CON CCM	\$299,626		
GRD-84	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO Y DERECHO CON CORONARIOGRAFÍA Y VENTRÍCULOLOGRAFÍA IZQUIERDA con CCM (SIN PRÓTESIS)	Procedimientos de válvulas cardíacas y otros procedimientos cardiorotorácicos mayores, con cateterización cardíaca con CCM. SIN INCLUIR PRÓTESIS	\$287,118		
GRD-85	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO Y DERECHO CON CORONARIOGRAFÍA Y VENTRÍCULOLOGRAFÍA IZQUIERDA sin CC/CCM (CON PRÓTESIS)	PROCEDIMIENTOS DE VÁLVULAS CARDIACAS Y OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORÁCICOS MAYORES CON CATETERIZACIÓN CARDIACA SIN CC/CCM	\$314,015		
GRD-86	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO Y DERECHO CON CORONARIOGRAFÍA Y VENTRÍCULOLOGRAFÍA IZQUIERDA sin CC/CCM (SIN PRÓTESIS)	Procedimientos de válvulas cardíacas y otros procedimientos cardiorotorácicos mayores, con cateterización cardíaca sin CC/CCM. SIN INCLUIR PRÓTESIS	\$301,499		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-87	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA AUXILIAR PARA CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA		\$185,731		
GRD-88	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA Y PROCEDIMIENTOS AUXILIARES DE CIRUGÍA CARDÍACA		\$185,731		
GRD-89	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CORRECCIÓN TOTAL O TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO		\$116,586		
GRD-90	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE AURÍCULA Y ARTERIA PULMONAR		\$116,586		
GRD-91	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR		\$116,586		
GRD-92	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		DERIVACIÓN AORTA-LIACA-FEMORAL		\$89,684		
GRD-93	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		DERIVACIÓN AORTA-RENAL		\$89,684		
GRD-94	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		DERIVACIÓN SISTÉMICA A ARTERIA PULMONAR		\$89,684		
GRD-95	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		DESVIACIÓN AORTA-SUBCLAVIA-CAROTÍDEA		\$89,684		
GRD-96	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ENDARTERECTOMÍA, AORTA		\$89,684		
GRD-97	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ENDARTERECTOMÍA, OTROS VASOS TORÁCICOS		\$119,537		
GRD-98	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		ENDARTERECTOMÍA, VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		\$86,831		
GRD-99	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		EXCISSION DE ANEURISMA DE CORAZÓN		\$116,586		
GRD-100	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		IMPLANTE ENDOVASCULAR DE INJERTO EN AORTA ABDOMINAL		\$89,684		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-101	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		INCISIÓN DE VASO, AORTA		\$89,684		
GRD-102	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		INCISIÓN DE VASO, OTROS VASOS TORÁCICOS		\$129,687		
GRD-103	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		INFUNDIBULECTOMÍA		\$116,586		
GRD-104	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		INSERCIÓN DE MARCAPASOS PERMANENTE, INICIAL O SUSTITUIDO, SIN ESPECIFICAR TIPO DE APARATO		\$40,098	\$26,813	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-105	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO		\$23,157		Garantía total
GRD-106	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		INTERRUPCIÓN DE ANEURISMA		\$52,494		
GRD-107	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		LIGADURA Y EXTIRPACIÓN DE VENAS VARICOSAS, VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		\$16,050		
GRD-108	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OPERACIÓN DE RE-ENTRADA (AORTA)		\$89,684		
GRD-109	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OPERACIONES SOBRE OTRAS ESTRUCTURAS ADYACENTES A LAS VALVULAS CARDÍACAS		\$116,586		
GRD-110	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA DERIVACIÓN O DESVIACIÓN VASCULAR		\$185,731		
GRD-111	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA ELIMINACIÓN DE OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CORONARIA		\$43,471		
GRD-112	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA EXCISIÓN DE VASOS, AORTA, ABDOMINAL		\$89,684		
GRD-113	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA OCLUSIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS, AORTA, ABDOMINAL		\$89,684		
GRD-114	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA OCLUSIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS, VASOS TORÁCICOS		\$89,684		
GRD-115	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA OPERACIÓN SOBRE CORAZÓN Y PERICARDIO		\$89,684		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-116	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA REPARACIÓN DE ANEURISMA		\$52,494		
GRD-117	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE OTROS VASOS		\$89,684		
GRD-118	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA REPARACIÓN NO ESPECIFICADA DE TABIQUE INTERAURÍCULAR		\$116,586		
GRD-119	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA REPARACIÓN NO ESPECIFICADA DE TABIQUE INTERVENTRICULAR		\$116,586		
GRD-120	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA		\$181,440		
GRD-121	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA MITRAL		\$181,440		
GRD-122	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA PULMONAR		\$181,440		
GRD-123	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRA SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA TRICÚSPIDE		\$181,440		
GRD-124	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRAS OPERACIONES DE VASO		\$72,056		
GRD-125	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRAS OPERACIONES SOBRE TABIQUES CARDÍACOS		\$116,586		
GRD-126	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRAS OPERACIONES SOBRE VÁLVULAS CARDÍACAS		\$116,586		
GRD-127	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OTRAS OPERACIONES SOBRE VASOS CARDÍACOS		\$116,586		
GRD-128	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA DE MEMBRANA (OECM)		\$185,731		
GRD-129	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		PERICARDIECTOMÍA		\$119,537		
GRD-130	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		PERICARDIOTOMÍA		\$119,537		
GRD-131	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL		\$116,586		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-132	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO		\$116,586		
GRD-133	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR CON INJERTO DE TEJIDO		\$116,586		
GRD-134	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR CON PRÓTESIS, TÉCNICA ABIERTA		\$116,586		
GRD-135	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR CON PRÓTESIS, TÉCNICA CERRADA		\$42,128		
GRD-136	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR CON PRÓTESIS		\$116,586		
GRD-137	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA		\$72,056		
GRD-138	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE DE TEJIDO		\$34,448		
GRD-139	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE SINTÉTICO		\$34,448		
GRD-140	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON TIPO DE INJERTO DE PARCHE NO ESPECIFICADO		\$34,448		
GRD-141	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN TOTAL DE TETRALOGIA DE FALLOT		\$116,586		
GRD-142	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REPARACIÓN TOTAL DE TRONCO ARTERIOSO		\$116,586		
GRD-143	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		RESECCIÓN DE VASO CON ANASTOMOSIS, AORTA		\$89,684		
GRD-144	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		RESECCIÓN DE VASO CON ANASTOMOSIS, OTROS VASOS TORÁCICOS		\$89,684		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-145	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		RESECCIÓN DE VASO CON SUSTITUCIÓN, AORTA, ABDOMINAL		\$89,684		
GRD-146	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		RESECCIÓN DE VASO CON SUSTITUCIÓN, VASOS TORÁCICOS		\$119,537		
GRD-147	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA POR IMPLANTACIÓN ARTERIAL		\$116,586		
GRD-148	Sistema cardiovascular	Medicina interna	Cardiología	GRD		SUSTITUCIÓN DE CUALQUIER TIPO DE MARCAPASOS CON APARATO DE CÁMARA ÚNICA, CON RESPUESTA EN FRECUENCIA		\$40,098	\$26,813	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-149	Sistema cardiovascular	Medicina interna	Cardiología	GRD		SUSTITUCIÓN DE CUALQUIER TIPO DE MARCAPASOS CON APARATO DE CÁMARA ÚNICA, NO ESPECIFICADO COMO CON RESPUESTA EN FRECUENCIA		\$40,098	\$26,813	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-150	Sistema cardiovascular	Medicina interna	Cardiología	GRD		SUSTITUCIÓN DE CUALQUIER TIPO DE MARCAPASOS CON DISPOSITIVO DE CÁMARA DOBLE		\$40,098	\$26,813	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-151	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA CON INJERTO DE TEJIDO		\$181,440		
GRD-152	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA CARDIACA		\$181,440		
GRD-153	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA CARDÍACA NO ESPECIFICADA		\$181,440		
GRD-154	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA MITRAL CON INJERTO DE TEJIDO		\$181,440		
GRD-155	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA PULMONAR CON INJERTO DE TEJIDO		\$181,440		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-156	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA TRICÚSPIDE CON INJERTO DE TEJIDO		\$181,440		
GRD-157	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		TRANSPOSICIÓN INTERAURÍCULAR DEL RETORNO VENOSO		\$116,586		
GRD-158	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VALVULOPLASTÍA CARDÍACA ABIERTA DE VALVULA AÓRTICA SIN SUSTITUCIÓN		\$181,440		
GRD-159	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VALVULOPLASTÍA CARDÍACA ABIERTA DE VALVULA MITRAL SIN SUSTITUCIÓN		\$181,440		
GRD-160	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VALVULOPLASTÍA CARDÍACA ABIERTA DE VALVULA PULMONAR SIN SUSTITUCIÓN		\$181,440		
GRD-161	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VALVULOPLASTÍA CARDÍACA ABIERTA DE VALVULA TRICÚSPIDE SIN SUSTITUCIÓN		\$181,440		
GRD-162	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VALVULOPLASTÍA CARDÍACA ABIERTA SIN SUSTITUCIÓN VALVULAR		\$181,440		
GRD-163	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VALVULOPLASTÍA CARDÍACA ABIERTA SIN SUSTITUCIÓN, VALVULA NO ESPECIFICADA		\$181,440		
GRD-164	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VALVULOTOMÍA CARDÍACA CERRADA, VALVULA AÓRTICA		\$89,684		
GRD-165	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VALVULOTOMÍA CARDÍACA CERRADA, VALVULA MITRAL		\$89,684		
GRD-166	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VALVULOTOMÍA CARDÍACA CERRADA, VALVULA NO ESPECIFICADA		\$89,684		
GRD-167	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VALVULOTOMÍA CARDÍACA CERRADA, VALVULA PULMONAR		\$89,684		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-168	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VALVULOTOMÍA CARDÍACA CERRADA, VALVULA TRICÚSPIDE		\$89,684		
GRD-169	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		VENTRICULECTOMÍA PARCIAL		\$116,586		
GRD-170	Sistema cardiovascular	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		BIOPSIA DE PERICARDIO		\$119,537		
GRD-171	Sistema digestivo	Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	GRD		APENDICECTOMÍA		\$44,389	\$12,785	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-172	Sistema digestivo	Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	GRD		COLECISTECTOMÍA ABIERTA		\$60,321	\$16,487	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-173	Sistema digestivo	Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	GRD		COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA		\$12,586		Garantía total
GRD-174	Sistema digestivo	Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE PANCREATITIS AGUDA		\$40,823	\$20,236	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-175	Sistema digestivo	Cirugía general	Cirugía general Coloproctología	GRD		HEMORROIDECTOMÍA		\$34,460	\$11,829	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-176	Sistema digestivo	Cirugía general	Cirugía general	GRD		HERNIOPLASTÍA CRURAL		\$20,159	\$12,263	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-177	Sistema digestivo	Cirugía general	Cirugía general	GRD		HERNIOPLASTÍA INGUINAL		\$24,777	\$13,647	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-178	Sistema digestivo	Cirugía general	Cirugía general	GRD		HERNIOPLASTÍA UMBILICAL		\$23,850	\$7,559	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-179	Sistema digestivo	Cirugía general	Cirugía general	GRD		HERNIOPLASTÍA VENTRAL		\$24,777	\$12,797	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-180	Sistema digestivo	Cirugía general	Cirugía general	GRD		LAPAROSCOPIA		\$13,088		
GRD-181	Sistema digestivo	Cirugía general	Cirugía general	GRD		LAPAROTOMÍA EXPLORADORA		\$26,237	\$14,567	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-182	Sistema digestivo	Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	GRD		LIGADURA DE VARICES ESOFÁGICAS		\$23,603		
GRD-183	Sistema digestivo	Cirugía general	Cirugía general Coloproctología	GRD		OTRA REPARACIÓN DE ESFÍNTER ANAL		\$14,214	\$11,175	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-184	Sistema digestivo	Cirugía general	Cirugía general Coloproctología	GRD		OTRA REPARACIÓN DE RECTO		\$18,084	\$11,175	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-185	Sistema digestivo	Cirugía general	Cirugía general Coloproctología	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA Y FISURA ANAL		\$34,460	\$11,175	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-186	Sistema digestivo	Cirugía general	Cirugía general	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA HIATAL		\$59,148	\$19,032	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-187	Sistema digestivo	Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIPERTROFIA CONGÉNITA DE PÍLORO		\$54,651	\$13,820	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-188	Sistema digestivo	Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE VÓLVULO COLÓNICO		\$103,518	\$17,259	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-189	Sistema digestivo	Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	GRD		BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO GRUESO		\$49,693		
GRD-190	Sistema endócrino	Cirugía general	Cirugía general	GRD		TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL		\$16,195		
GRD-191	Sistema endócrino	Cirugía general	Cirugía general	GRD		TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL TOTAL		\$16,195		
GRD-192	Sistema endócrino	Cirugía general	Cirugía general	GRD		TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL, NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA		\$16,195		
GRD-193	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		ABLACIÓN ENDOMETRIAL		\$25,388	\$8,489	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-194	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		COLPOPERINEOPLASTÍA		\$55,076	\$12,996	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-195	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		HISTERECTOMIA ABDOMINAL CON LIGADURA SIN EMPAQUETAMIENTO		\$18,406		
GRD-196	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		HISTERECTOMIA ABDOMINAL CON LIGADURA CON EMPAQUETAMIENTO		\$45,345		
GRD-197	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		HISTERECTOMÍA VAGINAL		\$38,863		
GRD-198	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		LEGRADO UTERINO TERAPÉUTICO POR ABORTO INCOMPLETO		\$11,228	\$11,180	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-199	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		MIOMECTOMÍA		\$38,863	\$11,927	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-200	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Ginecología	GRD		OPERACIONES SOBRE EL CLÍTORIS		\$8,054		
GRD-201	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Ginecología	GRD		RECONSTRUCCIÓN VAGINAL		\$13,210		
GRD-202	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Ginecología	GRD		REPARACIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL	PROCEDIMIENTOS EN VAGINA, CÉRVIX Y VULVA SIN CC/CCM	\$16,120		
GRD-203	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		REPARACIÓN UTERINA		\$18,993	\$14,005	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-204	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		SALPINGOCLASIA (MÉTODOS DEFINITIVOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)		\$11,823	\$8,413	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-205	Sistema genital femenino	Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUISTES DE OVARIO		\$25,388	\$9,606	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-206	Sistema genital masculino	Cirugía general	Cirugía general	GRD		CIRCUNCISIÓN		\$20,377	\$4,798	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-207	Sistema genital masculino	Cirugía general	Urología	GRD		EXCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE PENE		\$21,500		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-208	Sistema genital masculino	Cirugía general	Urología	GRD		EXTIRPACIÓN DE AMBOS TESTÍCULOS EN EL MISMO EPISODIO OPERATORIO		\$12,176		
GRD-209	Sistema genital masculino	Cirugía general	Urología	GRD		EXTIRPACIÓN DE TESTÍCULO RESTANTE		\$12,176		
GRD-210	Sistema genital masculino	Cirugía general	Urología	GRD		ORQUIDOPEXIA		\$23,479	\$9,349	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-211	Sistema genital masculino	Cirugía general	Urología	GRD		ORQUIECTOMÍA BILATERAL		\$12,176		
GRD-212	Sistema genital masculino	Cirugía general	Urología	GRD		OTRA PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL		\$16,157		Garantía total
GRD-213	Sistema genital masculino	Cirugía general	Urología	GRD		PROSTATECTOMÍA ABIERTA		\$55,640	\$18,284	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-214	Sistema genital masculino	Cirugía general	Urología	GRD		PROSTATECTOMÍA RADICAL		\$25,214	\$18,284	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-215	Sistema genital masculino	Cirugía general	Urología	GRD		RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA		\$20,783	\$18,284	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-216	Sistema genital masculino	Cirugía general	Urología	GRD		BIOPSIA ABIERTA DE PRÓSTATA		\$22,463		
GRD-217	Sistema linfático	Cirugía general	Angiología	GRD		EXTIRPACIÓN RADICAL DE OTROS GANGLIOS LINFÁTICOS		\$30,663		
GRD-218	Sistema nervioso	Cirugía general	Neurocirugía	GRD		INCISIÓN DE VASO, VASOS INTRACRANEALES		\$82,817		
GRD-219	Sistema nervioso	Cirugía general	Neurocirugía	GRD		LOBOTOMÍA Y TRACTOMIA		\$82,817		
GRD-220	Sistema nervioso	Cirugía general	Neurocirugía	GRD		OTRAS CRANEOTOMÍAS		\$82,817		
GRD-221	Sistema nervioso	Cirugía general	Neurocirugía	GRD		REAPERTURA DE CRANEOTOMÍA		\$82,817		
GRD-222	Sistema respiratorio	Cirugía general	Cirugía de tórax	GRD		DECORTIZACIÓN DE PULMÓN		\$119,537		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-223	Sistema respiratorio	Cirugía general	Cirugía de tórax	GRD		EXCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE MEDIASTINO		\$42,838		
GRD-224	Sistema respiratorio	Cirugía general	Cirugía de tórax	GRD		INCISIÓN DE MEDIASTINO		\$45,029		
GRD-225	Sistema respiratorio	Cirugía general	Cirugía de tórax	GRD		MEDIASTINOSCOPIA		\$45,029		
GRD-226	Sistema respiratorio	Cirugía general	Cirugía de tórax	GRD		TORACOPLASTIA		\$119,537		
GRD-227	Sistema respiratorio	Cirugía general	Cirugía de tórax	GRD		TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL		\$28,864		
GRD-228	Sistema respiratorio	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		BIOPSIA ABIERTA DE PULMÓN		\$28,864		
GRD-229	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE URETRA		\$21,500		
GRD-230	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		CIERRE DE URETROSTOMÍA		\$16,157		
GRD-231	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		CISTECTOMÍA PARCIAL		\$15,354		
GRD-232	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		CISTECTOMÍA RADICAL		\$15,354		
GRD-233	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		CORRECCIÓN DE UNIÓN URETEROPÉLVICA		\$30,663		
GRD-234	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		DERIVACIÓN URINARIA A INTESTINO		\$15,354		
GRD-235	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		EXCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL		\$16,157		
GRD-236	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		EXTRACCIÓN DE RIÑÓN TRASPLANTADO O RECHAZADO		\$30,663		
GRD-237	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		EXTRACCIÓN TRANSURETRAL DE OBSTÁCULO DE URÉTER Y PELVIS RENAL		\$22,463		
GRD-238	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		FORMACIÓN DE OTRA URETEROSTOMÍA CUTÁNEA		\$15,354		
GRD-239	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		FORMACIÓN DE URETEROILEOSTOMÍA CUTÁNEA		\$15,354		
GRD-240	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		INCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL		\$16,157		
GRD-241	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		MEATOPLASTIA URETRAL		\$16,157		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-242	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		NEFRECTOMÍA		\$30,663		
GRD-243	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		NEFRECTOMÍA (PARA TRASPLANTE)		\$29,870		
GRD-244	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		NEFRECTOMÍA BILATERAL		\$30,663		
GRD-245	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESTANTE		\$30,663		
GRD-246	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		NEFRECTOMÍA TOTAL		\$61,306		
GRD-247	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		NEFRECTOMÍA TOTAL (RADICAL POR NEOPLASIA)		\$30,663		
GRD-248	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		NEFROSTOMÍA		\$30,663		
GRD-249	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA CON FRAGMENTACIÓN		\$30,663		
GRD-250	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA SIN FRAGMENTACIÓN		\$30,663		
GRD-251	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		NEFROTOMÍA		\$30,663		
GRD-252	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		NEFROURETERECTOMÍA		\$30,663		
GRD-253	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OPERACIÓN SUPRAPÚBICA DE SUSPENSIÓN (SLING)		\$13,210		
GRD-254	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OTRA ANASTOMOSIS DE VEJIGA		\$108,559		
GRD-255	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OTRA CISTOSTOMÍA		\$19,961	\$3,979	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-256	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OTRA CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA		\$19,961	\$2,021	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-257	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OTRA EXCISIÓN O DESTRUCCIÓN TRANSURETRAL DE LESIÓN O TEJIDO VESICAL		\$22,463		
GRD-258	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OTRA OPERACIÓN SOBRE URETRA Y TEJIDO PERIURETRAL		\$16,157		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-259	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OTRA OPERACIÓN SOBRE VEJIGA		\$19,961		
GRD-260	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OTRA RECONSTRUCCIÓN DE URETRA		\$21,500		
GRD-261	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OTRA REPARACIÓN DE URÉTER		\$30,663		
GRD-262	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OTRA REPARACIÓN DE URETRA		\$21,500		
GRD-263	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OTRAS OPERACIONES SOBRE TEJIDO PERIRRENAL O PERIVESICAL		\$19,961		
GRD-264	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		OTRO TRASPLANTE DE RIÑÓN		\$132,602		
GRD-265	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		PIELOTOMIA		\$30,663		
GRD-266	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		PLICATURA DE UNIÓN URETROVESICAL		\$19,961		
GRD-267	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		REANASTOMOSIS DE URETRA		\$16,157		
GRD-268	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		RECONSTRUCCIÓN DE VEJIGA URINARIA		\$108,559		
GRD-269	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		REPARACIÓN DE EXTROFIA VESICAL		\$30,663		
GRD-270	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		REPARACIÓN DE FÍSTULA CON AFECTACIÓN DE VEJIGA E INTESTINO		\$15,354		
GRD-271	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS O EPISPADIAS		\$21,500		
GRD-272	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		REPARACIÓN DE OTRA FÍSTULA DE VEJIGA		\$15,354		
GRD-273	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		REPARACIÓN DE URETRA		\$16,157		
GRD-274	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		SUSPENSIÓN URETRAL RETROPÚBICA		\$13,210		
GRD-275	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		SUTURA DE LACERACIÓN DE URETRA		\$16,157		
GRD-276	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		TRASPLANTE RENAL (INCLUYE NEFRECTOMÍA DONADOR)		\$132,602		
GRD-277	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		TRASPLANTE RENAL (RECEPTOR)		\$86,484		
GRD-278	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		URETERONEOCISTOS TOMÍA		\$30,663		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-279	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		URETEROTOMÍA		\$30,663		
GRD-280	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	GRD		URETROTOMÍA		\$16,157		
GRD-281		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA		\$18,889	\$15,750	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-282		Cirugía general	Cirugía general	GRD		CIRUGÍA MENOR DENTRO DE QUIRÓFANO	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA SIN CC/CCM	\$15,550		
GRD-283		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		CONIFICACIÓN Y/O MARCAJE	DILATACIÓN Y LEGRADO, CONIZACIÓN, INTERRUPTURA TUBÁRICA INCISIONAL Y LAPAROSCÓPICA SIN CC/CCM	\$19,788		
GRD-284		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DEBRIDACIÓN DE ABSCESO MAMARIO	BIOPSIA DE MAMA, ESCISIÓN LOCAL Y OTROS PROCEDIMIENTOS DE MAMA SIN CC/CCM	\$19,405		
GRD-285		Medicina interna		GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUITIS AGUDA		\$31,239	\$14,959	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-286		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CARDIOPATÍA FUNCIONAL EN LA MUJER EMBARAZADA.		\$18,080		Garantía total
GRD-287		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CORIOAMNIOÍTIS.		\$20,712	\$16,396	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-288		Medicina interna		GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE HEMORRÁGICO		\$84,409	\$18,190	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-289		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL.		\$16,545	\$8,131	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-290		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA		\$19,856		
GRD-291		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE EMBOLIAS OBSTÉTRICAS.		\$19,900		
GRD-292		Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA		\$52,290	\$12,920	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-293		Pediatría	Pediatría	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS		\$18,757	\$16,332	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-294		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA		\$38,863	\$5,671	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-295		Medicina interna	Cardiología	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA (EDEMA PULMONAR)		\$43,552	\$20,633	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-296		Cirugía general	Urología	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LITIASIS DE VÍAS URINARIAS INFERIORES		\$33,661	\$21,904	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-297		Cirugía general	Urología	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL Y URETERAL		\$65,003	\$30,860	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-298		Cirugía general	Otorrinolaringología	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MASTOIDITIS		\$67,858	\$11,028	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-299		Medicina interna	Neurología	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MENINGITIS		\$75,552	\$31,144	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-300		Medicina interna	Neumología	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA DE COMUNIDAD EN EL ADULTO Y ADULTO MAYOR		\$32,497	\$21,600	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-301		Pediatría	Medicina interna pediátrica	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN NIÑOS		\$26,677	\$23,440	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-302		Medicina interna	Endocrinología	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA SECUNDARIA A DIABETES		\$39,955	\$6,054	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-303		Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS		\$47,724	\$28,354	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-304		Medicina interna	Medicina interna	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PIELONEFRITIS		\$19,022	\$9,527	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-305		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PRE-ECLAMPSIA		\$13,779		Garantía total
GRD-306		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PRE-ECLAMPSIA SEVERA		\$21,621		
GRD-307		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE HELLP.		\$39,282		
