

CATÁLOGO DE PRESTACIONES SANITARIAS ORTOPROTÉSICAS PARA AFILIADOS ACTIVOS, FUNCIONARIOS DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL, FUNCIONARIOS DE ENTES AUTÓNOMOS Y SERVICIOS DESCENTRALIZADOS (INC, UTE, OSE, ANCAP, ANV, ANP, ANTEL, AFE, CORREO URUGUAYO), FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL Y EL PODER JUDICIAL, FUNCIONARIOS DE ANEP, CODICEN, CFE, CEIP, CES Y UTU, FUNCIONARIOS DE INUMET, INAU E INISA, Y LENTES PARA LOS BENEFICIARIOS DE LA GERENCIA DE PRESTACIONES DE SALUD.

VERSION 7.6

2021

EL PRESENTE CATÁLOGO CONTIENE LAS PRESTACIONES SANITARIAS ORTOPROTÉSICAS A CARGO DEL BPS, ASÍ COMO LAS CONDICIONES, MONTOS Y PLAZOS POR LAS QUE SE OTORGAN A LOS AFILIADOS ACTIVOS, FUNCIONARIOS DE BPS, FUNCIONARIOS DE ENTES AUTÓNOMOS Y SERVICIOS DESCENTRALIZADOS (INC, UTE, OSE, ANCAP, ANV, ANP, ANTEL, AFE, CORREO URUGUAYO), FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL, FUNCIONARIOS DEL PODER JUDICIAL, FUNCIONARIOS DE ANEP, CODICEN, CFE, CEIP, CES, UTU, FUNCIONARIOS DE INUMET, INAU, INISA, PARA LA COBERTURA DE LA PÉRDIDA DE SU INTEGRIDAD PSICOSOMÁTICA, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE LENTES A BENEFICIARIOS DE LA GERENCIA DE PRESTACIONES DE SALUD, APROBADO POR R.D. Nº 1-30/2021 DEL 20 DE ENERO DE 2021.

DEFINICIONES:

PRÓTESIS: LOS PRODUCTOS SANITARIOS QUE SUSTITUYEN TOTAL O PARCIALMENTE UNA ESTRUCTURA CORPORAL O UNA FUNCIÓN FISIOLÓGICA QUE PRESENTA ALGÚN DEFECTO O ANOMALÍA.

PRÓTESIS QUIRÚRGICAS FIJAS: LOS PRODUCTOS SANITARIOS QUE REQUIEREN DE UNA IMPLANTACIÓN INTERNA Y FIJA EN EL PACIENTE, A TRAVÉS DE UN DETERMINADO ACTO QUIRÚRGICO, ESTANDO DESTINADAS A SUSTITUIR ARTIFICIALMENTE Y DE FORMA PERMANENTE LA FALTA DE UN ÓRGANO O DE PARTE DE ÉL O DE SU FUNCIÓN.

PROTESIS ORTOPÉDICAS PERMANENTES O TEMPORALES – PRÓTESIS EXTERNAS: LOS PRODUCTOS SANITARIOS QUE REQUIEREN UNA ELABORACIÓN Y/O ADAPTACIÓN INDIVIDUALIZADA Y QUE, DIRIGIDAS A SUSTITUIR UN ÓRGANO O PARTE DE ÉL, NO PRECISAN DE IMPLANTACIÓN QUIRÚRGICA EN EL PACIENTE.

SILLAS DE RUEDAS: LOS VEHÍCULOS INDIVIDUALES PARA FAVORECER EL TRASLADO DE PERSONAS QUE HAN PERDIDO DE FORMA PERMANENTE, TOTAL O PARCIALMENTE, LA CAPACIDAD DE DEAMBULACIÓN Y QUE SEAN ADECUADOS A SU GRADO DE INVALIDEZ.

ORTESIS: LOS PRODUCTOS SANITARIOS DE USO EXTERNO, NO IMPLANTABLES, QUE ADAPTADOS

INDIVIDUALMENTE AL PACIENTE, SE DESTINAN A MODIFICAR LAS CONDICIONES ESTRUCTURALES O FUNCIONALES DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR O DEL ESQUELETO.

