|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ANEXO II - PLANILLA DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL | | | |
| **VIGENCIA:** | | | |
|  |  |  | **$** |
| Interconsulta única (Sólo Especialistas) | |  |  |
| Seguimiento Integral |  |  |  |
| Medicamentos |  |  |  |
| **INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS** | |  | **$** |
| **De acuerdo a Aranceles Oficiales de la S.C.U. para las IAMC y de la S.A.U.** | |  |  |
| Cirugía Corriente | |  |  |
| Cirugía Mayor | |  |  |
| Alta Cirugía | |  |  |
| Cirugía compleja | |  |  |
| Cirugía Altamente compleja | |  |  |
| **USO DE INTENSIFICADOR DE IMÁGENES** | |  | **$** |
| Cirugía compleja (Maniobras corrientes: el equivalente a 4 radiografías simples) | |  |  |
| **TARIFAS SANATORIALES** |  |  | **$** |
| Internación por día |  |  |  |
| Internación domiciliaria |  |  |  |
| Punciones articulares, infiltraciones (evacuadoras o para inyectar medicamentos) | |  |  |
| Curaciones |  |  |  |
| Necropsias |  |  |  |
| Nebulizaciones |  |  |  |
| Yeso |  |  |  |
| Oxígeno gaseoso |  |  |  |
| **ÁREA DE CUIDADOS ESPECIALES (Incluye Honorarios Médicos e Internación)** | |  |  |
| CATEGORÍAS: | TECV |  |  |
|  | TECNV |  |  |
|  | Traumatismo grave NSV |  |  |
|  | Traumatismo grave NSNV |  |  |
|  | Traumatismo grave SV |  |  |
|  | Traumatismo grave SNV |  |  |
|  | Otros casos |  |  |
|  | CI |  |  |
| **INYECTABLES** |  |  | **$** |
| Sub-cutánea, intramuscular, intravenosa, suero antitetánico / suero antigangrenoso, suero intravenoso, s.a.v.a | |  |  |
| Inyectables a domicilio |  |  |  |
| **FISIOTERAPIA** |  |  | **$** |
| **GRUPO 1. TÉCNICAS QUINÉSICAS Y QUINESIOTERAPÉUTICAS (POR ACTO):** | |  |  |
| Movilización simple, Reeducación del equilibrio y Reeducación de la mímica facial | |  |  |
| Movilización y masoterapia, Reeducación respiratoria, vibropercusión torácica, drenaje postural, tosquinesia, Reeducación de la marcha y del equilibrio, Reeducación psico-neuromotriz y Reeducación de la función del miembro superior y actividades de la vida diaria, K-tape | |  |  |
| **GRUPO 2. TÉCNICAS MECÁNICAS, ÓPTICAS, ELÉCTRICAS, HÍDRICAS Y SÓNICAS:** |  |  |  |
| Tracción cervical y tracción lumbar | |  |  |
| Infra-rojos y ultravioletas | |  |  |
| Corrientes eléctricas diadinámicas (Neodynator), Onda Corta, Iontoforesis, Corrientes excito-motoras, Corrientes Interferenciales, Láser-terapia y Ultrasonido, Magnetoterapia, Tens, Hidroterapia | |  |  |
| **ESTUDIOS ELÉCTRICOS** |  |  | **$** |
| Cronaxias | |  |  |
| Electro-neo-diagnóstico | |  |  |
| Electrocardiograma a consultorio | |  |  |
| Electrocardiograma a domicilio | |  |  |
| Electroencefalograma | |  |  |
| Electroencefalograma con sueño inducido | |  |  |
| **OTROS ESTUDIOS** |  |  | **$** |
| Ecografía abdominal | |  |  |
| Ecografía de miembros |  |  |  |
| Ecografía partes blandas |  |  |  |
| Ecocardiograma |  |  |  |
| Ecodoppler |  |  |  |
| Eco doppler venoso miembros |  |  |  |
| Bloqueo peridural |  |  |  |
| Fibroncoaspiración |  |  |  |
| **RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA** | |  |  |
| 1 región, sin contraste |  |  |  |
| 1 región, con contraste |  |  |  |
| 2 regiones, sin contraste | |  |  |
| 2 regiones, con contraste | |  |  |
| 3 regiones, sin contraste | |  |  |
| 3 regiones, con contraste | |  |  |
| Anestesia |  |  |  |
| Recargo por Urgencia |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **EXÁMENES DE LABORATORIO** | |  | **$** |
| Orina completa | |  |  |
| Glucemia, Azoemia, Eritrosedimentación, Cetonemia | |  |  |
| Hemograma simple (recuento glóbulos rojos y blancos) | |  |  |