GRD-308		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN LA MUJER EMBARAZADA.		\$21,926	\$18,983	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-309		Cirugía general	Cirugía general	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO		\$45,162	\$20,833	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-310		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CHOQUE SÉPTICO PUERPERAL		\$28,922	\$28,839	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-311		Pediatría	Neonatología	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CON PREMATURO CON HIPOTERMIA		\$15,444	\$8,797	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-312		Pediatría	Neonatología	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE PREMATURO CON COMPLICACIONES		\$15,444	\$8,217	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-313		Pediatría	Neonatología	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL RECÉN NACIDO CON BAJO PESO AL NACER		\$14,570	\$8,139	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-314		Medicina interna	Neurología	GRD		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO (GLASGOW 9-13)		\$45,201	\$8,087	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-315		Cirugía general	Cirugía plástica y reconstructiva Neurocirugía	GRD		DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO		\$100,363	\$15,030	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-316		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		ENDOMETRITIS PUERPERAL		\$19,672	\$18,648	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-317		Medicina interna	Neumología	GRD		ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA		\$62,448	\$18,972	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-318		Cirugía general	Cirugía general	GRD		ESPLENECTOMÍA		\$86,960	\$26,560	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-319		Cirugía general	Otorrinolaringología	GRD		EXCISIÓN DE PAILOMA FARINGEO JUVENIL		\$77,571	\$8,912	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-320		Cirugía general	Cirugía oncológica	GRD		EXTIRPACIÓN DE LESIÓN CANCEROSA DE PIEL (NO INCLUYE MELANOMA)		\$26,237	\$5,848	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-321		Cirugía general	Cirugía general	GRD		EXTIRPACIÓN DE TUMORES BENIGNOS DE TEJIDOS BLANDOS		\$30,966	\$7,145	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-322		Pediatría	Neonatología	GRD		ICTERICIA NEONATAL		\$24,496	\$7,525	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-323		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		INFECCIÓN SUPERFICIAL DE EPISIORRAFIA O HERIDA QUIRÚRGICA OBSTÉTRICA		\$15,622		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-324		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		LAPAROSCOPIA POR ENDOMETRIOSIS		\$25,388	\$14,567	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-325	Aparato Tegumentario	Cirugía general	Cirugía general	GRD		LIPOMAS	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA SIN CC/CCM	\$15,550	\$7,145	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-326		Medicina interna	Neurología	GRD		MANEJO HOSPITALARIO DE CRISIS CONVULSIVAS		\$34,515	\$20,022	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-327		Medicina interna	Medicina interna	GRD		MANEJO HOSPITALARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL		\$23,408	\$10,575	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-328		Cirugía general	Cirugía general	GRD		MANEJO HOSPITALARIO DE QUEMADURA SEGUNDO GRADO		\$26,646	\$25,539	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-329		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		PELVIPERITONITIS		\$37,117	\$14,657	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-330		Cirugía general	Angiología	GRD		SAFENECTOMÍA		\$37,194	\$14,789	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-331		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FIBROADENOMA MAMARIO		\$18,469	\$5,485	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-332		Gineco-obstetricia	Gineco-obstetricia	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TORSIÓN DE ANEXOS		\$25,388	\$12,886	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-333		Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		TRATAMIENTO QUISTE SINOVIAL		\$3,994	\$3,809	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-334		Cirugía general	Cirugía general	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR		\$103,518	\$13,929	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
GRD-335		Cirugía general	Neurocirugía	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIDROCEFALIA		\$95,933	\$26,300	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-336		Cirugía general	Cirugía cardiovascular	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ISQUEMIA E INFARTO INTESTINAL		\$125,071	\$26,941	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-337		Cirugía general	Cirugía general	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL		\$103,518	\$21,434	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-338		Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN GÁSTRICA E INTESTINAL		\$125,071	\$28,637	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-339		Cirugía general	Cirugía general Coloproctología	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ABSCESO RECTAL		\$7,582	\$10,301	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-340		Cirugía general	Traumatología y ortopedia	GRD		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PIE EQUINO EN NIÑOS		\$27,988	\$22,150	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-341	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	GRD		IRIDOTOMÍA E IRIDECTOMÍA SIMPLE		\$17,809	\$7,648	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-342	Sistema respiratorio	Cirugía general	Cirugía de tórax	GRD		TORACOTOMÍA, PLEUROTOMÍA Y DRENAJE DE TÓRAX		\$134,518	\$3,979	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
GRD-343		Pediatría	Neonatología	GRD		ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO		\$5,622		
OE-1		Imagenología diagnóstica y terapéutica		OE		TOPOGRAFÍA CORNEAL		\$395		
OE-2		Cirugía general Imagenología diagnóstica y terapéutica		OE		MARCAJE MAMARIO CON BIOPSIA (UNILATERAL)	BIOPSIA POR MARCAJE O ESTEREOTAXIA.	\$2,598		
OE-3	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	OE		CAMPIMETRÍA OCULAR PARA LA DETECCIÓN COMPUTARIZADA DE LOS CAMPOS VISUALES		\$271		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
OE-4	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PAQUETE DE PRUEBAS PSICOMÉTRICAS (MAS DE 3 PBS)	PAQUETE DE PRUEBAS PSICOMÉTRICAS (MAS DE 3 PRUEBAS)	\$1,910		
OE-5	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PASEOS TERAPÉUTICOS	PASEOS TERAPÉUTICOS	\$474		
OE-6	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PRUEBAS DE BENDER	PRUEBAS DE BENDER	\$185		
OE-7	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PRUEBAS DE BUCK	PRUEBAS DE BUCK	\$717		
OE-8	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PRUEBAS DE HABITAT	PRUEBAS DE HABITAT	\$480		
OE-9	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PRUEBAS DE PERSONALIDAD	PRUEBAS DE PERSONALIDAD	\$597		
OE-10	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PRUEBAS DE TAT	PRUEBAS DE TAT	\$955		
OE-11	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PRUEBAS DE WAIS	PRUEBAS DE WAIS	\$957		
OE-12	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PRUEBAS DE WIPSI	PRUEBAS DE WIPSI	\$601		
OE-13	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PRUEBAS DE WISC	PRUEBAS DE WISC	\$958		
OE-14	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PRUEBAS MMPI	PRUEBAS MMPI	\$482		
OE-15	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		PRUEBAS PSICOMÉTRICAS (INDIVIDUAL)	PRUEBAS PSICOMÉTRICAS (INDIVIDUAL)	\$892		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
OE-16	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		TERAPIA PSICOLÓGICA 1 A 3 SEIONES (CONYUGAL O INDIVIDUAL)	TERAPIA PSICOLÓGICA 1 A 3 SEIONES (CONYUGAL O INDIVIDUAL)	\$420		
OE-17	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		TERAPIA DE GRUPO (POR 1 SESIÓN)	TERAPIA DE GRUPO (POR 1 SESIÓN)	\$546		
OE-18	Diagnósticos y Terapéuticos Misceláneos	Psicología	Psicología	OE		TERAPIA FAMILIAR (FAMILIA DE 1 SESIÓN)	TERAPIA FAMILIAR (FAMILIA DE 1 SESIÓN)	\$364		
OE-19	Sistema cardiovascular	Medicina interna	Cardiología	OE		INSERCIÓN INICIAL DE DISPOSITIVO DE DOBLE CÁMARA	Sólo incluye el procedimiento.	\$14,517		Garantía total
OE-20	Sistema cardiovascular	Medicina interna	Cardiología	OE		INSERCIÓN INICIAL DE ELECTRODO TRANSVENOSO INTRACARDIACO	Sólo incluye el procedimiento.	\$6,827		Garantía total
OE-21	Sistema cardiovascular	Medicina interna	Cardiología	OE		INSERCIÓN INICIAL DE UN APARATO DE CÁMARA ÚNICA, CON RESPUESTA EN FRECUENCIA	Sólo incluye el procedimiento.	\$11,318	\$26,813	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
OE-22	Sistema cardiovascular	Medicina interna	Cardiología	OE		INSERCIÓN INICIAL DE UN DISPOSITIVO DE CÁMARA ÚNICA, NO ESPECIFICADO COMO RESPUESTA EN FRECUENCIA	Sólo incluye el procedimiento.	\$11,318		Garantía total
OE-23	Sistema genital masculino	Cirugía general	Urología	OE		BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO	Sólo incluye el procedimiento.	\$22,463		
OE-24	Sistema genital masculino	Cirugía general	Cirugía general	OE		VASECTOMÍA (MÉTODOS DEFINITIVOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)		\$3,181		Garantía total
OE-25	Sistema respiratorio	Cirugía general	Otorrinolaringología	OE		EXCISIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LARINGE	Sólo incluye el procedimiento.	\$17,622		
OE-26	Sistema respiratorio	Cirugía general	Otorrinolaringología	OE		BIOPSIA FARÍNGEA		\$1,502		
OE-27	Urgencias	Urgencias		OE		URGENCIAS		\$705		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
OE-28		Hospitalización		OE		HOSPITALIZACIÓN DÍA CAMA	DÍA CAMA (NO INCLUYE MEDICAMENTOS, LABORATORIOS, GABINETES, HEMODERIVADOS, MATERIAL DE CURACIÓN Y OTROS CONSUMIBLES).	\$3,159		
OE-29		Medicina interna	Psiquiatría	OE		HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA MENSUAL	HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA MENSUAL	\$30,265		
OE-30		Medicina interna	Psiquiatría	OE		HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA POR DÍA	HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA POR DÍA	\$1,009		
OE-31		Medicina interna	Urgencias	OE		OBSERVACIÓN DE 12 A 23 HRS.	HORA EN URGENCIAS (SI INCLUYE MEDICAMENTOS, LABORATORIOS, GABINETES, HEMODERIVADOS, MATERIAL DE CURACIÓN Y OTROS CONSUMIBLES)	\$3,365		
OE-32		Medicina interna	Urgencias	OE		OBSERVACIÓN DE 2 A 12 HRS.	HORA EN URGENCIAS (SI INCLUYE MEDICAMENTOS, LABORATORIOS, GABINETES, HEMODERIVADOS, MATERIAL DE CURACIÓN Y OTROS CONSUMIBLES)	\$1,309		
OE-33		Cirugía general	Cirugía cardiovascular	OE		PUNCIÓN TRANSTORÁCICA	-	\$421		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
OE-34		Consulta externa primer contacto		OE		TARIFA MENSUAL POR UN CONSULTORIO (SIN ATENCIÓN MÉDICA NI INSUMOS) 6 HORAS	TARIFA MENSUAL DE CONSULTORIO O EQUIPADO SIN MÉDICO IMSS (6 HORAS)	\$6,860		
OE-35		Consulta externa primer contacto		OE		TARIFA MENSUAL POR UN CONSULTORIO CON ATENCIÓN MÉDICA Y SIN INSUMOS MÉDICOS (12 HORAS DIARIAS)	TARIFA MENSUAL POR UN CONSULTORIO O EQUIPADO Y CON MÉDICO IMSS (12 HORAS)	\$32,032		
OE-36		Consulta externa primer contacto		OE		TARIFA MENSUAL POR UN CONSULTORIO CON ATENCIÓN MÉDICA Y SIN INSUMOS MÉDICOS (6 HORAS DIARIAS)	TARIFA MENSUAL DE UN CONSULTORIO O EQUIPADO Y CON MÉDICO IMSS (6 HORAS)	\$22,383		
OE-37		Cirugía general	Cirugía general	OE		CIRUGÍA MENOR QUE NO REQUIERE QUIRÓFANO (20 minutos de sala)		\$988		
OE-38		Terapia intensiva		OE		DÍA CAMA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL		\$8,619		
OE-39		Hemodinamia		OE		HORA SALA HEMODINAMIA CON RECURSOS HUMANOS		\$7,696		
OE-40		Terapia intensiva		OE		DÍA CAMA EN TERAPIA INTENSIVA (INCLUYE TODOS LOS INSUMOS EXCEPTO MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN)		\$8,464		
OE-41		Terapia intensiva		OE		DÍA ESTANCIA TERAPIA INTENSIVA (INCLUYE PERSONAL, INSTALACIONES, CONSUMIBLES MÉDICOS Y NO MÉDICOS)		\$22,590		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
OE-42		Quirófano		OE		TARIFA POR HORA DE USO DE QUIRÓFANO (INCLUYE: ENFERMERA CIRCULANTE, INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, USO DE MÁQUINA DE ANESTESIA, MONITOR DE SIGNOS VITALES. NO INCLUYE INSUMOS, CONSUMIBLES MÉDICOS, NI PERSONAL).		\$1,277		
OE-43		Consulta externa especialidad		OE		CONSULTA DE ESPECIALIDAD		\$0		
BH-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	BH	BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA, VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR (VSG), RETICULOCITOS Y PLAQUETAS	BIOMETRÍA HEMÁTICA./ VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR (VSG) /RETICULOCITOS./PLAQUETAS (CANTIDAD).	\$91		Garantía total
BH-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	BH	RECuento DE RETICULOCITOS	RETICULOCITOS.	\$83	\$65	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
CE-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	CE	TENDENCIA HEMORRÁGICA (TP) TIEMPO DE PROTROMBINA- (TT) TIEMPO DE TROMBINA- (TTP) TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	TIEMPO DE TROMBINA (TT)/TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TTP)/TIEMPO DE PROTROMBINA (TP).	\$293	\$151	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
CE-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	CE	TIEMPO DE TROMBINA (TT)	TIEMPO DE TROMBINA (TT).	\$172		Garantía total
CF-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	CF	CD4/CD8, SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS		\$1,227		
CS-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	CS	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP).	\$103		Garantía total
CS-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	CS	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TTP)	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TTP)	\$77		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
DT-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	DT	ÁCIDO VALPROÍCO	ÁCIDO VALPROICO.	\$140		Garantía total
EL-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	EL	CLORO SÉRICO	CLORO (SÉRICO).	\$56		Garantía total
EL-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	EL	POTASIO	POTASIO EN SANGRE	\$56		Garantía total
EL-3	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	EL	SODIO	SODIO (NA) SÉRICO.	\$56		Garantía total
GS-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	GS	GASOMETRÍA		\$198		
HM-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	HM	ALFA FETO PROTEÍNA (AFP) EN SUERO		\$154		Garantía total
HM-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	HM	ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (ACE O CEA)		\$154		Garantía total
HM-3	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	HM	ANTÍGENO PROSTÁTICO PSA LIBRE		\$241		Garantía total
HM-4	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	HM	ANTÍGENO PROSTÁTICO PSA TOTAL		\$183		Garantía total
HM-5	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	HM	C.A. 15-3 MARCADOR TUMORAL DE CÁNCER DE MAMA	CA 15.3 (ANTÍGENO CARBOHIDRATO 15.3, MARCADOR DE CÁNCER DE MAMA).	\$373		
HM-6	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	HM	CA-125 (MARCADOR DE CARCINOMA DE OVARIO Y DE ENDOMETRIO)		\$197		
HM-7	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	HM	CA-19.9 (MARCADOR TUMORAL DE CÁNCER DE PÁNCREAS Y COLÓN)		\$197		
HM-8	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	HM	HORMONA PARATIROIDEA (PARATOHORMONA O PTH)		\$116		Garantía total
HM-9	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	HM	PRUEBA DE EMBARAZO	PRUEBA DE EMBARAZO (SÉRICA U ORINA)	\$110		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
MB-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	ASLAMIENTO Y TIPIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS A PARTIR DE ORINA	TINCIÓN BAAR (1 MUESTRA EN DISTINTOS FLUIDOS).	\$325		Garantía total
MB-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	ASLAMIENTO, IDENTIFICACIÓN Y SEROTIPIFICACIÓN DE VIBRIO CHOLEARAE A PARTIR DE MUESTRAS CLÍNICAS O CEPAS	IDENTIFICACIÓN DE VIBRIO CHOLERA / ASLAMIENTO	\$224		Garantía total
MB-3	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	ANTIBIOGRAMA GRAM NEGATIVOS /ANTIBIOGRAMA GRAM POSITIVOS /ANTIBIOGRAMA PARA ANAEROBIOS /ANTIBIOGRAMAS PARA HONGOS.	ANTIBIOGRAMA GRAM NEGATIVOS /ANTIBIOGRAMA GRAM POSITIVOS /ANTIBIOGRAMA PARA ANAEROBIOS /ANTIBIOGRAMAS PARA HONGOS.	\$157		Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
MB-4	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	BORDETELLA PERTUSSIS - ASLAMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE BORDETELLA A PARTIR DE EXUDADO NASOFARINGEO	TINCIÓN DE GRAM /EXÁMEN MICROSCÓPICO EN FRESCO /CULTIVO DE FLUIDOS O EXUDADOS/ANTIBIOGRAMA GRAM NEGATIVOS.	\$549		Garantía total
MB-5	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	BRUCELLA SPP - PERFIL SEROLÓGICO DE LA BRUCELOSIS POR ROSA DE BENGALA (RB),SEROAGLUTINACIÓN EN TUBO O WRIGHT (SAT) Y 2 MERCAPTOETANOL (2ME)	BRUCELLA 2 MERCAPTOETANOL /BRUCELLA PRUEBA RÁPIDA POR AGLUTINACIÓN.	\$196	\$102	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
MB-6	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	BUSQUEDA DE HONGOS Y LEVADURAS	BUSQUEDA EN AGUA Y ALIMENTOS DE HONGOS Y LEVADURAS	\$253		
MB-7	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	BUSQUEDA DE SALMONELLA SP (ESPECIES)	BUSQUEDA EN AGUA Y ALIMENTOS DE SALMONELLA SPP	\$205		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
MB-8	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	BUSQUEDA ENTEROCOCOS	BUSQUEDA EN AGUA Y ALIMENTOS DE ENTEROCOCOS	\$205		
MB-9	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	BUSQUEDA ESCHERICHIA COLI	BUSQUEDA EN AGUA Y ALIMENTOS DE E.COLI	\$378		
MB-10	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	COPROCULTIVO	COPROCULTIVO.	\$140		Garantía total
MB-11	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	CULTIVO DE EXPECTORACIÓN	CULTIVO DE FLUIDOS O EXUDADOS	\$185		Garantía total
MB-12	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	CULTIVO DE HONGOS	CULTIVO DE HONGOS	\$253		Garantía total
MB-13	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	CULTIVO DE PIE DIABÉTICO	CULTIVO DE FLUIDOS O EXUDADOS	\$185		Garantía total
MB-14	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	CULTIVO DE SECRECIÓN DE HERIDA	CULTIVO DE FLUIDOS O EXUDADOS	\$185		Garantía total
MB-15	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	CULTIVO PUNTA DE CATÉTER	CULTIVO DE FLUIDOS O EXUDADOS	\$185		Garantía total
MB-16	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	CULTIVOS AEROBIOS	CULTIVO DE AEROBIOS	\$250		Garantía total
MB-17	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	CULTIVOS ANAEROBIOS	CULTIVO DE ANAEROBIOS	\$256		Garantía total
MB-18	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	EXAMEN COPROPARASITOSCÓPICO EN SERIE (3 MUESTRAS)	COPROPARASITOSCÓPICO (3 MUESTRAS).	\$56		Garantía total
MB-19	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	EXUDADO CERVICO VAGINAL	TINCIÓN DE GRAM /EXÁMEN MICROSCÓPICO EN FRESCO /EXÁMEN MICROSCÓPICO CON KOH	\$110		Garantía total
MB-20	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	EXUDADO FARÍNGEO	TINCIÓN DE GRAM /EXÁMEN MICROSCÓPICO EN FRESCO /CULTIVO DE FLUIDOS O EXUDADOS	\$110		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
MB-21	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	EXUDADO URETRAL	TINCIÓN DE GRAM /EXÁMEN MICROSCÓPICO EN FRESCO .	\$110		Garantía total
MB-22	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	IDENTIFICACIÓN DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS	CULTIVO PARA ESTAFILOCOCO AUREUS	\$269		Garantía total
MB-23	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	IDENTIFICACIÓN DE VIBRIO CHOLEARAE Y/O VIBRIO PARAHAEMOLITICUS	IDENTIFICACIÓN DE VIBRIO CHOLERAE /	\$586	\$256	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
MB-24	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	INVESTIGACIÓN DE PLASMODIUM	GOTA GRUESA (PALUDISMO)	\$85		Garantía total
MB-25	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	MESOFÍLICOS AEROBIOS UFC/G O ML (CUENTA DE UNIDADES FORMADORAS DE COLONIAS PRESENTES EN UN GRAMO O MILILITRO)	BUSQUEDA EN AGUA Y ALIMENTOS DE MESOFILICOS AEROBIOS UFC/G O ML	\$188		
MB-26	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS - AISLAMIENTO Y TIPIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS A PARTIR DE ESPUTO , LAVADO GÁSTRICO Y SECRECIONES	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, DETECCION DEL COMPLEJO PCR (EXPECTORACIÓN, SANGRE TOTAL, LCR, LÍQUIDO BRONQUIAL)	\$1,827		Garantía total
MB-27	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	PRUEBA PARA INDUCCIÓN DE PARÁSITOS	BUSQUEDA DE OXIUROS	\$157		Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
MB-28	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	SALMONELLA SPP - AISLAMIENTO, IDENTIFICACIÓN Y SEROTIPIFICACIÓN DE SALMONELLA SPP A PARTIR DE MUESTRAS CLÍNICAS O CEPAS	IDENTIFICACIÓN DE SALMONELLA SPP	\$205		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
MB-29	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	SEROTIPIFICACIONES	IDENTIFICACIÓN DE SALMONELLA SSP/IDENTIFICACIÓN DE SHIGELLA SSP	\$408		Garantía total
MB-30	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	SHIGELLA SPP - AISLAMIENTO, IDENTIFICACIÓN Y SEROTIPIFICACIÓN DE SHIGELLA SPP A PARTIR DE MUESTRAS CLÍNICAS O CEPAS	IDENTIFICACIÓN DE SHIGELLA SSP	\$196		Garantía total
MB-31	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	UROCULTIVO	UROCULTIVO.	\$215		
MB-32	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	VIBRIO CHOLERAEE - DETERMINACIÓN RÁPIDA DE COAGLUTINACIÓN EN AGUA PEPTONADA ALCALINA	IDENTIFICACIÓN DE VIBRIO CHOLERAEE COAGLUTINACIÓN EN AGUA PEPTONADA ALCALINA	\$224		Garantía total
MB-33	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	TREPONEMA INMUNOFLUORESCENCIA		\$220		
MB-34	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	CULTIVO DE MYCOPLASMA		\$567		Garantía total
MB-35	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	SENSIBILIDAD A DROGAS DE SEGUNDA LÍNEA EN TUBERCULOSIS		\$675		Garantía total
MB-36	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	MB	IDENTIFICACIÓN POR MICROSCOPIA MYCOBACTERIUM LEPRAE		\$234		Garantía total
PE-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	CÉLULAS LE (LUPUS ERITEMATOSO)	CÉLULAS LE .	\$202		
PE-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	DETECCIÓN DE RNA VIRAL DE ROTAVIRUS EN HECE POR ROTAFORESIS	DETECCIÓN DE RNA VIRAL DE ROTAVIRUS EN HECE POR ROTAFORESIS	\$193		
PE-3	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI VIH (ELISA)	VIH, DETERMINACIÓN (ELISA).	\$122		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
PE-4	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IGG ESPECÍFICOS PARA RICKETTSIA RICKETTSI, RICKETTSIA TYPHI Y RICKETTSIA PROWASEKI POR INMUNOFLUORESCENCIA	RICKETTSIA RICKETTSI IGG, ANTICUERPOS ANTI /RICKETTSIA TYPHI IGG, ANTICUERPOS ANTI /RICKETTSIA PROWASEKI, ANTICUERPOS ANTI	\$249		Garantía total
PE-5	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS INMUNOGLOBULINA M (IGM) POR ELISA DE CAPTURA EN MUESTRAS DE SUERO	INMUNOGLOBULINA "M" (IGM).	\$178		Garantía total
PE-6	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS INMUNOGLOBULINA G (IGG) ESPECÍFICOS POR INHIBICIÓN DE LA HEMOGLUTINACIÓN (IHA) O ELISA DE CAPTURA DE MUESTRAS DE SUERO	INMUNOGLOBULINA "G" (IGG).	\$178		Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
PE-7	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO NS1 PARA DENGUE POR ELISA	ANTÍGENO NS1 PARA DENGUE	\$278		
PE-8	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	DETERMINACIÓN EN SUERO DE ANTICUERPOS INMUNOGLOBULINA M (IGM) POR ELISA	INMUNOGLOBULINA "M" (IGM).	\$185		Garantía total
PE-9	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	DNA DE DOBLE CADENA O NATIVO, ANTICUERPOS ANTI (N-DNA)		\$194		
PE-10	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS		\$167		
PE-11	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	TINCIÓN PARA EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL.	\$73		Garantía total
PE-12	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	ESPERMATOBIOSCOPIA	ESPERMATOBIOSCOPIA DIRECTA.	\$113		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
PE-13	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS ANTI (AAP)		\$325		
PE-14	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	IDENTIFICACIÓN DEL VIRUS DE LA INFLUENZA POR RT-PCR A PARTIR DE MUESTRAS FARÍNGEAS (EXUDADOS O LAVADOS)	VIRUS INFLUENZA (TIPO "A" (H1N1) Y "B"), ANTICUERPOS ANTI.	\$1,187		
PE-15	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	LEPTOSPIRA SPP - DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-LEPTOSPIRA EN MUESTRA ÚNICA DE SUERO (MICROAGLUTINACIÓN)	LEPTOSPIRA SPP, ANTICUERPOS ANTI (MUESTRA ÚNICA DE SUERO POR MICROAGLUTINACIÓN)	\$200		
PE-16	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	LEPTOSPIRA SPP - DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-LEPTOSPIRA EN MUESTRAS PAREADAS DE SUERO (MICROAGLUTINACIÓN)	LEPTOSPIRA SPP, ANTICUERPOS ANTI (MUESTRAS PAREADAS DE SUERO POR MICROAGLUTINACIÓN)	\$584		
PE-17	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	NUCLEARES (FAN, ANA), ANTICUERPOS ANTI		\$186		
PE-18	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	SANGRE OCULTA EN HECES	SANGRE OCULTA EN HECES .	\$83		Garantía total
PE-19	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	COOMBS DIRECTO		\$109		Garantía total
PE-20	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	COOMBS INDIRECTO		\$109		Garantía total
PE-21	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	SARAMPIÓN POR q RT-PCR		\$3,251		
PE-22	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	DENGUE IGM		\$109		Garantía total
PE-23	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	DENGUE IGG		\$174		Garantía total
PE-24	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	SUBTIPIFICACIÓN POR q RT-PCR (DENGUE)		\$2,809		
PE-25	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	HEPATITIS A POR ELISA		\$179		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
PE-26	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	HEPATITIS C POR ELISA		\$181		Garantía total
PE-27	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PE	VIRUS DE LA POLIOMIELITIS, AISLAMIENTO EN HECES		\$195		
PS-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PS	ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	ANTIESTREPTOLISINA "O" (ASLO Ó ASTO) .	\$123		
PS-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PS	FRACCIÓN 3 DEL COMPLEMENTO (C3)	FRACCIÓN 3 DEL COMPLEMENTO (C3).	\$208		
PS-3	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PS	FRACCIÓN 4 DEL COMPLEMENTO (C4)	FRACCIÓN 4 DEL COMPLEMENTO (C4).	\$208		
PS-4	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PS	INMUNOGLOBULINA E (IGE)	INMUNOGLOBULINA "E" (IGE) .	\$223		
PS-5	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PS	PERFIL REUMÁTICO	PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) /FACTOR REUMATOIDE (FR)./ANTIES TREPTOLISINA "O" (ASLO Ó ASTO) .	\$346		
PS-6	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PS	PROTEÍNAS C-REACTIVAS	PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) .	\$137		Garantía total
PS-7	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PS	TROPONINA		\$201		
PS-8	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	PS	I.G.A. INMUNOGLOBULINA		\$185		
QC-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	ÁCIDO ÚRICO SÉRICO	ÁCIDO ÚRICO.	\$50		Garantía total
QC-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	BILIRRUBINA DIRECTA Y BILIRRUBINA INDIRECTA	BILIRRUBINA DIRECTA./BILIRRUBINA INDIRECTA .	\$56		Garantía total
QC-3	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	CALCIO SÉRICO	CALCIO (SÉRICO).	\$56		Garantía total
QC-4	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) .	\$56		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
QC-5	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL).	\$56		Garantía total
QC-6	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	COLESTEROL TOTAL	COLESTEROL.	\$56		Garantía total
QC-7	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	CREATINA FOSFOQUINASA (CPK)		\$73		Garantía total
QC-8	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	CREATINA-FOSFOQUINASA FRACCIÓN MIOCARDICA CPK-MB		\$73		Garantía total
QC-9	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	CREATININA SÉRICA	CREATININA SÉRICA.	\$56		Garantía total
QC-10	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 3 HORAS	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 100 G + 2 PRUEBAS DE GLUCOSA (3 HORAS).	\$215	\$181	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
QC-11	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	DEPURACIÓN DE CREATININA EN ORINA	DEPURACIÓN DE CREATININA (EN ORINA).	\$105		Garantía total
QC-12	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	DESHIDROGENASA LÁCTICA (DHL)	DESHIDROGENASA LÁCTICA (DHL) .	\$56		Garantía total
QC-13	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	FOSFATASA ACIDA	FOSFATASA ACIDA.	\$56		Garantía total
QC-14	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	FÓSFORO	FÓSFORO (P) SUERO (FOSFATEMIA).	\$56		Garantía total
QC-15	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	GLUCOSA	GLUCOSA EN SANGRE (AYUNO).	\$56		Garantía total
QC-16	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	LIPASA	LIPASA.	\$62		Garantía total
QC-17	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	MAGNESIO	MAGNESIO (MG).	\$56		Garantía total
QC-18	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	MIOGLOBINA EN SUERO		\$201		
QC-19	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	NIVEL DE FERRITINA EN SUERO	FERRITINA (NIVEL DE FERRITINA EN SUERO).	\$130		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
QC-20	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	PROTEÍNAS TOTALES	PROTEINAS TOTALES EN SUERO.	\$56		
QC-21	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	QUÍMICA SANGUÍNEA IV (GLUCOSA ,UREA, CREATININA Y ÁCIDO ÚRICO)	GLUCOSA EN SANGRE (AYUNO)./UREA./CREATININA SÉRICA./ÁCIDO ÚRICO.	\$94		Garantía total
QC-22	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA (TGO)	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA (TGO) .	\$63		Garantía total
QC-23	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRÚVICA (TGP)	TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA (TGP) .	\$63		Garantía total
QC-24	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	TRIGLICÉRIDOS	TRIGLICERIDOS.	\$56		Garantía total
QC-25	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	UREA EN LA SANGRE	UREA.	\$56		Garantía total
QC-26	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	ALBUMINA		\$59		Garantía total
QC-27	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	QC	RELACIÓN ALB/GLOB		\$96		Garantía total
SE-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	SE	PRUEBA SEROLÓGICA CONFIRMATORIA (WESTERN BLOT)	VIH (WESTERN BLOT CONFIRMATORIA), ANTICUERPOS ANTI .	\$1,242	\$798	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
SS-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	SS	PRUEBA DE REAGINA RÁPIDA EN PLASMA (RPR) PARA SÍFILIS	PRUEBA SEROLÓGICA PARA LA SÍFILIS (RPR_VDRL) .	\$147	\$102	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
SS-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	SS	PRUEBA SEROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL)	PRUEBA SEROLÓGICA PARA LA SÍFILIS (VDRL) .	\$73		Garantía total
SS-3	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	SS	DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE COCCIDIOIDOMICOSIS		\$355		
SS-4	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	SS	DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE HISTOPLASMOSIS		\$129		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
SS-5	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	SS	REACCIONES FEBRILES EN PLACA		\$145		Garantía total
UA-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		ALC	UA	EXAMEN GENERAL DE ORINA	EXAMEN GENERAL DE ORINA (EGO).	\$71		
AF-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		PPBS	AF	PLAQUETOFÉRESIS	AFERESIS (CONCENTRADO PLAQUETARIO).	\$4,801		
AF-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		PPBS	AF	PLASMAFÉRESIS	PLASMAFERESIS (OBTENCIÓN DE PLASMA POR AFERESIS)	\$4,801		
IH-1	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		PPBS	IH	DETERMINACIÓN DEL GRUPO RH	DETERMINACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH.	\$157		Garantía total
IH-2	Laboratorio de análisis clínicos	Laboratorio de análisis clínicos		PPBS	IH	PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD PRETRANSFUSIONALES	PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD MAYOR O PRUEBAS CRUZADAS (ERITROCITOS)	\$106		Garantía total
CDT-1	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	IMG	CDT	BIOPSIA CERRADA [TRANSURETRAL] DE VEJIGA		\$15,354		
CDT-2	Endoscopia	Cirugía general	Urología	IMG	CDT	OTRA CISTOSCOPIA		\$617		
CDT-3	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	IMG	CDT	CISTOSCOPIA		\$617		
CDT-4	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	IMG	CDT	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL		\$1,718		
CDT-5	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	IMG	CDT	ENDOSCOPIA (CISTOSCOPIA) DEL CONDUCTO ILEAL		\$1,897		
