

**PROCEDIMIENTO ESPECIAL PARA INTERESADOS EN INTEGRAR LA NÓMINA DE
PROVEEDORES HABILITADOS A BRINDAR SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA
INTEGRAL A LOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE SALUD DE LA INTENDENCIA
DE MONTEVIDEO**

LLAMADO A INTERESADOS N° 728/2018

ANEXO 1

Población incluida en el Seguro de Salud de la Intendencia de Montevideo a la fecha .

Franja etaria	F	M	TOTAL
<1	41	49	90
1 a 4	335	333	668
5 a 14	1.099	1.057	2.156
15 a 19	639	561	1.200
20 a 44	2.241	2.536	4.777
45 a 64	2.494	2.961	5.455
65 a 74	1.278	1.147	2.425
>74	2.035	1.382	3.417
Total general	10.162	10.026	20.188

ANEXO 2

Los prestadores de salud deberán incluir obligatoriamente en su oferta todos los beneficios incluidos en este anexo. **Este conjunto de prestaciones configura un mínimo obligatorio** para considerar la inclusión del prestador en el registro o nómina de habilitados. **Estas prestaciones no son sustituibles por otras no incluidas en este anexo.**

Los afiliados por el Seguro de Salud de la I.M. gozarán de todas las prestaciones incluidas en la Canasta de Prestaciones Obligatorias del PIAS.

Sin perjuicio de lo anterior se considera asegurar las siguientes prestaciones:

Órdenes y medicamentos

Cada afiliado del Seguro de Salud tendrá derecho anualmente, sin acumular saldos, a los siguientes beneficios:

- a) Doce (12) tickets de medicamentos.
- b) Seis (6) órdenes a Consultorio o Servicio de Urgencia Centralizada.
- c) Tres (3) órdenes a domicilio.
- d) Llamados de urgencia y emergencia a domicilio sin costo.
- e) Llamados a domicilio que excedan lo previsto el literal c) con bonificación de un cincuenta por ciento (50%) con respecto al valor del ticket de consulta de radio.
- f) Los tickets de medicamentos denominados crónicos especiales no se contabilizarán dentro de los doce (12) tickets anuales, siendo éstos de uso exclusivo del afiliado.
- g) Las cuentas corrientes de tickets y órdenes estarán agrupadas por núcleo familiar a efectos de que puedan ser utilizados indistintamente por sus integrantes, salvo los tickets de los medicamentos crónicos mencionados en el literal anterior.
- h) Análisis y estudios incluidos en la Canasta de Prestaciones Obligatorias del PIAS en forma gratuita, estando el timbre de la CJPPU a cargo del prestador.
- i) Bonificación del cincuenta por ciento (50%) sobre el valor de las tasas moderadoras de análisis y estudios no incluidos en el literal h), estando el timbre de la CJPPU a cargo del prestador.
- j) Bonificación de cincuenta por ciento (50%) sobre el valor de la cirugía laparoscópica no incluidas en la Canasta de Prestaciones Obligatoria (PIAS).
- k) En colocación de Prótesis Vasculares no incluida en la Canasta de Prestaciones Obligatoria, se le transferirá al afiliado el costo de la prótesis que el proveedor le cobre al prestador. El mismo podrá ser financiado sin recargo hasta en doce (12) cuotas, documentándose debidamente.
- l) En caso de un procedimiento endoneurovascular no incluido en la Canasta de Prestaciones Obligatoria, que deba realizarse fuera del prestador, se transferirá al afiliado

el costo del procedimiento. El mismo podrá ser financiado sin recargo hasta en doce (12) cuotas, documentándose debidamente.

m) Las órdenes y los tickets de medicamentos que superen lo previsto en los literales a), b) y c) del presente artículo, se pagarán al contado, o en su defecto, el funcionario firmará la documentación necesaria a los efectos de ordenar el descuento del valor de la orden y/o tickets de su retribución en la I.M., de acuerdo a la reglamentación que dictará a esos efectos. El prestador bonificará el cincuenta por ciento (50%) del valor de las mismas.

n) Una (1) Mamografía, un (1) PAP y un (1) PSA sin costo.

o) Dos (2) rutinas básicas de Laboratorio.

p) Un (1) Electrocardiograma.

q) Dos (2) Radiografías.

r) Dos (2) estudios imagenológicos (resonancia o TAC)

s) Un (1) estudio ecográfico (ecografía, ecocardiograma, ecodoppler o ecografía 3D)

t) Una (1) fibrogastroscofia o fibrocolonoscopia.

u) Tratamiento fonoaudiológico, psicopedagógico y psicomotriz .

