|  |
| --- |
| 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.** |
|
|
|