CDT-6	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	IMG	CDT	URETEROSCOPIA DIAGNÓSTICA		\$5,752		
CDT-7	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	IMG	CDT	URETEROSCOPIA TERAPEÚTICA		\$12,437		
CDT-8	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	IMG	CDT	URETEROSCOPIA PERINEAL DIAGNÓSTICA		\$5,752		
CDT-9	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	IMG	CDT	URETEROSCOPIA PERINEAL TERAPEÚTICA		\$12,437		
CDT-10	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	IMG	CDT	BIOPSIA DE URETRA		\$1,502		
CDT-11	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	IMG	CDT	COLOCACIÓN DE CATÉTER DOBLE J		\$3,127		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
EDT-1	Endoscopia	Cirugía general		IMG	EDT	PANENDOSCOPIA		\$795		Garantía total
EDT-2	Endoscopia	Cirugía general		IMG	EDT	COLONOSCOPIA		\$1,357		Garantía total
EDT-3	Endoscopia	Cirugía general		IMG	EDT	COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA [CRE]		\$3,385		Garantía total
EDT-4	Sistema digestivo	Cirugía general		IMG	EDT	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCOPICA] DEL INTESTINO GRUESO		\$4,110		
EDT-5	Sistema digestivo	Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	IMG	EDT	DILATACIÓN DE ESÓFAGO		\$2,962		
EDT-6	Sistema digestivo	Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	IMG	EDT	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA		\$4,110		
EDT-7	Sistema digestivo	Cirugía general	Gastrocirugía Cirugía general	IMG	EDT	EXTIRPACIÓN O ELIMINACIÓN (DESTRUCCIÓN) ENDOSCOPICA DE LESIÓN O DE TEJIDO DEL ESÓFAGO		\$3,478		
HDT-1	Radiología contrastada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	HDT	ARTERIOGRAFIA		\$16,026		
HDT-2	Radiología intervencionista	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	HDT	AORTOGRAFIA		\$6,376		
HDT-3	Radiología intervencionista	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	HDT	ARTERIOGRAFIA CON CONTRASTE DE UN AREA		\$6,323		
HDT-4	Radiología intervencionista	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	HDT	ARTERIOGRAFIA OTRAS AREAS		\$3,794		
HDT-5	Ojos	Cirugía general	Oftalmología	IMG	HDT	FLUORANGIOGRAFIA DE RETINA		\$917		
HDT-6	Sistema cardiovascular (Hemodinamia)	Cirugía general	Angiología Cirugía cardiovascular	IMG	HDT	CATETERISMO ARTERIAL		\$10,322	\$3,979	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
HDT-7	Sistema cardiovascular (Hemodinamia)	Pediatría	Cirugía pediátrica	IMG	HDT	CATETERISMO VENOSO (VENA UMBILICAL O CUALQUIER OTRA VENA)		\$6,661	\$3,979	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
RMN-1	Resonancia magnética	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RMN	ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA 1 REGIÓN SIMPLE		\$3,793		
RMN-2	Resonancia magnética	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RMN	ANGIORESONANCIA UNA REGIÓN	ANGIORESONANCIA DE AORTA TORACOABDOMINAL	\$4,936		
RMN-3	Resonancia magnética	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RMN	COLANGIORESONANCIA		\$1,816		
RMN-4	Resonancia magnética	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RMN	RESONANCIA MAGNÉTICA CONTRASTADA UNA REGIÓN		\$3,035		
RMN-5	Resonancia magnética	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RMN	RESONANCIA MAGNÉTICA SIMPLE UNA REGIÓN		\$1,934		
RMN-6	Resonancia magnética	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RMN	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CONTRASTADA		\$3,449		
RMN-7	Resonancia magnética	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RMN	RESONANCIA MAGNÉTICA DE NEUROEJE ADULTO (CRÁNEO, COLUMNA CERVICAL Y DORSAL)	RESONANCIA (3 REGIONES).	\$4,307		
RMN-8	Resonancia magnética	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RMN	COLANGIORESONANCIA CONTRASTADA		\$3,793		
MT-1	Mastografía	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	MT	MASTOGRAFÍA O MAMOGRAFÍA UNILATERAL		\$166		
MT-2	Mastografía	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	MT	MASTOGRAFÍA CON MARCAJE (UNILATERAL)		\$3,092		
MT-3	Mastografía	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	MT	MASTOGRAFÍA BILATERAL		\$201		
MT-4	Mastografía	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	MT	MASTOGRAFÍA CON ULTRASONIDO		\$243		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
MT-5	Mastografía	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	MT	TOMA DE MASTOGRAFÍA ANALÓGICA		\$203		
MT-6	Mastografía	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	MT	INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFÍA ANALÓGICA		\$110		
MT-7	Mastografía	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	MT	TOMA E INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFÍA ANALÓGICA		\$307		
MT-8	Mastografía	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	MT	TOMA DE MASTOGRAFÍA DIGITAL		\$218		
MT-9	Mastografía	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	MT	INTERPRETACIÓN DE MASTOGRAFÍA DIGITAL		\$108		
MT-10	Mastografía	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	MT	IMPRESIÓN DE MASTOGRAFÍA DIGITAL		\$92		
MT-11	Mastografía	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	MT	TOMA, INTERPRETACIÓN E IMPRESIÓN DE MASTOGRAFÍA DIGITAL		\$404		
RX-1	Radiología general	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	PLACA SIMPLE 1 PROYECCIÓN. CHICA. 24 X 30	CODO 1 PROYECCIÓN (ANTEROPOSTERIOR O LATERAL).	\$219		
RX-2	Radiología general	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	PLACA SIMPLE 1 PROYECCIÓN. MEDIANA. 30 X 35	COLUMNA LUMBO-SACRA 1 PROYECCIÓN	\$237		
RX-3	Radiología general	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	PLACA SIMPLE 1 PROYECCIÓN. GRANDE. 35 X 43	REGIONES COMPARATIVAS (CUALQUIER REGION(CADERAS, TOBILLOS, RODILLAS, HOMBROS, CODOS,MUÑECAS, MANOS Y PIES).	\$263		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
RX-4	Radiología general	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	TELERRADIOGRAFÍA DE TÓRAX 1 PROYECCIÓN	TELERRADIOGRAFÍA DE TÓRAX 1 PROYECCIÓN (POSTERIO-ANTERIOR).	\$211		
RX-5	Radiología contrastada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	COLANGIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA		\$58,891		Garantía total
RX-6	Radiología contrastada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	PIELOGRAFÍA ASCENDENTE		\$1,717		
RX-7	Radiología contrastada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA		\$2,381		
RX-8	Radiología contrastada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	COLANGIOGRAFÍA INTRAVENOSA		\$1,104		
RX-9	Radiología contrastada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	COLANGIOGRAFÍA POR Sonda T CONTRASTADA		\$979		
RX-10	Radiología contrastada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	COLANGIOGRAFÍA TRANSOPERATORIA CONTRASTADA		\$3,385		Garantía total
RX-11	Radiología contrastada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	COLON POR ENEMA		\$1,798	\$1,161	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
RX-12	Radiología dental	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	RADIOGRAFÍA CON TÉCNICA OCLUSAL	RADIOGRAFÍA OCLUSAL	\$90		Garantía total
RX-13	Radiología dental	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	RADIOGRAFÍA TÉCNICA PERIAPICAL	RADIOGRAFÍA PERIAPICAL	\$56		Garantía total
RX-14	Densitometría	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	DENSITOMETRÍA ÓSEA DXA 1 REGIÓN		\$464		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
RX-15	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	RX	SENOS PARANASALES 1 PROYECCIÓN (INCLUYE CADWELL, WATERS)		\$185		Garantía total
TAC-1	Radiología intervencionista	Cirugía general Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	BIOPSIA POR TOMOGRAFÍA		\$2,708		
TAC-2	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	ANGIOTOMOGRAFÍA UNA REGIÓN		\$1,423		
TAC-3	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	ANGIOTOMOGRAFÍA DOS REGIONES.	ANGIOTOMOGRAFÍA 2 REGIONES.	\$2,345		
TAC-4	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TAC SIMPLE UNA REGIÓN		\$1,121		Garantía total
TAC-5	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TAC UNA REGIÓN SIMPLE Y CONTRASTADA		\$2,403		Garantía total
TAC-6	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS CONTRASTE ORAL E INTRAVENOSO	TOMOGRAFÍA A ABDOMEN PELVIS CONTRASTADA.	\$2,900		Garantía total
TAC-7	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TAC UNA REGIÓN SIMPLE EN 3D	TOMOGRAFÍA 3D SIMPLE (1 REGIÓN).	\$1,167		
TAC-8	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLONOGRFÍA CON NAVEGACIÓN VIRTUAL	TOMOGRAFÍA A COLONOGRFÍA CON NAVEGACIÓN VIRTUAL	\$3,236		
TAC-9	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE		\$2,106		
TAC-10	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE		\$1,513		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
TAC-11	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE COLUMNA CONTRASTADA 1 REGIÓN		\$1,705		
TAC-12	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TAC DE CORAZÓN	TOMOGRFIA DE CORAZÓN CALCIO SCORE	\$1,665		
TAC-13	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TAC CONTRASTADA UNA REGIÓN		\$2,213		Garantía total
TAC-14	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE CRÁNEO PROTOCOLO EVENTO VASCULAR CEREBRAL EVC (SIMPLE, ANGIO Y PERFUSIÓN)	TOMOGRFIA CRÁNEO CONTRASTADA/TOMOGRFIA CRÁNEO SIMPLE/ANGIOTOMOGRFIA DE CRÁNEO	\$2,827		
TAC-15	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE HÍGADO TRIFÁSICO (SIMPLE, ARTERIAL, VENOSA Y TARDÍA)	TC HIGADO TRIFASICO (SIMPLE, ARTERIAL, VENOSA Y TARDÍA)	\$3,901		
TAC-16	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE PÁNCREAS TRIFÁSICO (SIMPLE, ARTERIAL, VENOSA, TARDÍA)	TC PANCREAS TRIFASICO (SIMPLE, ARTERIAL, VENOSA, TARDÍA)	\$3,548		
TAC-17	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE PROTOCOLO TRANSPLANTE RENAL (SIMPLE, ARTERIAL)	TOMOGRFIA SIMPLE (1 REGIÓN)/TOMOGRFIA CONTRASTADA (1 REGIÓN)/TOMOGRFIA SIMPLE (1 REGIÓN)/ANGIOTOMOGRFIA DE ARTERIAS RENALES	\$2,936		
TAC-18	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE SENOS PARANASALES CONTRASTADA		\$1,691		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
TAC-19	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRÁFIA COMPUTARIZADA DE TÓRAX CON BRONCOSCOPÍA VIRTUAL	BRONCOTOMOGRAFÍA CON NAVEGACIÓN VIRTUAL	\$3,430		
TAC-20	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRÁFIA COMPUTARIZADA DE TÓRAX INSPIRACIÓN Y ESPIRACIÓN (SIMPLE)	TOMOGRÁFIA TÓRAX SIMPLE./TOMOGRÁFIA TÓRAX SIMPLE.	\$1,492		
TAC-21	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TC TORAX PROTOCOLO TEP (SIMPLE, ANGIO Y VENOTC EXT	TC TORAX PROTOCOLO TEP (SIMPLE, ANGIO Y VENOTC EXT	\$2,827		
TAC-22	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRÁFIA COMPUTARIZADA DE TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS CONTRASTE ORAL E INTRAVENOSA	TOMOGRÁFIA TÓRAX CONTRASTADA./TOMOGRÁFIA CONTRASTADA DE ABDOMEN (SUPERIOR Ó INFERIOR)/TOMOGRÁFIA ABDOMEN PELVIS CONTRASTADA (ORAL E INTRAVENOSA).	\$4,193		
TAC-23	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRÁFIA COMPUTARIZADA DE TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS SIMPLE (CONTRASTE ORAL)	TOMOGRÁFIA TÓRAX CONTRASTADA./TOMOGRÁFIA CONTRASTADA DE ABDOMEN (SUPERIOR Ó INFERIOR)/TOMOGRÁFIA ABDOMEN PELVIS CONTRASTADA (ORAL).	\$3,436		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
TAC-24	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	TOMOGRÁFIA COMPUTARIZADA DEC CUELLO, TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS	TOMOGRÁFIA A CUELLO SIMPLE./TOMOGRÁFIA TÓRAX SIMPLE./TOMOGRÁFIA ABDOMEN SIMPLE (SUPERIOR O INFERIOR)./TOMOGRÁFIA ABDOMEN PELVIS SIMPLE.	\$2,969		
TAC-25	Tomografía axial computarizada	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	TAC	UROTOMOGRÁFIA COMPUTARIZADA (SIMPLE, NEFRO Y TARDÍA, 3D)	UROTOMOGRÁFIA (SIMPLE, NEFRO, TARDÍA Y 3D)	\$2,968		
USG-1	Radiología intervencionista	Cirugía general Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	USG	BIOPSIA GUIADA POR ULTRASONIDO		\$1,492		
USG-2	Ultrasonido	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	USG	ECOCARDIOGRAMA COLOR (TRANSTORÁCICO)		\$1,001	\$366	Garantía parcial hasta la tarifa del CAUSES
USG-3	Ultrasonido	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	USG	ULTRASONIDO UNA REGIÓN	ULTRASONIDO O CUALQUIER REGIÓN.	\$413		
USG-4	Ultrasonido	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	USG	ULTRASONIDO DOS REGIONES	ULTRASONIDO O DOS REGIONES	\$567		
USG-5	Ultrasonido	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	USG	ULTRASONIDO DOPPLER COLOR 1 REGIÓN		\$738		
USG-6	Ultrasonido	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	USG	ULTRASONIDO DOPPLER TESTICULAR		\$588		
USG-7	Ultrasonido	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	USG	ULTRASONIDO INTRACAVITARIO TRANSVAGINAL		\$423		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
USG-8	Ultrasonido	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	USG	ULTRASONIDO PARTES BLANDAS		\$423		
USG-9	Ultrasonido	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	USG	ULTRASONIDO TRANSABDOMINAL PROSTÁTICO		\$370		
USG-10	Ultrasonido	Imagenología diagnóstica y terapéutica		IMG	USG	ULTRASONIDO TRANSRECTAL PROSTÁTICO		\$473		
MN-1	Gammagrama	Medicina nuclear		MN		GAMAGRAMA DE GLÁNDULAS SUPRARRENALES CON I-131 NORCOLESTEROL (NP-59 O YODOMETIL NORCOLESTEROL)		\$8,277		
MN-2	Gammagrama	Medicina nuclear		MN		GAMAGRAMA ÓSEO DE CUERPO ENTERO		\$1,449		
MN-3	Gammagrama	Medicina nuclear		MN		GAMAGRAMA PULMONAR PERFUSORIO		\$1,147		
MN-4	Gammagrama	Medicina nuclear		MN		GAMAGRAMA PULMONAR VENTILATORIO		\$1,290		
MN-5	Gammagrama	Medicina nuclear		MN		GAMAGRAMA RENAL		\$1,499		
MN-6	Gammagrama	Medicina nuclear		MN		GAMAGRAMA RENAL PERFUSORIO Y FILTRADO GLOMERULAR (DTPA)		\$1,860		
MN-7	Medicina Nuclear	Medicina nuclear		MN		TRATAMIENTO CON YODO DOSIS DE 5-10 MCI		\$3,418		
MN-8	Medicina Nuclear	Medicina nuclear		MN		TRATAMIENTO CON YODO DOSIS DE 11-20 MCI		\$3,632		
MN-9	Medicina Nuclear	Medicina nuclear		MN		TRATAMIENTO CON YODO DOSIS DE 21-50 MCI		\$3,846		
MN-10	Medicina Nuclear	Medicina nuclear		MN		TRATAMIENTO CON YODO DOSIS DE 101 - 150 MCI		\$3,582		
MN-11	Medicina Nuclear	Medicina nuclear		MN		TRATAMIENTO DE YODO 131 DOSIS DE 151 A 200 MCI		\$4,577		
CAR-1	Cardiología	Medicina interna	Cardiología	EDX	CAR	PRUEBA DE HOLTER		\$898		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
CAR-2	Cardiología	Medicina interna	Cardiología	EDX	CAR	PRUEBAS DE STRESS CARDIACO Y COMPROBACIONES DE MARCAPASOS		\$1,306		Garantía total
CAR-3	Consulta de cardiología	Medicina interna	Cardiología	EDX	CAR	COMPROBACIÓN DE FORMA DE ONDA DE ARTEFACTO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL		\$686		Garantía total
CAR-4	Consulta de cardiología	Medicina interna	Cardiología	EDX	CAR	COMPROBACIÓN DE IMPEDANCIA DE ELECTRODO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL		\$686		Garantía total
CAR-5	Consulta de cardiología	Medicina interna	Cardiología	EDX	CAR	COMPROBACIÓN DE UMBRAL DE TENSIÓN O AMPERAJE DE MARCAPASOS ARTIFICIAL		\$686		Garantía total
CAR-6	Consulta de cardiología	Medicina interna	Cardiología	EDX	CAR	COMPROBACIÓN DEL RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL		\$686		Garantía total
PF-1	Cardiología	Medicina interna	Cardiología	PF		PRUEBA DE ESFUERZO		\$816		
RT-1	Medicina Nuclear	Medicina nuclear		RT		RADIOTERAPIA POR SESIÓN	SESIÓN DE RADIOTERAPIA CON DURACIÓN DE 20 MINUTOS	\$824		
NEU-1	Neurología	Medicina interna	Neurología	EDX	NEU	ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG) SIN PRUEBAS ACTIVADORAS		\$935		
CQX-1	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO CAUDAL (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO CAUDAL, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,940		
CQX-2	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE GANGLIO ESFENOPALATINO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE GANGLIO ESFENOPALATINO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,812		
CQX-3	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIOS INTERCOSTALES (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIOS INTERCOSTALES, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,765		
CQX-4	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL, INCLUYE USO	\$5,809		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
							DE QUIRÓFANO			
CQX-5	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN DE RODILLAS (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN DE RODILLAS, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,740		
CQX-6	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN SACRO-ILIACA (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN SACRO-ILIACA, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,709		
CQX-7	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE BURSA ANTERIOR DE HOMBRO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE BURSA ANTERIOR DE HOMBRO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,710		
CQX-8	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE CÁPSULA DE HOMBRO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE CÁPSULA DE HOMBRO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,710		
CQX-9	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE GANGLIO ESPLÁCNICO CELIACO CON CONTROL RADIOLÓGICO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE GANGLIO ESPLÁCNICO CELIACO CON CONTROL RADIOLÓGICO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$6,256		
CQX-10	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE GANGLIO SIMPÁTICO LUMBAR CON CONTROL RADIOLÓGICO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE GANGLIO SIMPÁTICO LUMBAR CON CONTROL RADIOLÓGICO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,765		
CQX-11	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO ABDOMINOGENITAL (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO ABDOMINOGENITAL, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,765		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
CQX-12	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO CIÁTICO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO CIÁTICO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,647		
CQX-13	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO CRURAL (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO CRURAL, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,642		
CQX-14	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO FARÍNGEO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO FARÍNGEO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,711		
CQX-15	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO FEMOROCUTÁNEO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO FEMOROCUTÁNEO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,769		
CQX-16	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO FRÉNICO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO FRÉNICO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,765		
CQX-17	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO GLOSO FARÍNGEO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO GLOSO FARÍNGEO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,765		
CQX-18	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO LINGUAL (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO LINGUAL, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,711		
CQX-19	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO OBTURADOR (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO OBTURADOR, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,769		
CQX-20	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO OCCIPITAL (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO OCCIPITAL, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,711		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
CQX-21	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO SAFENO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO SAFENO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,769		
CQX-22	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE NERVIO SUPRAESCAPULAR (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO SUPRAESCAPULAR, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,539		
CQX-23	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE PLEXO BRAQUIAL (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE PLEXO BRAQUIAL, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,769		
CQX-24	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,765		
CQX-25	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE RAÍZ CERVICAL PROFUNDA (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE RAÍZ CERVICAL PROFUNDA, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,765		
CQX-26	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE RAMAS TERMINALES DE MIEMBROS PÉLVICOS (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE RAMAS TERMINALES DE MIEMBROS PÉLVICOS, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,765		
CQX-27	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO DE RAMAS TRIGEMINALES TERMINALES (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE RAMAS TRIGEMINALES TERMINALES, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,711		
CQX-28	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO GANGLIO GASER (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO GANGLIO GASER, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,812		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
CQX-29	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO PARAVERTEBRAL (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO PARAVERTEBRAL, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,769		
CQX-30	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO PERIDURAL ANTI-INFLAMATORIO SIN MEDICAMENTO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO PERIDURAL ANTI-INFLAMATORIO SIN MEDICAMENTO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$6,281		
CQX-31	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO PERIDURAL LÍTICO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO PERIDURAL LÍTICO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$6,278		
CQX-32	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO PERIVASCULAR DE ARTERIA TEMPORAL (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO PERIVASCULAR DE ARTERIA TEMPORAL, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,855		
CQX-33	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO RAMA TRIGEMINAL (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO RAMA TRIGEMINAL, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,684		
CQX-34	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO SIMPÁTICO CERVICODORSAL CON CONTROL RADIOLÓGICO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO SIMPÁTICO CERVICODORSAL CON CONTROL RADIOLÓGICO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$6,310		
CQX-35	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO SIMPÁTICO CERVICODORSAL SIN CONTROL RADIOLÓGICO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO SIMPÁTICO CERVICODORSAL SIN CONTROL RADIOLÓGICO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$6,402		
CQX-36	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO SUBARACNOIDEO LÍTICO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO SUBARACNOIDEO LÍTICO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$6,198		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
CQX-37	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEO TRANS-SACRO (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEO TRANS-SACRO, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$6,290		
CQX-38	Anestesiología	Anestesiología		ANE	CQX	BLOQUEOS PERIFÉRICOS DE MIEMBROS SUPERIOR (CON QUIRÓFANO)	BLOQUEOS PERIFÉRICOS DE MIEMBROS SUPERIOR, INCLUYE USO DE QUIRÓFANO	\$5,712		
SQX-1	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO CAUDAL (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO CAUDAL, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$398		
SQX-2	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE GANGLIO ESFENOPALATINO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE GANGLIO ESFENOPALATINO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$309		
SQX-3	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVIOS INTERCOSTALES (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIOS INTERCOSTALES, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$392		
SQX-4	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$267		
SQX-5	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN DE RODILLAS (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN DE RODILLAS, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$198		
SQX-6	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN SACRO-ILIACA (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE ARTICULACIÓN SACRO-ILIACA, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$167		
SQX-7	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE BURSA ANTERIOR DE HOMBRO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE BURSA ANTERIOR DE HOMBRO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$167		
SQX-8	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE CÁPSULA DE HOMBRO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE CÁPSULA DE HOMBRO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$167		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
SQX-9	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE GANGLIO ESPLÁCNICO CELIACO CON CONTROL RADIOLÓGICO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE GANGLIO ESPLÁCNICO CELIACO CON CONTROL RADIOLÓGICO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$928		
SQX-10	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE GANGLIO SIMPÁTICO LUMBAR CON CONTROL RADIOLÓGICO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE GANGLIO SIMPÁTICO LUMBAR CON CONTROL RADIOLÓGICO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$432		
SQX-11	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVIO ABDOMINOGENITAL (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO ABDOMINOGENITAL, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$393		
SQX-12	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVIO CIÁTICO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO CIÁTICO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$275		
SQX-13	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVIO CRURAL (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO CRURAL, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$270		
SQX-14	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVIO FARÍNGEO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO FARÍNGEO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$339		
SQX-15	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVIO FEMOROCUTÁNEO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO FEMOROCUTÁNEO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$398		
SQX-16	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVIO FRÉNICO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO FRÉNICO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$392		
SQX-17	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVIO GLOSO FARÍNGEO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO GLOSO FARÍNGEO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$392		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
SQX-18	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVI LINGUAL (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO LINGUAL, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$ 339		
SQX-19	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVI OBTURADOR (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO OBTURADOR, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$ 398		
SQX-20	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVI OCCIPITAL (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO OCCIPITAL, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$ 339		
SQX-21	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVI SAFENO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO SAFENO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$ 398		
SQX-22	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE NERVI SUPRAESCAPULAR (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE NERVIO SUPRAESCAP ULAR, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$ 167		
SQX-23	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE PLEXO BRAQUIAL (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE PLEXO BRAQUIAL, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$ 398		
SQX-24	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$ 392		
SQX-25	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE RAÍZ CERVICAL PROFUNDA (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE RAÍZ CERVICAL PROFUNDA, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$ 392		
SQX-26	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE RAMAS TERMINALES DE MIEMBROS PÉLVICOS (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE RAMAS TERMINALES DE MIEMBROS PÉLVICOS, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$ 392		
SQX-27	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO DE RAMAS TRIGEMINALES TERMINALES (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO DE RAMAS TRIGEMINA LES TERMINALES, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$ 339		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
SQX-28	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO GANGLIO GASER (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO GANGLIO GASER, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$353		
SQX-29	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO PARAVERTEBRAL (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO PARAVERTEBRAL, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$398		
SQX-30	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO PERIDUAL ANTI-INFLAMATORIO SIN MEDICAMENTO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO PERIDUAL ANTI-INFLAMATORIO SIN MEDICAMENTO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$909		
SQX-31	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO PERIDUAL LÍTICO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO PERIDUAL LÍTICO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$907		
SQX-32	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO PERIVASCULAR DE ARTERIA TEMPORAL (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO PERIVASCULAR DE ARTERIA TEMPORAL, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$313		
SQX-33	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO RAMA TRIGEMINAL (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO RAMA TRIGEMINAL, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$313		
SQX-34	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO SIMPÁTICO CERVICODORSAL CON CONTROL RADIOLÓGICO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO SIMPÁTICO CERVICODORSAL CON CONTROL RADIOLÓGICO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$938		
SQX-35	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO SIMPÁTICO CERVICODORSAL SIN CONTROL RADIOLÓGICO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO SIMPÁTICO CERVICODORSAL SIN CONTROL RADIOLÓGICO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$860		
SQX-36	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO SUBARACNOIDEO LÍTICO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO SUBARACNOIDEO LÍTICO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$826		