NORMAS DE CALIDAD:

LOS PRODUCTOS SANITARIOS DEBERÁN CUMPLIR CON LAS NORMAS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD APROBADOS POR EL MSP O POR ORGANISMOS RECONOCIDOS INTERNACIONALMENTE COMO SON LAS NORMAS ISO 9000, 11040 Y 11180, O LAS DIRECTIVAS Y NORMAS DE LA CEE: IADD90/385/CEE, MDD93/42/CEE Y EN13842:2000 Y SUBSIGUIENTES.

COBERTURA:

EL VALOR MÁXIMO EN PESOS URUGUAYOS HASTA EL CUAL EL BPS ASUME LA COBERTURA POR CADA TIPO DE PRODUCTO SANITARIO.

CRITERIOS PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL PRESENTE CATÁLOGO:

A EFECTOS DE LAS SIGUIENTES VERSIONES DEL CATÁLOGO PODRÁN INCLUIRSE LOS PRODUCTOS QUE CUMPLAN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES.

- APORTAR UNA MEJORA TERAPÉUTICA, EN TÉRMINOS DE SEGURIDAD Y EFICACIA DEMOSTRADA RESPECTO A LOS YA INCLUIDOS, COMO CONSECUENCIA DEL AVANCE CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO.
- OFRECER CONDICIONES ECONÓMICAS MÁS VENTAJOSAS QUE PRODUCTOS SIMILARES INCLUIDOS EN EL CATÁLOGO.

SERÁN EXCLUÍDOS AQUELLOS PRODUCTOS QUE COMO CONSECUENCIA DEL DESARROLLO TECNOLÓGICO Y CIENTÍFICO, HAYAN PERDIDO SU INTERÉS SANITARIO O SE CONSIDEREN INEFICIENTES.

DE LAS PRESTACIONES:

1. PROTESIS QUIRÚRGICAS FIJAS

1.1. Prótesis Cardíacas

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

Se discontinúa la cobertura del implante Cardio desfibrilador automático previsto en la Versión 0.0, debiéndose tramitar ante el Fondo Nacional de Recursos, en las condiciones establecidas por Acta N° 18/99 de la C.H.A. del FNR.

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
1.1.1.0	Stent para vasos periféricos		No	
1.1.2.0	Catéter y balón para angioplastia para miembros inferiores		No	

1.2. Prótesis Oftalmológicas

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
1.2.1.0	Prótesis de enucleación		No	
1.2.2.0	Conformador de órbita		No	

1.3. Prótesis Otorrinolaringológicas

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
1.3.2.0	Procesador externo del implante coclear		5 años	Para casos sin cobertura por el FNR

1.4. Prótesis reparadoras

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

Prótesis de mama y expansores: en casos de afiliadas mastectomizadas.

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
1.4.1.0	Prótesis mamaria interna		5 años	
1.4.2.0	Expansores para prótesis mamaria interna		No	
1.4.3.0	Prótesis mamaria interna- expansor de silicona		No	
1.4.4.0	Expansor de piel		No	

1.5. Prótesis Genitourinarias

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
1.5.1.0	Prótesis testicular		No	
1.5.2.0	Prótesis peneana		No	
1.5.3.0	Bomba hidráulica para vejiga		No	
1.5.4.0	Sistema Sling –incontinencia urinaria femenina		No	
1.5.5.0	Sistema Sling para incontinencia urinaria masculina		No	
1.5.6.0	Malla de reparación de piso pélvico		No	
1.5.7.0	Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel		No	

2. PROTESIS EXTERNAS

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

PROTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR: No están incluidas las estructuras y articulaciones elaboradas con titanio y/o fibra de carbono y/o control con microprocesador.

PROTESIS MIOELÉCTRICAS: Sólo en casos de amputación bilateral en miembro superior.