| Hemograma completo | |  |  |
| Examen completo de L.C.R., Líquido de punción | |  |  |
| Reacciones serológicas, Tiempo de coagulación y sangría | |  |  |
| Hematocrito | |  |  |
| Cultivo y Antibiograma | |  |  |
| Funcional hepático sin transaminasas ni proteinograma electroforético | |  |  |
| Sodio y Potasio | |  |  |
| Protrombina | |  |  |
| Creatininemia | |  |  |
| Amilasemia. Amilasuria | |  |  |
| Chagas | |  |  |
| Antígeno Australia | |  |  |
| HIV | |  |  |
| Ionograma | |  |  |
| Gasometría | |  |  |
| Clasificación de grupo sanguíneo y RH | |  |  |
| Brucelosis |  |  |  |
| Leptospirosis |  |  |  |
| Crasis | |  |  |
| Ckt total, | |  |  |
| Ck mb | |  |  |
| Troponina | |  |  |
| Ldh | |  |  |
| Recargo por Urgencia (Nocturno y feriado) | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **HEMOTERAPIA** |  |  |  |
| **1. Arancel Oficial de la S.H.I.U.** | |  |  |
| Transfusión de sangre desplasmatizada, sangre total, plasma conservado, plasma fresco, albúmina. Cada volumen | | UR | 6,0 |
| Concentrado plaquetario | Hasta 2 volúmenes, cada uno | UR | 6,0 |
|  | Más de 2 volúmenes, cada uno | UR | 3,0 |
| Recargo por transfusión de urgencia, feriados, nocturnos u operaciones | | UR | 0,2 |
| Cada precio incluye materiales y honorarios. | |  |  |
| **2. Arancel del Ministerio de Salud Pública** | |  |  |
| Transfusión de sangre desplamatizada | | UR | 5,5 |
| Transfusión de sangre total | | UR | 3,9 |
| Transfusión de plasma conservado, albúmina | | UR | 3,9 |
| Concentrado plaquetario | | UR | 3,9 |
| **3. HEMODIÁLISIS** |  |  |  |
| Por sesión, incluye honorarios técnicos y médicos | |  |  |
| DIALISIS | |  |  |
| **HONORARIOS** |  |  | **$** |
| Médico Cardiólogo | |  |  |
| **Neurocirugía** |  |  |  |
| Operaciones | Cirujano |  |  |
|  | Cirujano Ayudante |  |  |
|  | Instrumentista especializado |  |  |
| Consultas: | Sanatorio (válida por 24 horas) |  |  |
|  | Sanatorio (válida por una semana) |  |  |
|  | Consultorio (válida por 30 días) |  |  |
| **Cirugía Vascular** |  |  |  |
| Categoría I |  |  |  |
| Categoría II |  |  |  |
| Categoría III |  |  |  |
| Categoría IV |  |  |  |
| Asistencia semana o fracción | |  |  |
| Consulta |  |  |  |
| Ayudante |  |  |  |
| Instrumentista |  |  |  |
| Recargo por Urgencia: |  |  |  |
| **TOMOGRAFÍA COMPUTADA** | |  | **$** |
| CRÁNEO - CRÁNEO CERVICAL | |  |  |
| TÓRAX - ABDOMEN - PELVIS - MIEMBROS - COLUMNA (1 región) | |  |  |
| TORACO-ABDOMINAL o ABDOMINO-PÉLVICA (2 regiones) | |  |  |
| TÓRAX-ABDOMINO-PÉLVICA (3 regiones) | |  |  |
| RECARGO POR URGENCIA |  |  |  |
| ESTEREOTAXIA |  |  |  |
| MAS CONTRASTE |  |  |  |
| MAS ANESTESIA |  |  |  |
| UNA COPIA DE PLACA TOMOGRÁFICA | |  |  |
| Se facturará en pesos uruguayos | |  |  |
| **ARANCEL DE DIAGNOSTICO RADIOLÓGICO** | |  | **$** |
| Honorario Médico |  |  |  |
| Honorario Técnico |  |  |  |
|  |  |  | **$** |
| RADIOSCOPIAS |  |  |  |
| **1. Huesos (extremidades) miembro superior** | |  |  |
| Estudios complementarios (por cada placa) | |  |  |
| Huesos (extremidades) miembro inferior | |  |  |
| Estudios complementarios (por cada placa) | |  |  |
| Medida de anteversión de cuello femoral | |  |  |
| **2. Columna vertebral y pelvis ósea por c/ región** (estudio estándar) | |  |  |
| Columna vertebral funcional (por cada placa) | |  |  |
| **3. Cráneo-cara por c/ región (estudio estándar)** | |  |  |
| Estudios complementarios (por cada placa) | |  |  |
| Telerradiografía de cráneo | |  |  |
| **4. Cuello, tórax, abdomen:** |  |  |  |
| Por c/ región: enfoque de frente | |  |  |
| Estudios complementarios: c/ enfoque de perfil, oblicuas, de pie o acostado, (por c/ placa) | |  |  |