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
SQX-37	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEO TRANS-SACRO (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEO TRANS-SACRO, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$918		
SQX-38	Anestesiología	Anestesiología		ANE	SQX	BLOQUEOS PERIFÉRICOS DE MIEMBROS SUPERIOR (SIN QUIRÓFANO)	BLOQUEOS PERIFÉRICOS DE MIEMBROS SUPERIOR, SIN USO DE QUIRÓFANO	\$341		
HP-1	Laboratorio de análisis clínicos	Anatomía patológica		AP	HP	INMUNOHISTOQUÍMICA PANEL COMPLETO DE MAMA (ER.PRKERN2NEU)		\$2,142		
HP-2	Anatomía Patológica	Anatomía patológica		AP	HP	BIOPSIA RIÑÓN, HISTOPATOLÓGICO DE		\$571		
AYF-1		Pediatría	Neonatología	AYF		TAMIZ AUDITIVO		\$920		Garantía total
HD-1		Medicina interna	Nefrología	HD		PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS CON REUSO DE DIALIZADOR EQUIPO CON TECNOLOGÍA DE PUNTA, INCLUYE LÍNEAS ARTERIOVENOSAS, CONCENTRADO ELECTROLÍTICO, FISTULAS, HEPARINA, SOLUCIONES PARENTALES, MATERIAL DE CURACIÓN.		\$2,384		
LIT-1	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	LIT		LITOTRICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE CUALQUIER REGIÓN (ATENCIÓN AMBULATORIA)		\$7,588		Garantía total