2.1. Prótesis de miembro superior

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
2.1.1.0	Prótesis de dedos		2 años	
2.1.2.0	Prótesis de parciales de manos		2 años	
2.1.3.0	Prótesis de mano		2 años	
2.1.4.0	Prótesis de desarticulación de muñeca		2 años	
2.1.5.0	Prótesis de antebrazo		2 años	
2.1.6.0	Prótesis para desarticulación de codo		2 años	
2.1.7.0	Prótesis de brazo		2 años	
2.1.8.0	Prótesis para desarticulación de hombro		2 años	
2.1.9.0	Prótesis total de hombro		2 años	

2.2. Prótesis de miembro inferior

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
2.2.1.0	Prótesis de pie articulado		2 años	
2.2.2.0	Prótesis de dedos del pie		2 años	
2.2.3.0	Prótesis parciales de pie		2 años	
2.2.4.0	Prótesis de pierna		2 años	
2.2.5.0	Prótesis para desarticulación de rodilla		2 años	
2.2.6.0	Prótesis transfemoral (encima de la rodilla)		2 años	
2.2.7.0	Prótesis para desarticulación de cadera		2 años	

2.3. Otras Prótesis

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

PROTESIS PALATINAS: Exclusivamente para traumatismos y procesos oncológicos del paladar.

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
2.3.1.0	Reparación de prótesis (cambio de envase)		1 año	
2.3.2.0	Prótesis mamaria externa		2 años	
2.3.3.0	Prótesis palatinas (placa obturatriz)		2 años	
2.3.4.0	Prótesis auricular externa		No	
2.3.5.0	Medias siliconadas con soporte (pin) para prótesis		1 año	
2.3.6.0	Prótesis de maxilar		No	
2.3.7.0	Colchón anti escaras		No	
2.3.8.0	Sobre water		No	

3. ÓRTESIS

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

ORTESIS: Excluidas las elaboradas en fibra de carbono.

ORTESIS DE PIE Y RODILLERAS EN TEJIDO ELÁSTICO Y SIN FLEJES, no están incluidas.

3.1. Órtesis para columna vertebral

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES: Fajas preventivas están excluidas.

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
3.1.1.0	Corsé ortopédico		2 años	
3.1.2.0	Corsé ortoprotésico lumbar		2 años	
3.1.3.0	Faja Owestry		2 años	
3.1.4.0	T.L.S.O. (Toraco Lumbo Sacro Orthosis)		2 años	
3.1.5.0	T.L.S.O. (Toraco Lumbo Sacro Orthosis) termoplástico		2 años	
3.1.6.0	Corsé de Boston		2 años	
3.1.7.0	Jewett- Hiperextensión o 3 Puntos		2 años	
3.1.8.0	Corsé Knight		2 años	
3.1.9.0	Corsé Knight - Taylor		2 años	
3.1.10.0	Corsé Bivalvo o termoplástico		2 años	
3.1.11.0	Faja Americana		2 años	
3.1.12.0	Faja Worker		2 años	
3.1.13.0	Corsé Taylor		2 años	
3.1.14.0	Collarete cervical		1 año	
3.1.15.0	Espalдар		1 año	

3.2. Órtesis para miembro superior

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
3.2.1.0	Férula de dedo		6 meses	
3.2.2.0	Férula de mano		6 meses	
3.2.3.0	Férula de muñeca y mano		6 meses	
3.2.4.0	Férula de muñeca, mano y dedos		6 meses	
3.2.5.0	Férula de codo		6 meses	
3.2.6.0	Férula de codo y hombro		6 meses	
3.2.7.0	Férula de hombro, codo y muñeca		6 meses	
3.2.8.0	Férula de Crow		6 meses	
3.2.9.0	Cazoleta		6 meses	
3.2.10.0	Codera		6 meses	
3.2.11.0	Órtesis dinámica flexora dedos mano		6 meses	
3.2.12.0	Cabestrillo		6 meses	
3.2.1.3.0	Muñequera		6 meses	

3.3. Órtesis para miembro inferior

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
3.3.1.0	Órtesis de pie y tobillo (tibiales)		1 año	
3.3.2.0	Órtesis de rodilla		1 año	
3.3.3.0	Órtesis de cadera		1 año	
3.3.4.0	Órtesis de cadera, rodilla, tobillo y pie		1 año	
3.3.5.0	Tobillera		1 año	
3.3.6.0	Rodillera		1 año	
3.3.8.0	Cincha metatarsal		1 año	
3.3.10.0	Talonera		1 año	

3.4. Calzados ortopédicos y plantares

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

CALZADOS ORTOPÉDICOS: Sólo para deformidades graves.

