



ARANCEL NO BENEFICIARIOS 2025

RESOLUCIÓN EXENTA N°3127- 24 DE ABRIL 2025

UNIDAD DE COSTOS Y COMERCIALIZACIÓN

RESOLUCIÓN EXENTA N°3127

24 DE ABRIL 2025

Establece el Arancel de Prestaciones de Salud para No Beneficiarios de la Ley N° 18.469, Atención Médica Ambulatoria, Urgencia y Hospitalizados, según el siguiente detalle:

I. CONSULTAS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
101001	Atención Médica Electiva o de Urgencia	\$ 45.000
101307	Consulta Médica de Especialidad en Medicina Interna	\$ 42.000
101209	Consulta Médica de Especialidad en Neurología Adultos	\$ 42.000
101201	Consulta Médica de Especialidad en Dermatología	\$ 42.000
101312	Consulta Médica de Especialidad en Cirugía General	\$ 42.000
101311	Consulta Médica Especialidad Urología	\$ 42.000
101204	Consulta Médica Especialidad Oftalmología	\$ 42.000
101205	Consulta Médica Especialidad Otorrinolaringología	\$ 42.000
101310	Consulta Médica de Especialidad en Traumatología y Ortopedia	\$ 42.000
101309	Consulta Médica de Especialidad en Pediatría	\$ 42.000
101317	Consulta Médica de Especialidad en Cirugía Pediátrica	\$ 42.000
101308	Consulta Médica de Especialidad en Obstetricia y Ginecología	\$ 42.000

UNIDAD DE COSTOS Y COMERCIALIZACIÓN

I. CONSULTAS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
101300	Consulta Médica otras Especialidades	\$ 42.000
101007	Atención Médicas R.N. En sala de Partos o Pabellón Quirúrgico s/d Reanimación Cardiorrespiratoria.	\$ 52.000
101008	Visita por Médico Tratante a enfermo hospitalizado	\$ 38.000
101009	Visita por Médico, Interconsultas R. (o en Junta Médica c/u) a enfermo hospitalizado R.	\$ 47.000
101010	Atención Médica diaria a enfermo hospitalizado	\$ 38.000
101300	Consulta médica otras especialidades	\$ 42.000
0102005	Consulta por fonoaudiólogo	\$ 17.000
0102008	Consulta o control por enfermera	\$ 17.000
0102009	Consulta o control por matrona	\$ 17.000
0102010	Consulta o control por nutricionista	\$ 517.000
0601101	Evaluación Kinesiológica Integral	\$ 20.000
0601105	Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria	\$ 540.000
0602001	Atención integral de terapia ocupacional	\$ 520.000

UNIDAD DE COSTOS Y COMERCIALIZACIÓN

II. HOSPITALIZACIÓN

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
0201001	Día Cama de Hospitalización Integral Cuidados Básicos. (sala 1 cama)	\$ 241.000
0201002	Día Cama de Hospitalización Integral Cuidados Básicos. (sala 2 o más camas)	\$ 175.000
0201401	Día Cama de Hospitalización Integral Obstetricia (sala 1 cama)	\$ 241.000
0201402	Día Cama de Hospitalización Integral Obstetricia (sala 2 o más camas)	\$ 175.000
0201201	Día cama, Hospitalización Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)	\$ 795.000
0201301	Día cama, Hospitalización Unidad de Paciente Adulto en Unidad de tratamiento Intermedio	\$ 593.000
0201403	Día cama, Hospitalización Sala Cuna	\$ 200.000
0201404	Día cama, Hospitalización Incubadora	\$ 280.000
0201203	Día cama hospitalización neonatal en unidad de tratamiento intensivo	\$ 730.000
0201303	Día cama hospitalización neonatal en unidad de tratamiento intermedio	\$ 419.000
0201302	Día Cama Hospitalización Integral Pediátrica en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I)	\$ 510.000
0200006	Día Cama de Hospitalización Psiquiatría	\$ 317.000
0201407	Día Cama de Hospitalización Integral de Observación - Ambulatorio	\$ 92.000
0202008	Día Cama Paciente Isapre y Particular que se atiende en Modalidad Institucional	\$ 88.000