Código	Categoría	Especialidad troncal o servicio	Especialidad derivada	Grupo	Subgrupo	Descripción	Descripción genérica IMSS	Tarifa máxima referencial (pesos m.n.)	Tarifa CAUSES	Intervenciones garantizadas total o parcialmente por el Seguro Popular
LIT-2	Sistema urinario	Cirugía general	Urología	LIT		LITOTRIZIA POR ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPORALES DEL RIÑÓN, DEL URÉTER Y DE LA VESIGIA (ATENCIÓN HOSPITALARIA)		\$14,001		Garantía total
AE-1	Nariz, Boca y Faringe	Odontología		AE		EXODONCIA SIMPLE (POR PIEZA)	EXODONCIA SIMPLE (POR PIEZA)	\$748		
AE-2	Nariz, Boca y Faringe	Odontología		AE		OBTURACIÓN CON AMALGAMA DE PLATA	OBTURACIÓN CON AMALGAMA DE PLATA	\$530		
AE-3	Nariz, Boca y Faringe	Odontología		AE		OBTURACIÓN CON RESINA	OBTURACIÓN CON RESINA	\$660		

Anexo B. Solicitud de Intercambio o prestación unilateral de servicios de Atención Médica Derivación

Solicitud de Intercambio o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica								F1-IS-D
*(ponga una "X" en el recuadro de la opción correspondiente)								
Derivación								
Datos de la unidad que deriva								
Institución que deriva:	IMSS		ISSSTE		SS		Otra	
Unidad médica que deriva:								
Servicio que deriva:								
Tipo de solicitud:	Programada		Urgente		No. Afiliación o Póliza			
Fecha de solicitud	No. de solicitud y/o folio							
Día /Mes /Año								
Identificación del Paciente								
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre (s)		Edad	*Mujer	*Hombre	
C.U.R.P.:								
Diagnóstico (s) de envío:								
Resumen Clínico								
(Principales datos del interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico, tratamiento, terapéutica previa)								
Intervención solicitada (Intervenciones del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios). Anexo 1					Intervenciones solicitada Fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 2			
Datos de la unidad receptora								
Institución que recibe:	IMSS		ISSSTE		SS		Otra	
Unidad médica que recibe:								
Servicio que recibe								
Vía de entrada:	Consulta externa	Hospitalización	Auxiliares de diagnóstico y tratamiento			Urgencias		
			Estudios Básicos		Estudios Especializados			
Nombre y firma del médico solicitante  Nombre y firma del directivo que autoriza								
Vigencia de Derechos (Para la institución que aplique)								