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
3.4.1.0	Calzados ortopédicos para deformaciones severas		1 año	
3.4.2.0	Plantares		1 año	
3.4.3.0	Férula separadora de dedos de pie		1 año	
3.4.4.0	Férula nocturna para Hallux Valgus		1 año	

4. SILLAS DE RUEDAS

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

SILLAS DE RUEDAS: Excluidas las de fibra de carbono y/o titanio.

SILLAS DE RUEDAS CON MOTOR ELÉCTRICO Y DIRECCIÓN ELÉCTRICA: Exclusivamente para pacientes con limitaciones graves del aparato locomotor por enfermedad, malformación o accidente, que cumplan con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- Incapacidad permanente para la marcha independiente
- Incapacidad funcional permanente para la propulsión de sillas de ruedas manuales con las extremidades superiores
- Suficiente capacidad visual, mental y de control que les permita el manejo de silla de ruedas eléctrica y ello no suponga un riesgo añadido para su integridad o la de otras personas.

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
4.1.1.0	Silla de ruedas manuales		5 años	
4.1.2.0	Silla de ruedas con motor y dirección eléctrica		5 años	
4.1.3.0	Silla de ruedas bipedestadora		5 años	

5. ASISTENCIA ESPECIAL O PRÓTESIS ESPECIALES

5.1. Ayudas de Marcha

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
5.1.1.0	Bastones		2 años	
5.1.2.0	Muletas		2 años	
5.1.3.0	Andadores		2 años	

5.2. Ayudas para tratamiento de afecciones circulatorias

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

MEDIAS DE BAJA COMPRESION: Están excluidas.

MEDIAS DE TENSIÓN O COMPRESIÓN MEDIANA, FUERTE Y MUY ALTA: Para quemados, linfedemas graves de miembros inferiores, grandes queloides e insuficiencias venosas crónicas.

La cobertura comprende 2 pares de medias o 2 panty por vez.

Especificaciones:

Tensión mediana: 20 a 30 mm de Hg

Tensión fuerte: de 30 a 40 mm de Hg

Tensión muy fuerte: > a 40 mm de Hg

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
5.2.1.0	Prenda de compresión –guante		6 meses	
5.2.2.0	Prenda de compresión –manga		6 meses	
5.2.3.2	Prenda de compresión –media hasta la rodilla tensión mediana con silicona		6 meses	2 pares
5.2.3.3	Prenda de compresión –media hasta el muslo tensión mediana con silicona		6 meses	2 pares
5.2.3.4	Prenda de compresión –media tipo panti tensión mediana		6 meses	2 panties
5.2.4.1	Prenda de compresión –media hasta la rodilla tensión fuerte		6 meses	2 pares
5.2.4.2	Prenda de compresión –media hasta el muslo tensión fuerte		6 meses	2 pares
5.2.4.3	Prenda de compresión –media tipo panty tensión fuerte		6 meses	2 pares
5.2.5.1	Prenda de compresión –media hasta la rodilla tensión muy alta		6 meses	2 pares
5.2.5.2	Prenda de compresión –media hasta el muslo tensión muy alta		6 meses	2 pares
5.2.6.0	Prenda de compresión –tronco		6 meses	
5.2.7.0	Prenda de compresión –camiseta		6 meses	
5.2.8.0	Prenda de compresión –máscara		6 meses	
5.2.9.0	Venda elástica		6 meses	

5.3. Ayudas para la prevención de daños por presión

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
5.3.1.0	Almohadón para escaras		1 año	
5.3.2.0	Almohadón de siliconas		1 año	