UNIDAD DE COSTOS Y COMERCIALIZACIÓN

III. TRASLADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
2401037-1	Traslado a Santiago Tipo 1 ida y vuelta (incluye Auxiliar Paramédico)	\$ 500.000
2401037-2	Traslado en ambulancia a Santiago Tipo 2 ida y vuelta (incluye Auxiliar Paramédico y Enfermera o Matrona)	\$ 650.000
2401037-3	Traslado a Santiago Alta complejidad ida y vuelta	\$ 800.000
2401061	Traslado Tipo 1 por cada kilómetro (incluye Auxiliar Paramédico)	\$ 1.200
2401062	Traslado en ambulancia Tipo 2 por cada kilómetro (incluye Auxiliar Paramédico y Enfermera o Matrona)	\$ 1.500
2401063	Traslado a Santiago Alta complejidad por cada kilómetro	\$ 1.900
2401070	Traslado en ambulancia dentro del radio urbano	\$ 30.000
2401071	Por cada kilómetro adicional	\$ 5.000
2401072	Traslado en ambulancia (móvil 1) dentro del radio urbano ida y vuelta	\$ 50.000
2401073	Traslado en Ambulancia (Móvil 2) dentro radio urbano ida y vuelta	\$ 100.000

OBSERVACIONES ÍTEM III:

- a) Para traslados Tipo 1 y 2: determinar el trayecto de ida (Km) y multiplicar dichos kilómetros por \$5.000.-
ej.: Traslado de 50 km. Multiplicar 50 km x \$5.000 = \$ 250.000.-
- b) El servicio de ambulancia se realizará a pacientes particulares con el siguiente requisito: **“SOLICITUD DE TRASLADO POR MÉDICO TRATANTE”**.
- c) Como radio urbano se considerará los siguientes límites:
 - NORTE: Sector Sarmiento hasta villa Primavera.
 - NORPONIENTE: Sector Santa Fé, incluida Villa las Vertientes ubicada en ruta J-60.
 - PONIENTE: Por camino a Tutuquen hasta calle Lago Calafquen.
 - SURPONIENTE: Hasta límite Aguas Negras (población Santos Martinez, Hasta calle San Pedro de Atacama.
 - SUR: Hasta límite de la ciudad con Estero Guaiquillo.
 - NORESTE: Sector Avenida España, Camino a zapallar hasta intersección con ruta J-611.

IV. VALOR DERECHO A PABELLÓN

CÓDIGO	HORARIO HÁBIL	HORARIO INHÁBIL
1	\$ 65.000	\$ 97.500
2	\$ 79.000	\$ 118.500
3	\$ 149.000	\$ 223.500
4	\$ 210.000	\$ 315.000
5	\$ 291.000	\$ 436.500
6	\$ 394.000	\$ 591.000
7	\$ 480.000	\$ 720.000
8	\$ 511.000	\$ 766.500
9	\$ 657.000	\$ 985.500
10	\$ 651.000	\$ 976.500
11	\$ 744.000	\$ 1.116.000
12	\$ 950.000	\$ 1.425.000
13	\$ 1.099.000	\$ 1.648.500
14	\$ 1.241.000	\$ 1.861.500

UNIDAD DE COSTOS Y COMERCIALIZACIÓN

V. LIPOSUCCIÓN

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR HORARIO HÁBIL	VALOR HORARIO INHÁBIL
1505069-7	Liposucción alta complejidad (3 zonas)	\$ 885.000	\$ 1.327.500
1505068-6	Liposucción mediana complejidad (2 zonas)	\$ 571.000	\$ 856.500
1505067-5	Liposucción baja complejidad (1 zona)	\$ 490.000	\$ 735.000

OBSERVACIONES ÍTEM IV Y V:

Se incluye, en el valor de derecho a Pabellón, todo aquel insumo y elemento utilizado y/o necesario para el procedimiento quirúrgico, siempre que sea contemplado en la norma técnico administrativas para la aplicación del arancel del régimen de prestaciones de Salud del Libro II DFL N°1 del 2005, del Ministerio de Salud Modalidad Libre Elección o bien el documento que lo venga a reemplazar. Todo insumo y elemento que se encuentra fuera de las normas técnico administrativas para la aplicación del arancel de régimen de prestaciones de salud Libro II del DFL N°1, del Ministerio de Salud Modalidad Libre Elección o bien el documento que lo venga a reemplazar (Ej.: Prótesis e insumos traumatológicos), serán cobrados por separado del derecho a pabellón de acuerdo al arancel vigente en el momento y establecido por la institución.