Anexo B. Solicitud de Intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica Contraderivación

Solicitud de Intercambio o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica F3-IS-C							
Contraderivación							
Identificación del Paciente							
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)		Edad	*Mujer	*Hombre	
C.U.R.P.:							
No. de solicitud y/o folio				No. Afiliación o Póliza			
Vía de entrada:	Consulta externa	Hospitalización	Auxiliares de diagnóstico y tratamiento			Urgencias	
			Estudios Básicos, Laboratorio y Rayos X		Estudios Especializados		
Resumen de la atención proporcionada (Debe ser llenado por el Instituto (Unidad) y especialidad que recibió)							
Fecha de atención o de Ingreso	Día /Mes /Año		Fecha de término de atención o Egreso:	Día /Mes /Año			
Institución que recibió:						Total de días atendidos	No. Estudios realizados
Unidad médica que recibió:							
Servicio que recibió:							
Diagnóstico (s) de atención o egreso :			Diagnóstico de egreso por complicaciones				
Resumen clínico							
(Principales datos del interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico, tratamiento, terapéutica previa)							
Se registró queja del proceso de atención			Sí		No		
Intervenciones o estudios realizados (Listado de intervenciones u otros acordados en el convenio específico)							
Intervención solicitada (Intervenciones del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios: Anexo 1)		Cantidad	Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 2 *		Cantidad		
Nombre y firma del médico tratante		Sello de la Unidad		Nombre y firma del directivo que autoriza			

* En el caso de complicaciones que involucren intervenciones que no se encuentren incluidas en el Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios, éstas se registrarán en la variable correspondiente a "intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios"

Anexo C. Formato de Atención Médica

Formato de Atención Médica							F2-AM
Debe ser llenado por la unidad y el servicio que recibe (por parte del médico o administrativo)							
FICHA DE IDENTIFICACIÓN							
No. Afiliación o Póliza							
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)		Edad	Mujer	Hombre	
Datos de la unidad que deriva							
Unidad médica que deriva:				Institución:			
Servicio que deriva:				Área de atención			
Datos de la unidad receptora							
Unidad médica que recibió:				Institución:			
Servicio que recibió:				Área de atención:			
Fecha de Atención o Ingreso	Día	/Mes	/Año				
Vía de entrada:	Consulta externa	Hospitalización	Auxiliares de diagnóstico y tratamiento				Urgencias
			Estudios Básicos, Laboratorio y Rayos X				
			Estudios Especializados				
Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 1				Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios.			
EL LLENADO DE LA SIGUIENTE SECCIÓN SE REALIZA CON FINES DE CALIDAD Y NO COMO BASE PARA EL PAGO							
Servicios y/o Procedimiento para atención hospitalaria o internamiento		Describe el servicio					Cantidad (señale la unidad de medida, Número, horas o días)
Consulta	Servicio o especialidad						
Urgencias/Admisión continua	Hora observación						
Hospitalización	Total de días						
Intervenciones quirúrgicas	Hora quirófano						
	Hora recuperación						
	Nombre de intervención quirúrgica						
Anestesia	Tipo						
Terapia intensiva	Total de días						
Unidad de cuidados intensivos neonatales	Total de días						
Auxiliares de Diagnóstico requeridos							Cantidad (Especifique total)
Estudios de laboratorio (Especifique cuáles)							
Estudios de radiología (Especifique cuáles)							
Estudios de imagenología (Especifique cuáles)							
Otros estudios (Especifique cuáles)							
Resumen clínico							
(Principales datos del interrogatorio, exploración física, auxiliares de diagnóstico, tratamiento, terapéutica previa)							
Complicación (es) durante la atención (Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios) Anexo 1				Otras complicaciones Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 2 *			
EGRESO							
Fecha de Atención o Egreso:	Día	/Mes	/Año	Diagnóstico de complicación (es) al egreso: (Especifique cuáles)			
Diagnóstico de egreso	Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 1	Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 2 *		*Con responsabilidad:		*Sin responsabilidad:	
				Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 1	Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 2 *	Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 1	Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 2 *
Nombre y firma del médico tratante				No. de la solicitud y/o folio: (mismo número de la solicitud de derivación)			

* En el caso de complicaciones que involucren intervenciones que no se encuentren incluidas en el Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios, éstas se registrarán en la variable correspondiente a “intervenciones fuera del Lista de Intervenciones para el Intercambio de Servicios”.

Anexo D.1. Procedimiento de Atención Médica para Consulta Externa

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
1	Administrativo	Notificación del convenio firmado	Titular de las Jefaturas de Servicios Médicos (JSM) o Director de la Unidad.	Informa a la (s) unidad (es) la formalización del convenio.	Convenio Específico	Director de la Unidad Jefe del Servicio Médico
2	Médico	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios	Unidad Médica Solicitante	Valora al paciente y determina la necesidad de derivarlo a otra unidad médica. Requisita la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Solicita la autorización del Directo facultado para ello.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios	Directivo de la unidad médica solicitante, Médico tratante de la unidad médica solicitante
3	Administrativo	Programación de la atención	Unidad Médica Solicitante y proveedora	Contacta vía telefónica o por el medio acordado para solicitar la cita en la Consulta Externa de la Especialidad, para el paciente. Registra fecha y hora de la cita otorgada, en la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Requisita en la agenda de citas de pacientes la especialidad.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Agenda de citas de la unidad proveedora.	Trabajo Social, Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad solicitante y proveedora.

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
4	Administrativo	Recepción de paciente	Consulta externa	El paciente derivado acude a la unidad médica (SS, ISSSTE, IMSS) y presenta Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios y la entrega en recepción. Elabora o solicita la realización del expediente clínico	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Expediente clínico	Recepcionista, Trabajo Social Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad prestadora del servicio
5	Médico	Atención médica	Consulta externa	Proporciona la atención médica; Interroga, explora y establece diagnóstico y plan terapéutico, determina la necesidad de auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Confirma o rectifica el diagnóstico descrito en la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Requisita la Formato de Consentimiento Informado	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Expediente clínico, Formato de consentimiento informado	Médico tratante asignado de la unidad prestadora del servicio
6	Médico Administrativo	Atención médica	Consulta externa	Explica al paciente o familiar su estado de salud. El médico y/o administrativo registra la atención médica, la realización de auxiliares de diagnóstico y tratamiento en el formato de atención de atención médica.	Expediente clínico, Formato de atención médica	Médico tratante asignado de la unidad prestadora del servicio

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
7	Médico	Atención médica	Consulta externa	Requisita en el Formato de Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios (contraderivación), el resumen de la atención otorgada. Obtiene la firma de conformidad de la atención otorgada en el momento del alta.	Formato de Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Formato de atención médica Expediente clínico.	Médico tratante asignado de la unidad prestadora del servicio. Trabajadora Social
8	Administrativo	Atención médica	Subdirección médica	El médico y/o administrativo requisita por duplicado el formato de atención médica, sustrayendo del expediente clínico los datos sobre la atención médica y unidades de medida, lo envía a la subdirección administrativa o equivalente para la cuantificación de la atención recibida, se agrega una copia al expediente clínico.	Expediente clínico Formato de atención médica	Subdirector médico.
9	Administrativo/ contable	Elaboración del comprobante pago	Subdirección administrativa	Cuantifica el costo del formato de atención médica, de acuerdo a la tarifa estipulada en el listado de intervenciones del convenio de intercambio de servicios y Emite el comprobante de pago (con original y dos copias) para el Expediente clínico y unidad que solicita el servicio.	Formato de Atención Médica Comprobante de pago	Subdirector administrativo

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
10	Administrativo/ contable	Evaluación de la atención médica	Comité de calidad	En caso de controversia en la atención médica, se turna al Comité local, se registra en el informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Expediente clínico, queja escrita, informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Directores médicos de las unidades involucradas
11	Administrativo	Facturación del servicio	Caja o subdirección administrativa	Genera factura mensual de cobro y tramita el envío con la documentación comprobatoria para el pago de los servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios , formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Responsable de caja de la unidad prestadora del servicio Subdirector administrativo
12	Administrativo	Trámite de pago	Administrativa de la unidad solicitante del servicio	Recibe, revisa y valida el informe mensual de intercambio o prestación de servicios otorgados a sus pacientes, aprueba factura y gestiona el pago de servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios , informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Administrador de la unidad solicitante
13	Administrativo	Trámite de pago	Contable	Recibe, revisa y valida el pago. Confirma el o los depósitos y/o transferencia bancaria por los servicios prestados.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios , formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios, Informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Unidades Médicas prestadoras del servicio: Delegaciones IMSS, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales Regionales del ISSSTE