| Tórax frente y perfil |  |  |  |
| **5. Vías digestivas:** |  |  |  |
| Faringe, esófago, ciego y apéndice Colecistografía, colangiografía post-operatoria, gastroduodeno, tránsito intestino delgado, Colon por enema, tránsito cólico, fistulografía, quisto-grafía, etc | |  |  |
| Colon por enema c/ doble contraste (incluido el contraste) | |  |  |
| Gastroduodeno c/ doble contraste (incluido el contraste) | |  |  |
| **6. Estudios contrastados del aparato urinario y de vías biliares Urografía, Colangiografía endovenosa** | |  |  |
| Urografía minutada |  |  |  |
| Urografía retardada a dosis masiva | |  |  |
| **7. Otros estudios especiales** | |  |  |
| Tomografía |  |  |  |
| Pelvimetría |  |  |  |
| Ortopantomografía |  |  |  |
| MASTOIDES |  |  |  |
| Schuller, Chausse III y T.orb. Unilateral | |  |  |
| Stenvers, Towne y T. orb. Bilateral | |  |  |
| Dentales (c/u) |  |  |  |
| Radiografías a domicilio: | supl. Urbano |  |  |
|  | supl. Suburbano |  |  |
| **8. Mama** |  |  |  |
| Ambas mamas |  |  |  |
| **9. Espinografía** |  |  |  |
| **10. Radiografías contrastadas especiales** | |  |  |
| **1) ARTERIOGRAFÍAS** |  |  |  |
| a) Arteriografías selectivas, Brónquica, celíaca, mesentérica e hipogástrica | |  |  |
| b) Arteriografías centrales. Aortografía abdominal, renal panorámica, torácica, subclavia, pelviana | |  |  |
| c) Arteriografía carotídea, o vertebral unilateral | |  |  |
| d) Aortoarteriografía de ambos miembros inferiores | |  |  |
| e) Arteriografía unilateral de miembros | |  |  |
| **2) FLEBOGRAFÍAS** |  |  |  |
| a) Flebografías centrales, iliocavografía, espleno-portografía por vía umbilical, suprahepáticografía ,espermática, uterina, dorsal del pene, azygografía, mamariografía interna | |  |  |
| b) Flebografía unilateral de miembros | |  |  |
| c) Fleb.unilat. de miembros retrógrada | |  |  |
| **3) LINFOGRAFÍAS** |  |  |  |
| a) Linfoadenografía de ambos miembros inferiores (bipodal) | |  |  |
| b) Linfoadenografía viscerales, centrales de pene, testículo, próstata, cuello uterino, región cervical, lengua | |  |  |
| c) Linfoadenografía unilateral de miembros | |  |  |
| **4) TÉCNICAS ESPECIALIZADAS DE OTROS SECTORES** | |  |  |
| a) Mielografía, neumoencefalografía | |  |  |
| b) Colangiografía transparietohepática | |  |  |
| c) Quistografía transparietorrenal | |  |  |
| d) Broncografía, laringografía | |  |  |
| e) Galactografía |  |  |  |
| f) Mamografía |  |  |  |
| **5) TÉCNICAS DE MENOR COMPLEJIDAD** | |  |  |
| Neumomediastino, Neumoperitoneo, Retroneumoperitoneo, Pelvineumografía, Pielografía ascendente, Neumopielografía, Artrografía, Artroneumografía | |  |  |
| Uretrografía, Uretrocistografía, Histerosalpingografía, Sialografía, Dacriocistografía | |  |  |
| CONSULTAS Y CONTROLES | |  |  |
| RECARGO POR URGENCIA | |  |  |
| **MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS** | | | |
| Los materiales de osteosíntesis se reintegrarán al prestador contra la presentación de documentación probatoria (copia de factura- según procedimiento a definir). En caso de no estar de acuerdo, se pagará de acuerdo al arancel vigente del Banco de Prótesis. | | | |
|
| **OTROS AGREGADOS POR OFERENTE** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Paramétrica de revalorización y frecuencia:** | |  | |
| **LO NO COTIZADO EXPRESAMENTE EN EL PRESENTE ARANCEL SE FACTURARÁ A VALORES SEGÚN LOS ARANCELES VIGENTES DE LAS RESPECTIVAS SOCIEDADES REPRESENTATIVAS Y/O COSTO DE UCA MÁS UN 20 % EN CASO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS, DE ACUERDO A LO EXPRESADO EN EL ANEXO IV DE LA MEMORIA DESCRIPTIVA.** | | | |
|
|
|