VI. EXÁMENES

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
0801001	Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau y similares) (por cada órgano)	\$ 18.000
0801002	Citología aspirativa (por punción); por cada órgano	\$ 25.800
0801003	Estudio histopatológico con microscopía electrónica (por cada órgano)	\$ 73.300
0801004	Estudio histopatológico con técnicas de inmunohistoquímica o inmunofluorescencia (por cada anticuerpo investigado)	\$ 67.700
0801005	Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas, niveles, decalcificación (por cada lámina)	\$ 58.200
0801006	Estudio histopatológico de biopsia contemporánea (rápida) a intervenciones quirúrgicas (por cada órgano) (no incluye biopsia diferida)	\$ 81.200
0801007	Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra)	\$ 69.600
0801008	Estudio histopatológico de biopsia diferida (por cada muestra y/o tejido), (incluye hasta 3 Láminas)	\$ 38.200
0801009	Necropsia de adulto o niño, con estudio histopatológico corriente	\$ 219.500
0801010	Necropsia de feto o recién nacido, con estudio histopatológico corriente.	\$ 174.800
302046	Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros	\$ 11.500

UNIDAD DE COSTOS Y COMERCIALIZACIÓN

VII. PROCEDIMIENTOS DETALLADOS POR CÓDIGO

Derecho a pabellón se adicionará según el recinto donde sea realizada la prestación, es decir, Pabellón o Sala de Procedimiento (norma Técnica Fonasa Numeral 26). De no existir código de pabellón se considerará el pabellón de menor complejidad.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
1901026	Peritoneo diálisis continua en paciente crónico (adulto o niños) (tratamiento mensual)	\$ 1.212.600
1901029	Hemodiálisis con bicarbonato con insumos (tratamiento mensual)	\$ 1.497.000
1901028	Hemodiálisis con bicarbonato con insumos (por sesión)	\$ 125.000

VIII. OTRAS PRESTACIONES

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	PORCENTAJE DE RECARGO SOBRE NIVEL 2 FONASA ARANCEL MLE
Grupo 03	Exámenes de laboratorio	100%
Grupo 04	Imagenología	100%
Grupo 06	Kinesiología, Medicina Física y Rehabilitación	100%
Grupo 07	Transfusión y Banco de Sangre	100%
Grupo 09	Psiquiatría y Psicología Clínica	100%
Grupo 11	Neurología y Neurocirugía	100%
Grupo 12	Oftalmología	100%
Grupo 13	Otorrinolaringología	100%
Grupo 14	Cirugía de Cabeza y Cuello	100%
Grupo 15	Cirugía Plástica y Reparadora	100%
Grupo 16	Dermatología y Tegumentos	100%
Grupo 17	Cardiología, Cirugía Cardiovascular y de Tórax Neumología	100%
Grupo 18	Gastroenterología	100%
Grupo 19	Uróloga y Nefrología	100%
Grupo 20	Ginecología y Obstetría	100%
Grupo 21	Ortopedia y Traumatología	100%
Grupo 22	Anestesia	100%
Grupo 23	Pago asociado de Emergencia	100%

De no existir MLE nivel 2, aplicar MLE nivel 1

UNIDAD DE COSTOS Y COMERCIALIZACIÓN

IX. CURACIONES Y EXTRACCIÓN DE PUNTOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR HORARIO HÁBIL	VALOR HORARIO INHÁBIL
106002	Curación simple	\$ 14.000	\$ 21.000
102905	Curación Mayor	\$ 528.000	\$ 42.000
102910	Extracción de puntos	\$ 9.000	\$ 13.500

X. BOTÓN GÁSTRICO

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR HORARIO HÁBIL	VALOR HORARIO INHÁBIL
1801045	Instalación Botón Gástrico	\$ 255.000	\$ 382.500

XI. COBRO PABELLÓN INSTITUCIONAL PACIENTE NO BENEFICIARIO FONASA

a) Para obtener este valor se aplicará la siguiente formula:

(Sumatoria de Total Honorario Quirúrgico Nivel 2 + Anestesiista Nivel 2) * 2 + Código adicional derecho a pabellón.

b) Ejemplo procedimiento Quirúrgico: Apendicectomía Código 1802053-7

$$((\$236.640 + \$78.610) * 2) + \$480.000 = \$1.110.140.-$$

$$\text{Valor a cobrar} = \$1.110.140.-$$

c) Para efectos de cálculo de estos Pabellones, se aplicará, de igual manera, horario hábil e inhábil, según corresponda.

XII. OBSERVACIONES GENERALES

1. En el caso de no existir información de valores en la columna nivel 2 del arancel Fonasa MLE, se deberá proceder a utilizar el valor de la columna Nivel 1 multiplicado por 2 del arancel antes mencionado.