Anexo D.1 Diagrama de Flujo para Consulta Externa



Anexo D.2 Procedimiento de Atención Médica para Urgencias

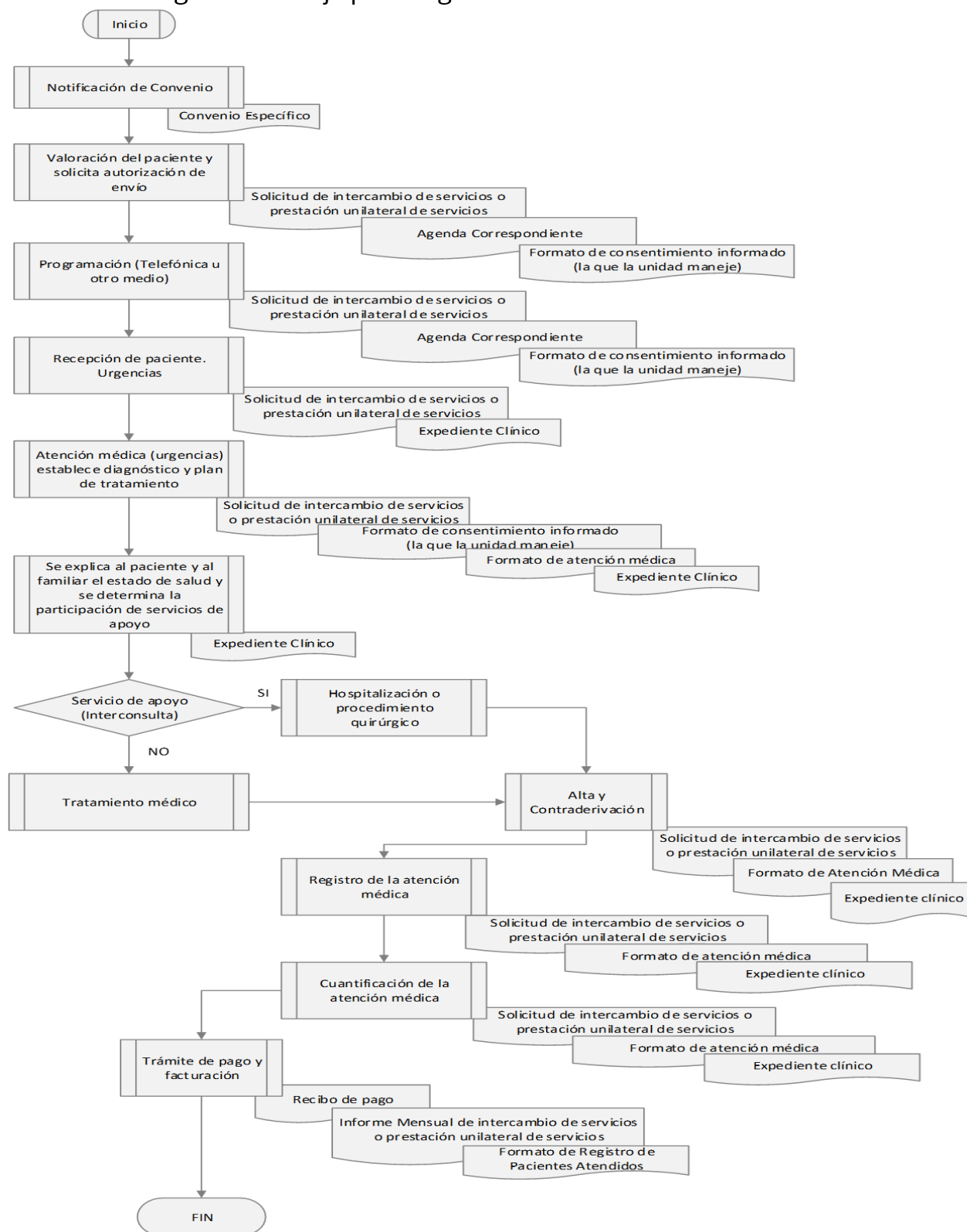
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
1	Administrativo	Notificación del convenio firmado	Titular de las Jefaturas de Servicios Médicos (JSM) o Director de la Unidad.	Informa a la (s) unidad (es) la formalización del convenio.	Convenio Específico	Director de la Unidad Jefe del Servicio Médico
2	Administrativo - Médico	Programación - enlace de la atención	Unidad Médica Solicitante	Valora al paciente determina la necesidad de atención de urgencia, contacta vía telefónica por Trabajo Social y/o Médico de Urgencias y solicita la cita para el paciente y registra en la agenda correspondiente.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Agenda de citas de pacientes, Formato de consentimiento informado	Médico tratante, de urgencias, Trabajo Social, Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad solicitante y proveedora.
3	Administrativo - Médico	Recepción de paciente	Urgencias de la unidad médica proveedora	El paciente derivado, (ambulatorio o en ambulancia) acude a la Unidad Médica Proveedora presenta la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, consentimiento informado y lo entrega a recepción. Elabora el expediente clínico y asigna médico para la atención de la urgencia.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Expediente clínico, Agenda de citas de pacientes	Médico tratante, de urgencias, Trabajo Social, Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad proveedora.

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
4	Médico	Atención médica	Urgencias de la unidad médica proveedora	Médico de Urgencias confirma o rectifica el diagnóstico descrito en la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Requisita el formato de Consentimiento Informado. Proporciona la atención médica integral, establece diagnóstico y plan de tratamiento para estabilizar al paciente. En el caso de complicaciones se atiende y se notifica a la unidad médica o institución que derivó al paciente.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios , Expediente clínico, formato de consentimiento informado, formato de atención médica	Médico tratante de la Unidad Médica proveedora, Directivo del Hospital proveedor
5	Médico	Atención médica	Urgencias de la unidad médica proveedora	Explica al paciente y al familiar el estado de salud y determina la participación de servicios de apoyo.	Expediente clínico,	Médico tratante de la Unidad Médica Proveedora, Enfermería y Paramédicos.
6	Operativo Médico /Administrativo	Atención médica	Urgencias de la unidad médica proveedora	Requisita en el formato de Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios el resumen de la atención otorgada, obtiene la firma de conformidad de la atención otorgada en el momento del alta y deriva al Subdirector Médico para el trámite Médico-Administrativo.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Formato de atención médica, Expediente clínico.	Médico tratante de la Unidad Médica Proveedora, Subdirector Médico

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
7	Médico/ Administrativo	Atención Médica-Administrativa	Subdirección Médica de la unidad médica proveedora	Requisita por duplicado el formato de atención médica, sustrayendo del expediente clínico los datos sobre la atención médica y unidades de medida, y lo envía a la subdirección administrativa o equivalente para la cuantificación de la atención de urgencias y se agrega una copia al expediente clínico.	Expediente clínico y formato de atención médica	Subdirector médico
8	Contable/ Administrativo	Elaboración del comprobante de pago	Subdirección administrativa de la unidad médica proveedora	Cuantifica el costo del formato de atención médica, de acuerdo a la tarifa estipulada en el listado de intervenciones del convenio de intercambio de servicios y emite el comprobante de pago (con original y dos copias): Expediente clínico y unidad que solicita el servicio	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, comprobante de pago	Subdirector administrativo
9	Administrativo/ contable	Evaluación de la atención médica	Comité de calidad	En caso de controversia en la atención médica, se turna al Comité Local, se registra en el informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Expediente clínico, queja escrita, informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Directores médicos de las unidades involucradas
10	Administrativo	Facturación del servicio	Caja o subdirección administrativa	Genera factura mensual de cobro y tramita el envío con la documentación comprobatoria para el pago de los servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Responsable de caja de la unidad prestadora del servicio Subdirector administrativo

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
11	Administrativo	Trámite de pago	Administrativa de la unidad solicitante del servicio	Recibe, revisa y valida el informe mensual de servicios otorgados a sus pacientes, aprueba factura y gestiona el pago de servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios , informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Administrador de la unidad solicitante
12	Administrativo	Trámite de pago	Contable	Recibe, revisa y valida el pago. Confirma el o los depósitos y/o transferencia bancaria por los servicios prestados.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios, Informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Delegaciones, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales Regionales del ISSSTE, prestadoras del servicio

Anexo D.2 Diagrama de Flujo para Urgencias



Anexo D.3 Procedimiento de Atención para Servicio de Hospitalización

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
1	Administrativo	Notificación del convenio firmado	Titular de las Jefaturas de Servicios Médicos (JSM) o Director de la Unidad.	Informa a la (s) unidad (es) la formalización del convenio.	Convenio Específico	Director de la Unidad Jefe del Servicio Médico
2	Médico/ Administrativo	Enlace de Hospitalización	Subdirección Médica de la unidad médica solicitante	El médico tratante determina la necesidad de derivación e informa al personal responsable de autorizar el envío del paciente. Subdirector Médico recibe, valora y en su caso autoriza la orden de hospitalización. Trabajo Social lleva a cabo el enlace telefónico con la Subdirección Médica de la Unidad Médica Proveedora. Se asigna fecha, hora, n° de folio y cama para el ingreso.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Formato de consentimiento informado. Agenda de citas de la unidad proveedora.	Subdirectores Médicos, Trabajo Social y/o Personal asignado de las Unidades Médicas Solicitante y Proveedora,
3	Administrativo	Envío a Hospitalización	Unidad Médica Solicitante	Trabajo Social se informa a través de la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, la forma en que deberá ser trasladado el paciente y realiza el trámite que corresponda (ambulatorio o en ambulancia)	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Formato de consentimiento informado, Orden de Hospitalización Formato de traslado de pacientes.	Trabajo Social, Asistente Médica o Personal Administrativo de la Unidad Médica solicitante. Médico de traslado de pacientes.

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
4	Administrativo - Médico	Recepción de paciente	Admisión Hospitalaria	El paciente derivado (ambulatorio o en ambulancia) acude a la Unidad Médica Proveedora y presenta Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, consentimiento informado y orden de hospitalización con folio y cama asignada y lo entrega a recepción. La asistente Médica o administrativa recibe y revisa los documentos y requisita formato de atención médica y solicita la elaboración del expediente clínico. El personal asignado por la unidad proveedora realiza el trámite para el ingreso del paciente a la cama asignada.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, consentimiento informado, orden de hospitalización y expediente clínico.	Asistente Médica , Personal Administrativo, Trabajo Social, y/o Personal asignado por la unidad proveedora
5	Operativo	Hospitalización	Unidad Médica Hospitalaria proveedora	Trabajo Social entrega a la Jefatura de Enfermería los documentos para el ingreso del paciente y esta a su vez cumple con las indicaciones médicas para la hospitalización del mismo.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Formato de consentimiento informado, orden de hospitalización, formato de atención médica y expediente clínico, hoja de enfermería y nota de ingreso de pacientes.	Trabajo Social, Jefa de enfermeras

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
6	Médico-operativo	Atención médica hospitalaria	Hospital proveedor	Jefa de enfermeras registra el ingreso del paciente en la cama asignada de la especialidad correspondiente. Informa al jefe de servicio el cual revisa el caso y asigna un médico adscrito para su atención médica.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios Formato de consentimiento informado, orden de hospitalización, formato de atención médica y expediente clínico, hoja de enfermería y nota de ingreso de pacientes.	Jefa de enfermeras. Jefe de servicio de la especialidad y Médico adscrito.
7	Médico	Atención médica hospitalaria	Hospital proveedor	Médico adscrito revisa el caso, determina el plan de tratamiento y procede a otorgar la atención respectiva. Registra en el expediente clínico los procedimientos médicos, quirúrgicos y auxiliares de diagnóstico y tratamiento que se le hayan practicado al paciente; en el momento del alta deberá requisitar la contraderivación anotando claramente las indicaciones médicas a seguir; en caso de complicación se procede a la atención de la misma y una vez estabilizado el paciente, se procede a notificar a las autoridades de las unidades médicas solicitante y proveedora.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios formato de atención médica, expediente clínico (hoja de enfermería, consentimiento informado, nota de ingreso),	Médico adscrito de la unidad proveedora. Subdirector médico de ambas unidades médicas.

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
8	Administrativo	Atención médica	Subdirección médica	Requisita por duplicado el formato de atención médica, sustrayendo del expediente clínico los datos sobre la atención médica y unidades de medida, Lo envía a la subdirección administrativa o equivalente para la cuantificación del episodio hospitalario, se agrega una copia al expediente clínico	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios formato de atención médica, expediente clínico (hoja de enfermería, consentimiento informado, nota de ingreso),	Subdirector médico.
9	Administrativo/ contable	Elaboración del comprobante de pago	Subdirección administrativa	Cuantifica el costo del formato de atención médica, de acuerdo a la tarifa estipulada en el listado de intervenciones del convenio de intercambio de servicios. Emite el comprobante de pago (con original y dos copias) para el Expediente clínico y unidad que solicita el servicio	Formato de Atención Médica, comprobante de pago	Subdirector administrativo
10	Administrativo/ contable	Evaluación de la atención médica	Comité de calidad	En caso de controversia en la atención médica, se turna al Comité Local, se registra en el informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Expediente clínico, queja escrita, informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Directores médicos de las unidades involucradas
11	Administrativo	Facturación del servicio	Caja o subdirección administrativa	Genera factura mensual de cobro y tramita el envío con la documentación comprobatoria para el pago de los servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o	Responsable de caja de la unidad prestadora del servicio Subdirector administrativo

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
					prestación unilateral de servicios	
12	Administrativo	Trámite de pago	Área administrativa de la unidad solicitante del servicio	Recibe, revisa y valida el informe mensual de servicios otorgados a sus pacientes, aprueba factura y gestiona el pago de servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Administrador de la unidad solicitante
13	Administrativo	Trámite de pago	Contable	Recibe, revisa y valida el pago. Confirma el o los depósitos y/o transferencia bancaria por los servicios prestados.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios, Informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Unidades Médicas prestadoras del servicio: Delegaciones IMSS, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales Regionales del ISSSTE

Anexo D.3 Diagrama de Flujo para Hospitalización



Anexo D.4 Procedimiento de Atención para Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

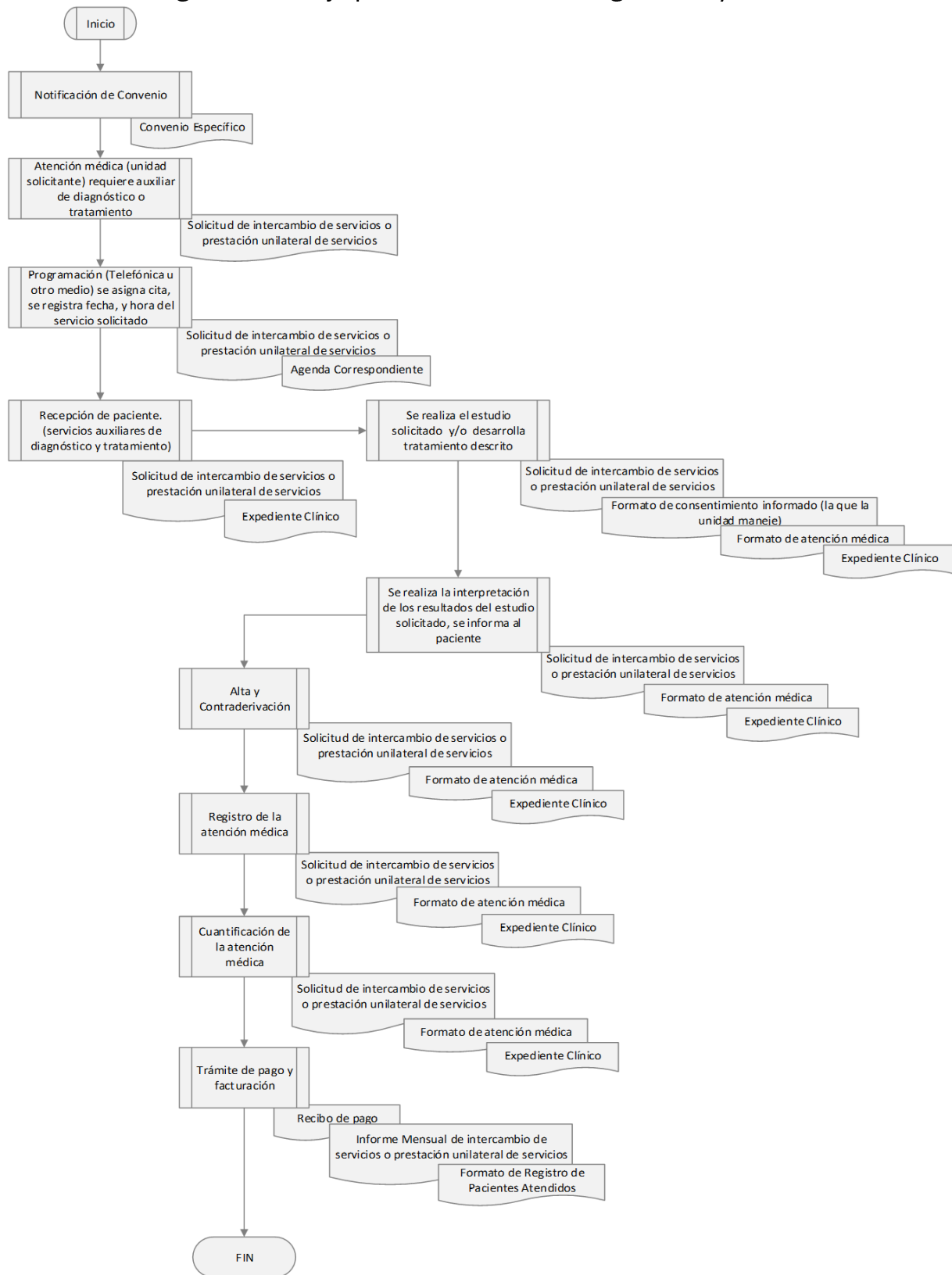
No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
1	Administrativo	Notificación del convenio firmado	Titular de las Jefaturas de Servicios Médicos (JSM) o Director de la Unidad.	Informa a la (s) unidad (es) la formalización del convenio.	Convenio Específico	Director de la Unidad Jefe del Servicio Médico
2	Administrativo	Solicitud del servicio de atención	Unidad Médica Solicitante	Valora al paciente determina la necesidad de realizar auxiliares para la determinación del diagnóstico, o en su caso favorecer el tratamiento. Requisita la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, previa autorización del Directivo facultado para ello.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios	Médico tratante de la unidad médica solicitante. Directivo de la unidad médica solicitante
3	Administrativo	Programación de la atención	Unidad Médica Solicitante	Contacta (vía telefónica o por el medio acordado) para solicitar la cita en el servicio de auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Registra en la agenda correspondiente. Proporciona a la persona que solicito la cita, fecha, hora y servicio al que deberá presentarse el paciente a recibir la atención y proporciona indicaciones específicas para el paciente según el procedimiento a realizar	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Agenda de citas de pacientes	Trabajo Social, Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad solicitante y de la unidad médica proveedora

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
4	Administrativo	Recepción de paciente	Servicio de auxiliares de diagnóstico y/o tratamiento	El paciente derivado acude a la unidad (SS, ISSSTE, IMSS) y presenta Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios y la entrega en recepción el cual indica al paciente el área de toma de muestra o gabinete en la que va hacer atendido, de acuerdo al estudio o tratamiento solicitado.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, Expediente clínico	Recepcionista, Trabajo Social. Asistente Médica o Personal Administrativo de la unidad prestadora del servicio
5	Médico	Atención médica	Servicio de auxiliares de diagnóstico y/o tratamiento	Requisita en su caso la carta de consentimiento informado. Realiza el estudio solicitado o desarrolla el tratamiento descrito en la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. En caso de complicación solicita la intervención del personal de salud, correspondiente, a fin de controlar al paciente y una vez estabilizado, se notifica a la unidad médica proveedora y solicitante.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Expediente clínico, formato de consentimiento informado, Formato de atención médica	Médico tratante, técnico especializado en auxiliares de diagnóstico de tratamiento de la unidad proveedora del servicio. Director o subdirector médico del hospital proveedor. Director o subdirector médico del hospital solicitante.