El costo de los tickets y órdenes, descriptos en los ítems a), b), c), d),e),f) serán de cargo del prestador de salud.

2) Aquellos afiliados del Seguro de Salud que revistan la calidad de jubilados o pensionistas y que se incorporen al prestador por el FONASA, tendrán derecho anualmente (sin acumular saldos) a los siguientes beneficios:

a) Doce (12) tickets de medicamentos

b) Treinta y seis (36) órdenes a Consultorio o Servicio de Urgencia Centralizada, (pudiendo canjear tres (3) de ellas por órdenes a domicilio a opción del beneficiario).

c) Los tickets de medicamentos denominados crónicos especiales, no se contabilizarán dentro de los doce(12) tickets anuales del punto a), siendo estos de uso exclusivo del afiliado.

d) Las cuentas corrientes de tickets de medicamentos estarán agrupadas por núcleo familiar, de acuerdo a lo establecido en el presente convenio, a efectos de que puedan ser utilizados indistintamente por sus integrantes, excepto los tickets moderadores de los medicamentos crónicos mencionados en el literal anterior.

e) Bonificación de un cincuenta por ciento (50%) sobre el valor de todas las tasas moderadoras de análisis y estudios incluidas en la Canasta de Prestaciones Obligatoria (PIAS). El timbre de la CJPPU estará a cargo del prestador.

f) Dos (2) rutinas básicas de Laboratorio.

g) Un (1) Electrocardiograma.

h) Una (1) Radiografía.

i) Bonificación de un cincuenta por ciento (50%) sobre el valor de la cirugía laparoscópica no incluida en la Canasta de Prestaciones Obligatoria (PIAS).

j) En colocación de Prótesis Vasculares no incluido en la Canasta de Prestaciones Obligatoria, se le transferirá el costo de la prótesis que el proveedor le cobre al prestador. El mismo podrá ser financiado sin recargo hasta en doce (12) cuotas documentándose debidamente.

k) En caso de un procedimiento endoneurovascular no incluido en la Canasta de Prestaciones Obligatoria, que deba realizarse fuera del prestador, se transferirá al afiliado el costo del procedimiento, el que podrá optar por el prestador externo. El mismo podrá ser financiado sin recargo hasta en doce (12) cuotas documentándose debidamente.

Las órdenes y los tickets de medicamentos que superen lo previsto en los literales a) y b) del presente artículo, se pagarán al contado. El prestador bonificará el cincuenta por ciento (50%) del valor de las mismas.

n) Una (1) Mamografía, un (1) PAP y un (1) PSA sin costo.

El costo de tickets y órdenes, descriptos en los literales a) b),c) f), g), h) serán de cargo del prestador de salud.

Otros beneficios

- Cobertura prenatal para los hijos de los afiliados.

- Internación psiquiátrica: A solicitud del médico tratante en el marco de la ley N° 19.529.

- Fondo de días cama de internación psiquiátrica anuales para ser administrados por el Seguro de Salud, calculados en días en base al dos por ciento (2%) de los afiliados a cada institución por el seguro de salud de la I.M. ($\text{número de afiliados} \times 2/100 = \text{días cama}$)

- Fondo de órdenes anuales adicionales sin costo para consultas, estudios de laboratorios y/o medicamentos para ser administrados por el Seguro de Salud, calculados en base al tres por ciento (3%) de los afiliados a cada institución por el seguro de salud I.M. ($\text{número de afiliados} \times 3/100 = \text{órdenes para consultas, estudios y/o medicamentos}$)

- Salud mental: modo 3 (atención individual y/o grupal, cuarenta y ocho (48) sesiones anuales) sin costo.

Crónicos

Los beneficiarios considerados por sus patologías como pacientes crónicos tienen derecho a tickets sin cargo, que deberán asignarse al individuo y no podrán ser utilizados por el núcleo familiar. El costo será de cargo del prestador de salud.

Para estos abonados, los tickets para medicamentos abarcarán una presentación suficiente que cubra seis meses de tratamiento, con entregas que pueden llegar a realizarse en forma trimestral.

Franquicia

Los nuevos afiliados que se incorporen al colectivo obtendrán todos los beneficios desde el primer día, sin exámenes previos.

Para ello dispondrán un plazo de ciento veinte (120) días corridos contados a partir de la aprobación del convenio respectivo para afiliarse.