2. Para efectos del presente Arancel, se considerará lo siguiente:

“Horario hábil”: periodo de tiempo que se extiende desde las 08:00 a 20:00 hrs. de lunes a viernes, y sábado de 08:00 a 13:00 hrs, según Artículo I, letra K de Resolución Exenta N°277, del 06 de mayo del 2011, del Ministerio de Salud, que establece normas técnico administrativas para la aplicación del arancel de régimen de prestaciones de salud del Libro II del DLF N°1.

XII. ARANCEL ODONTOLÓGICO

1. CONSULTAS Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	VALOR
2701101	Consulta especialidad Periodoncia	\$42.000
2701102	Consulta especialidad Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial	\$42.000
2701103	Consulta especialidad Endodoncia	\$42.000
2701104	Consulta especialidad Imagenología Oral y Maxilofacial	\$42.000
2701105	Consulta especialidad Implantología Buco Maxilofacial	\$42.000
2701106	Consulta especialidad Odontopediatría	\$42.000
2701107	Consulta especialidad Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial	\$42.000
2701108	Consulta especialidad Patología Oral y Maxilofacial	\$42.000
2701109	Consulta especialidad Rehabilitación Oral	\$42.000
2701110	Consulta especialidad Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial	\$42.000
2701113	Consulta o control por Odontólogo General	\$31.000
2701115	Consulta de urgencia odontológica	\$40.000

XII. ARANCEL ODONTOLÓGICO

2. EXÁMENES IMAGENOLÓGICOS

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	VALOR
2702101	Radiografía Retroalveolar Unitaria Adulto (por placa)	\$ 10.500
2702102	Radiografía Retroalveolar Unitaria Niño (por placa)	\$ 12.000
2702103	Radiografía Bite Wing Adulto (por placa)	\$ 13.000
2702104	Radiografía Bite-Wing Niño (por placa)	\$ 14.000
2702105	Radiografía extraoral (por placa)	\$ 17.000
2702106	Radiografía oclusal (por placa)	\$ 17.000
2702107	Sialografía (cada lado) (incluye el proc.)	\$ 143.000
2702108	Telerradiografía	\$ 25.000
2702109	Radiografía panorámica u ortopantomografía	\$ 48.000
2702110	Radiografía de ATM Bilateral en Boca Cerrada y Boca Abierta	\$ 29.000
2702111	Tomografía Computacional Maxilo Facial Cone Beam Zona Dentaria	\$ 62.000
2702112	Tomografía Computacional Maxilo Facial Cone Beam Unimaxilar	\$ 88.000
2702113	Tomografía Computada Cone Beam Bimaxilar, Máxilo Facial, Cráneo Completo, Sialo Tc Cone Beam	\$ 117.000
2702114	Tomografía Computada de Cuello Suprahioideo con contraste	\$ 200.000
2702115	Sialo Tomografía Computada	\$ 60.000
2702116	Resonancia Magnética de Cuello Suprahioideo	\$ 60.000
2702117	Estudio de Localización Maxilofacial	\$ 17.000

XII. ARANCEL ODONTOLÓGICO

3. ODONTOLOGÍA GENERAL: ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y RECUPERATIVAS

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	VALOR
2703101	Aplicación de sellantes	\$ 31.000
2703102	Desgastes selectivos	\$ 26.000
2703103	Destartraje y pulido coronario	\$ 37.000
2703104	Mantenedores de espacio	\$ 83.000
2703105	Pulpotomía	\$ 93.000
2703106	Aplicación tópica de fluoruros	\$ 47.000
2703107	Exodoncia simple diente permanente	\$ 60.000
2703108	Exodoncia diente primario	\$ 50.000
2703110	Obturación composite	\$ 45.000
2703111	Obturación Vidrio Ionómero	\$ 50.000
2703112	Profilaxis Dental	\$ 40.000
2703113	Acceso Cavitario	\$ 31.000
2703114	Ferulización por grupo	\$199.000
2703115	Recubrimiento Directo	\$ 60.000
2703116	Pulpectomía (por odontólogo general)	\$ 60.000