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
6	Médico / Administrativo	Atención médica	Servicio de auxiliares de diagnóstico y/o tratamiento	Requisita la Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, la interpretación de los resultados del estudio. En caso de auxiliares de tratamiento, se dará indicaciones al paciente y se informara sobre el plan de manejo a seguir. El médico y/o administrativo requisita el formato de atención médica.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios. Formato de atención médica, Expediente clínico.	Médico tratante, técnico especializado en auxiliares de diagnóstico de tratamiento de la unidad proveedora del servicio.
7	Administrativo contable (Este procedimiento aplica únicamente para las Unidades proveedoras del IMSS)	Administrativo contable	Contable financiera	Requisita por duplicado el formato de atención médica, sustrayendo del expediente clínico los datos sobre la atención médica, unidades de medida y lo envía a la subdirección administrativa o equivalente para la cuantificación del estudio o auxiliar diagnóstico y agrega una copia del expediente clínico.	Expediente clínico y formato de atención médica	Subdirector médico
8	Administrativo contable	Elaboración del comprobante de pago	Subdirección administrativa	Cuantifica el costo del formato de atención médica, de acuerdo a la tarifa estipulada en el listado de intervenciones del convenio de intercambio de servicios y emite comprobante de pago de pago (con original y dos copias): Expediente clínico y unidad que solicita el servicio	Solicitud de servicios, formato de atención médica, comprobante de pago	Subdirector administrativo

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
9	Administrativo	Evaluación de la atención médica	Comité de calidad	En caso de controversia en la atención médica, se turna al Comité Local, se registra en el informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Expediente clínico, queja escrita, informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios	Directores médicos de las unidades involucradas
10	Administrativo	Facturación del pago	Caja o subdirección administrativa	Genera factura mensual de cobro y tramita el envío con la documentación comprobatoria para el pago de los servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios , formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Responsable de caja de la unidad prestadora del servicio Subdirector administrativo
11	Administrativo	Trámite de pago	Administrativa de la unidad solicitante del servicio	Recibe, revisa y valida el informe mensual de servicios otorgados a sus pacientes, aprueba factura y gestiona el pago de servicios.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios , informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios	Administrador de la unidad solicitante
12	Administrativo	Trámite de pago	Contable	Recibe, revisa y valida el pago. Confirma el o los depósitos y/o transferencia bancaria por los servicios prestados.	Solicitud de intercambio o prestación unilateral de servicios, formato de atención médica, Informe mensual de intercambio o prestación unilateral de servicios, Informe de pacientes atendidos vía intercambio o prestación unilateral de servicios.	Unidades Médicas prestadoras del servicio: Delegaciones IMSS, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales Regionales del ISSSTE

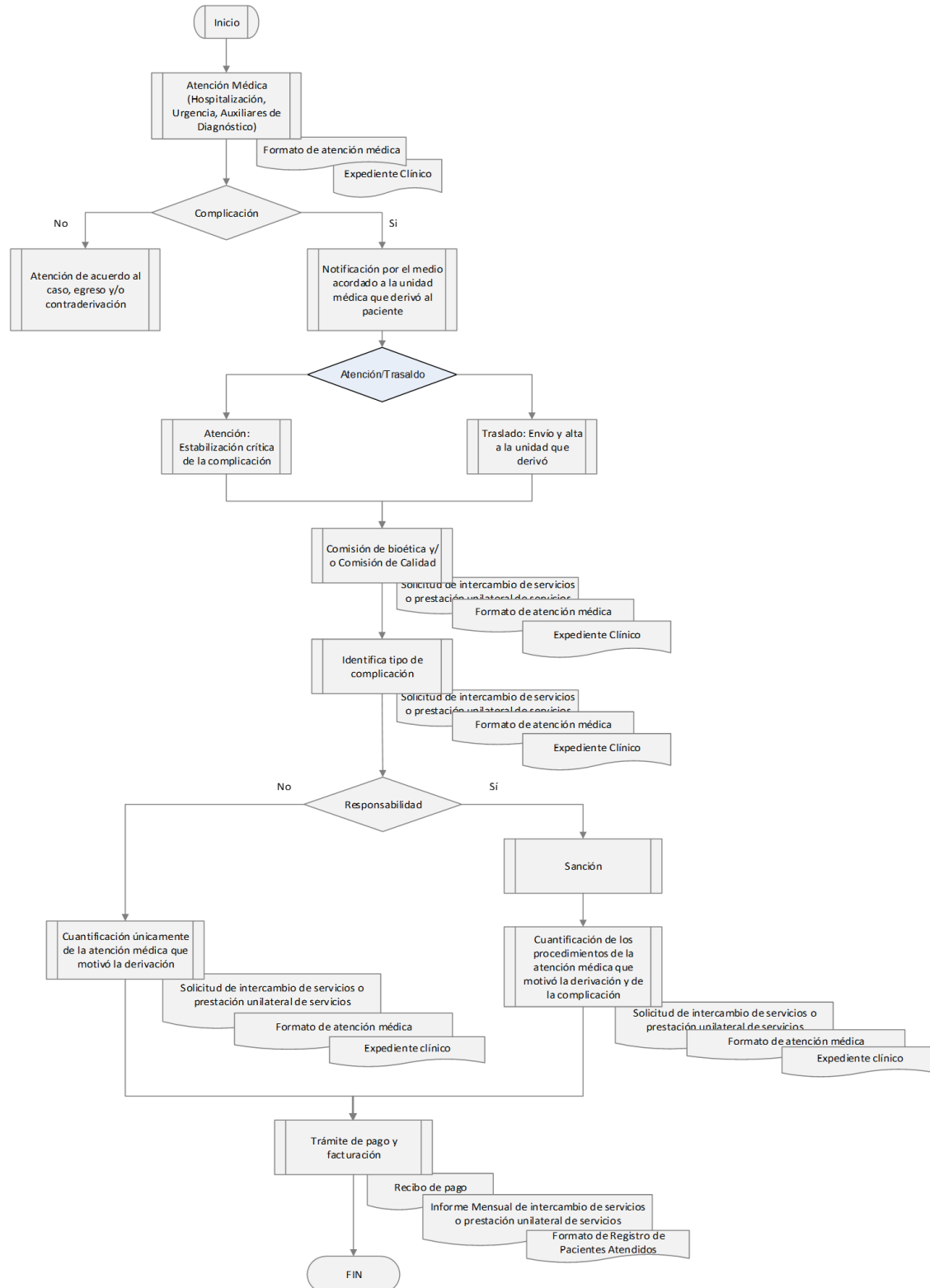
Anexo D.4 Diagrama de Flujo para Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento



Anexo D.5 Procedimiento de atención para complicaciones

No	Tipo de procedimiento	Procedimiento	Área	Actividad (es)	Documentación requerida	Responsable(s)
1	Médico	Atención médica	Unidad Médica (servicio donde se encuentre ingresado el paciente)	Establece los procedimientos médicos para tratamiento, limitación del daño y/o secuelas, para la estabilización crítica de la complicación.	Formato de atención médica, Expediente clínico	Directivo del hospital proveedor y Médico tratante.
2	Operativo - Administrativo	Notificación de la complicación	Servicio en el que se encuentre ingresado el paciente	Notificar la complicación, vía telefónica o por el medio acordado, a la unidad médica o institución que derivó al paciente para determinar el procedimiento a seguir de acuerdo al caso (atención y/o traslado).	Formato de atención médica, Expediente clínico	Médico y/o Director del unidad prestadora del servicio
3	Técnico - Administrativo	Reunión	Comisión de bioética y/o comité de calidad de la unidad	Sesiona para dictaminar y emitir las causas de la complicación en la salud del paciente y las responsabilidades respectivas.	Formato de atención médica, Minuta de reunión, Dictamen de la responsabilidad.	Comisión de bioética y Comisión de calidad
4	Administrativo	Trámite de pago	El procedimiento de trámite de pago para las complicaciones es igual a los procedimientos de atención médica (hospitalización, consulta externa, urgencias)			

Anexo D.5 Diagrama de flujo para complicaciones



Anexo E.1. Recibo de Pago

Recibo de Pago (Debe ser llenado por la unidad que atendió)														F4-RP
No. De Recibo:						No. de la solicitud y/o folio: (mismo número de la solicitud de intercambio de servicios)					Fecha:			
Datos fiscales de la Institución prestadora del servicio														
Nombre														
RFC														
Datos de identificación de la Institución que deriva														
Institución														
Nombre de la Unidad Médica														
Datos de identificación del paciente atendido														
Nombre del paciente														No. Afiliación o Póliza:
Apellido Paterno	Apellido Materno			Nombre (s)										
No.	Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 1	Cantidad	Tarifa	Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 2 *	Cantidad	Cuota de recuperación	Complicaciones						Subtotal	
							Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 1	Cantidad	Tarifa	Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios Anexo 2 *	Cantidad	Cuota de recuperación		
1														
2														
3														
4														
5														
Total con Letra														Total
Nombre y Firma del Director de la Unidad														

* En el caso de complicaciones que involucren intervenciones que no se encuentren incluidas en el Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios, éstas se registrarán en la variable correspondiente a "intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios"

Anexo E.2 Informe Mensual de Intercambio o prestación unilateral de Servicios de Atención Médica

Informe Mensual de Intercambio o prestación unilateral de Servicios												
Periodo de atención:			De: _____ A _____ F5-IM									
Fecha del reporte :			Día _____ /Mes _____ /Año _____									
Institución y unidad médica prestadora:												
Institución y unidad médica solicitante:												
No. Progresivo	No. de la solicitud y/o folio: (mismo número de la solicitud de intercambio de servicios)	No. De Afiliación/ Póliza	Nombre del paciente	Fecha de atención o ingreso	Diagnóstico (s) de atención o egreso :	Intervenciones dentro del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 1			Intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios. Anexo 2 *			Subtotal
						Descripción	Cantidad	Tarifa	Descripción	Cantidad	Cuota de recuperación	
Nombre y Firma del Director de la Unidad:										Total		
Nombre y Vo. Bo. del Administrador												

* En el caso de complicaciones que involucren intervenciones que no se encuentren incluidas en el Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios, éstas se registrarán en la variable correspondiente a "intervenciones fuera del Listado de Intervenciones para el Intercambio de Servicios"

Anexo E.3 Registro de Pacientes Atendidos por vía del Intercambio o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica

REGISTRO DE PACIENTES DE INTERCAMBIO O PRESTACIÓN UNILATERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Entidad Federativa:	Institución que reporta:	Fecha de reporte:	Periodo que reporta:	Institución, nombre, y cargo de las personas que elaboraron el reporte:																											
	SECRETARÍA DE SALUD			INSTITUCIÓN																											
				NOMBRE																											
				CARGO																											

Datos de identificación del paciente		Datos de Derivación (solicitud de atención)						Datos de Atención (Contraderivación)																							
No. de Registro Consecutivo	Código de identificación del paciente		Edad/ Sexo	Institución que deriva (solicita la atención)	Nombre de la unidad médica que solicita atención	CLUES de la unidad médica que solicita atención	Diagnóstico de derivación o del estudio auxiliar de diagnóstico y /o tratamiento requerido	Fecha de Derivación (de solicitud de atención)	Vía de entrada (Marcar con una X)				Fecha de recepción	Institución que atiende (vende)	Nombre de la unidad médica	CLUES	Fecha de término de atención o Egreso	Descripción de la intervención de acuerdo al Listado de intervenciones del anexo I del convenio				Descripción de la intervención de acuerdo al Listado de Intervenciones del anexo II del convenio (Tabulador de cuotas)				Descripción de intervenciones por complicaciones			Importe total facturado	Queja	Seguimiento de la Queja
									Consulta externa	Urgencias	Hospitalización	Auxiliares de diagnóstico y tratamiento						Código	Descripción de la Intervención	Importe Unitario (Tarifa del convenio)	Cantidad de Servicios	No. Consecutivo Anexo II	Descripción de la Intervención	Importe Unitario (Tarifa del convenio)	Cantidad de Servicios	Descripción (nombre de la atención)	Importe Unitario por Cuota de Recuperación (Complicaciones no cubiertas por el convenio)	Cantidad de Servicios			
	H	M	Estudios Básicos, Laboratorio y Rayos X	Estudios Especializados																											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

Firma de titulares de las Instituciones: _____

Anexo F. Garantías de oportunidad en la prestación de los servicios de atención médica



Servicios y especialidades	Garantía de plazo en la atención
Consulta especialidad	35 días a partir de la solicitud por el médico tratante.
Intervenciones quirúrgicas	A partir de la fecha del diagnóstico por el médico especialista en un plazo no mayor a:
Cirugía cardíaca	80 días
Angiología / Cirugía vascular	90 días
Cirugía gastroenterológica	79 días
Colecistectomía laparoscópica	92 días
Cirugía general	79 días
Ginecología	74 días
Urología	78 días
Neurocirugía	92 días
Neumología y cirugía torácica	69 días
Nefrología	90 días
Traumatología	93 días
Reemplazo de cadera o rodilla	180 días
Oftalmología	73 días
Facoemulsificación y aspiración de catarata	180 días
Urgencias y obstetricia	Atención inmediata
Toma de Mastografía Analógica	14 días hábiles a partir de expedición de la solicitud por el personal capacitado
Interpretación de Mastografía Analógica	7 días hábiles posterior a la toma por el técnico radiólogo
Toma e Interpretación de Mastografía Analógica	21 días hábiles a partir de la expedición de la solicitud por el personal capacitado
Toma de Mastografía Digital	14 días hábiles a partir de expedición de la solicitud por el personal capacitado
Interpretación de Mastografía Digital	7 días hábiles posterior a la toma por el técnico radiólogo
Impresión de Mastografía Digital	7 días hábiles posterior a la toma por el técnico radiólogo
Toma, Interpretación e Impresión de Mastografía Digital	21 días hábiles a partir de la expedición de la solicitud por el personal capacitado
Estudios y procedimientos de laboratorio y gabinete	21 días a partir de la expedición de la solicitud por el médico especialista

MÉXICO 2019