Las personas que ingresen como funcionarios, así como sus familiares, dispondrán del mismo plazo de franquicia a partir de la toma de posesión del cargo.

Asimismo, en los casos de matrimonio, reconocimiento judicial o administrativo de unión concubinaria, nacimiento o adopción dispondrán de ciento veinte (120) días corridos para afiliar con franquicia y sin examen previo a su cónyuge, concubino/a o hijo/a.

Programas preventivos.

Prevención primaria: vacunaciones, educación prenatal, programa de salud de la mujer y del adulto mayor sin costo

Prevención secundaria: de patologías cardiovasculares, salud mental. El alcance de este último implica proveer del tratamiento psiquiátrico requerido al paciente.

Rehabilitación de los funcionarios con accidentes laborales al alta del BSE, esto incluye tratamiento fisiátrico y/o fisioterapéutico.

ANEXO 3

Los montos a pagar se determinarán en función de la edad del beneficiario y su sexo . En el caso de los afiliados directos el precio estará integrado por dos componentes:

- el precio A
- el precio B

Pago por afiliados directos según la franja etaria que corresponda: A + B

Pago por afiliados FONASA según la cápita que corresponda: B

PRECIO A

Precio A equivale al valor de una cápita FONASA, este valor incluye el FONDO NACIONAL DE RECURSOS y el IVA. Dicho valor se ajustará de acuerdo a los incrementos que determine M.S.P.

Se presentan a continuación los valores a partir de Enero 2018

	Cápit	
Franja Etaria	M	F
<1	6.535,23	5.582,60
1 a 4	1.913,17	1.802,85
5 a 14	1.133,76	1.023,44
15 a 19	1.099,32	1.461,67
20 a 44	1.013,01	2.168,15
45 a 64	2.083,96	2.547,92
65 a 74	4.004,23	3.483,23
>74	5.272,62	4.350,68

PRECIO B

Corresponde a todos los incluidos en el seguro de Salud IVA incl. Dicho valor se ajustara de acuerdo a los incrementos que determine M.S.P. para las tasas moderadoras.

Franja Etaria	Adicional
<1	-
1 a 4	0,19
5 a 14	3,06
15 a 19	4,44
20 a 44	11,54
45 a 64	112,62
65 a 74	266,32
>74	294,56

Liquidación y Pago:

El pago se efectuará por facturación mensual.

Los prestadores deberán enviar mensualmente a la I.M., dentro de los primeros diez (10) días de cada mes, las solicitudes de pago correspondientes al mes anterior con un listado en soporte electrónico de sus afiliados incluidos en el Seguro de Salud a efectos de realizar el control de la facturación de dicho mes. El listado debe incluir la siguiente información de cada beneficiario: documento de Identidad, sexo, edad, importe de la cuota y si le corresponde afiliación FONASA especificando el código del tipo de afiliación.

Una vez validado el listado con la factura mensual del mes respectivo, se gestionará el pago correspondiente al prestador.

El pago de cada factura se realizará dentro de los treinta (30) días calendario, contados a partir de su presentación en la Contaduría General.

La I.M. podrá realizar el pago con cheques de pago diferido, acordándose en su momento

con el adjudicatario, las condiciones de los mismos.

En caso que el pago en moneda nacional se realice pasados los treinta (30) días calendario, contados desde la presentación de la factura en la Contaduría General, se aplicará el 50% de la tasa media de interés para empresas grandes y medianas, moneda nacional no reajutable, para operaciones con plazos menores de un año, publicada por el Banco Central del Uruguay vigente en el mes de vencimiento de los antes referidos treinta días y solamente por los días que superen dicho plazo.

La factura por el ajuste de precios, si correspondiera, se presentará por separado de la factura principal correspondiente y se abonará también dentro del plazo antes establecido.

El pago de las facturas que se presenten al cobro por proveedores de bienes y servicios cumplidos, se realizará por transferencia a cuentas en la institución de intermediación financiera autorizada por el BCU, elegida por el proveedor o acreedor.

A tales efectos los proveedores deberán, suscribir el “Contrato de Adhesión a sistema de pagos por transferencia bancaria” y el “Complemento obligatorio para la IM”, ambos documentos incluidos en el instructivo de inscripción en el RUPE.

En caso de no haber cumplido con lo establecido en el apartado anterior, el pago será retenido no siendo responsabilidad de la I.M. la demora que dicho atraso ocasione.

Facturación:

Respecto a los Requisitos para presentación de facturas el adjudicatario deberá consultar en <http://www.montevideo.gub.uy/empresas/consulta-de-acreedores>.