XII. ARANCEL ODONTOLÓGICO

4. ESPECIALIDADES

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	VALOR
2704001	Obturación Inlay metal (incluye materiales no preciosos, no incluye oro)	\$ 91.000
2704002	Dispositivo Interoclusal	\$ 77.000
2704003	Prótesis de restitución (fase clínica)	\$ 152.000
2704004	Prótesis metálica	\$ 299.000
2704005	Prótesis de restitución (fase laboratorio)	\$ 84.000
2704006	Reparación compuesta de prótesis	\$ 34.000
2704007	Reparación corona	\$ 26.000
2704008	Reparación o reajuste prótesis	\$ 24.000
2704009	Restitución por corona (combinada)	\$ 217.000
2704010	Restitución por corona provisoria	\$ 77.000
2704011	Tratamiento ortodoncia con aparatología removible (incluye aparato)(año 1)	\$ 471.000
2704012	Tratamiento ortodoncia con aparatología fija (incluye aparato) (año 1)	\$ 733.000
2704013	Tratamiento ortodoncia con aparatología fija (incluye aparato) (año 2)	\$ 733.000
2704014	Endodoncia Multirradicular	\$ 220.000
2704015	Endodoncia birradicular	\$ 199.000

XII. ARANCEL ODONTOLÓGICO

4. ESPECIALIDADES

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	VALOR
2704016	Endodoncia unirradicular	\$ 178.000
2704017	Destartraje Subgingival y Pulido Radicular	\$ 31.000
2704018	Sedación inhalatoria con óxido nitroso	\$ 21.000
2704019	Corona Metálica Preformada en diente temporal	\$ 99.000
2704020	Sialometría	\$ 42.000
2704021	Inyección Intralesional de Medicamentos en el territorio de la Mucosa Oral	\$ 18.000
2704022	Tratamiento No Quirúrgico de Obstrucción Glándula Salival	\$ 20.000
2704023	Cateterismo de Conducto Excretor Glándula Salival en Adultos (c/u)	\$ 110.000
2704024	Cateterismo de Conducto Excretor Glándula Salival en Niños (c/u)	\$ 117.000
2704025	Instilación de Glándula Salival (c/u) (Procedimiento)	\$ 117.000
2704026	Infiltración de la Articulación Temporomandibular, por sesión	\$ 120.000
2704027-1	Reducción de Luxación Discal de la Articulación Temporomandibular	\$ 132.000
2704028	Tratamiento de Ronquido Primario y Saos (Dispositivos de Avance Mandibular)	\$ 92.000
2704029	Reparación o reajuste de Dispositivo Interoclusal	\$ 81.000
2704030	Artrocentesis temporomandibular unilateral	\$ 241.000

5. CIRUGÍAS

XII. ARANCEL ODONTOLÓGICO

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	VALOR
2705001-3	Cirugía bucal	\$ 48.000
2705002	Cirugía de enfermedad periodontal (por grupo)	\$ 51.000
2705003-5	Corticotomía	\$ 280.000
2705004-6	Disyunción palatina quirúrgica	\$ 521.000
2705005-6	Extirpación de pseudoquistes, quistes y tumores	\$ 393.000
2705006-6	Glosectomías	\$ 602.000
2705007-3	Implante endodóntico intraóseo	\$ 159.000
2705008-6	Implantes subperiósticos	\$ 605.000
2705009-3	Exodoncia de dientes retenidos	\$ 129.000
2705010-3	Exodoncia de tercer molar con osteotomía	\$ 99.000
2705011-6	Injertos en boca	\$ 521.000
2705012-6	Elevación de piso del seno maxilar	\$ 455.000
2705013-3	Plastia de fístula salival	\$ 181.000

5. CIRUGÍAS

XII. ARANCEL ODONTOLÓGICO

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	VALOR
2705014-2	Preparación quirúrgica de los maxilares con fines protésicos	\$ 120.000
2705015-5	Profundización de vestíbulo o reconstrucción de rebordes, con o sin injerto	\$ 576.000
2705016-3	Reimplante y trasplante dentario	\$ 130.000
2705017-3	Remoción de cuerpo extraño y secuestrectomía	\$ 130.000
2705018-4	Sutura completa de herida mayor	\$ 247.000
2705019-4	Sutura completa de herida menor	\$ 215.000
2705020-3	Sutura simple de herida	\$ 130.000
2705021-6	Tratamiento quirúrgico fracturas maxilar superior	\$ 689.000
2705022-6	Tratamiento quirúrgico de fracturas en maxilar inferior	\$ 689.000
2705023-3	Tratamiento de traumatismo dento alveolar simple	\$ 130.000
2705024-4	Tratamiento de traumatismo dento alveolar complejo	\$ 238.000
2705025-5	Implante oseointegrado	\$ 147.000
2705026-5	Pilar Protésico sobre implantes	\$ 67.000

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICÓ

UNIDAD DE COSTOS Y COMERCIALIZACIÓN