5.4. Ayudas para la audición

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

AUDÍFONOS: Para pacientes hipoacúsicos afectados de hipoacusia bilateral neurosensorial, trasmisiva o mixta, permanente, no susceptible de otros tratamientos, con una pérdida de la audición superior a 40 db en el mejor de los oídos (valor promediando las frecuencias de 500, 1000 y 2000 Hz)

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
5.4.1.1	Audífono externo convencional (unidad)		4 años	

5.5. Ayudas para colostomizados

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
5.5.1.0	Material de colostomía- aros		3 meses	Material para 3 meses
5.5.2.0	Material de colostomía- cinta adherente		3 meses	Material para 3 meses
5.5.3.0	Material de colostomía- bolsas		3 meses	Material para 3 meses
5.5.4.0	Material de colostomía- pasta		3 meses	Material para 3 meses
5.5.5.0	Material de colostomía- irrigador		3 meses	Material para 3 meses
5.5.6.0	Fajas para eventración		3 meses	Material para 3 meses
5.5.7.0	Material de colostomía – aros, cinta adherente, bolsas		3 meses	Material para 3 meses

5.6. Ayudas para urostomizados

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
5.6.0.0	Material de urostomía - aros		3 meses	Material para 3 meses
5.6.1.0	Material de urostomía- aros		3 meses	Material para 3 meses
5.6.2.0	Material de urostomía- estuche peneano		3 meses	Material para 3 meses
5.6.3.0	Material de urostomía- pasta		3 meses	Material para 3 meses
5.6.4.0	Material de urostomía – cinta adhesiva		3 meses	Material para 3 meses

5.7. Ayudas para pacientes en quimioterapia

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

PELUCAS: Pacientes (mujeres) sometidas a quimioterapia o portadoras de alopecia universal de cualquier etiología.

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
5.7.2.0	Peluca de cabello natural tres largos		5 años	

5.8. Ayudas para apnea del sueño

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
5.8.1.0	Aparato ventilatorio no invasivo (CPAP)		5 años	
5.8.2.0	Aparato ventilatorio no invasivo inteligente (BI-PAP)		5 años	
5.8.3.0	Humidificador		2 años	
5.8.4.0	Mascara CPAP		2 años	

5.9. Estudios especiales

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
5.9.1.0	Estudio electrofisiológico y ablación de haz aberrante		No	

5.10. Ayudas para mala oclusión dental

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
5.10.1.0	Placa oclusal		1 año	

6. LENTES

6.1. Lentes comunes para adultos

Escala de Precios de cristales y armazón

La escala de precios que se indica seguidamente es la vigente a partir del 1º de enero de 2021. La misma se ajustará semestralmente de la siguiente manera.

- 50% (cincuenta por ciento) en base a la evolución del tipo de cambio del dólar interbancario comprador tomado al cierre del mes anterior a la fecha de ajuste.
- 50% (cincuenta por ciento) en base a la variación del IPC (Índice de Precios al Consumo) tomado al cierre del mes anterior a la fecha de ajuste.

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

ARMAZONES, LENTES DE CRISTALES COMUNES, BIFOCALES Y MULTIFOCALES: Renovación cada dos años. En casos especiales los lentes se pueden renovar dentro de este período cuando hay un cambio de graduación mayor de un 15%. No se suministran otro tipo de lentes.

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
6.1.1.0.	Armazones	500 (*)		
6.1.1.1.	Lentes de cristales de cerca	1.200		
6.1.1.2	Lentes de cristales de lejos	1.200		
6.1.1.3.	Lentes de cristales bifocales	2.400		
6.1.1.4.	Prismas o Lentes de Fresnel	(**)		
6.1.1.5.	Lentes multifocales	3.600 (***)		

(*) Valor vigente al 1º de junio de 2021.

(**) Presentar presupuestos

(***) En el caso de beneficiarios menores de 40 años se requerirá anexar a la receta médica un informe por separado del oftalmólogo tratante fundamentando la indicación de este tipo de lentes. Dicha documentación deberá permanecer en resguardo del proveedor correspondiente pudiendo ser objeto de fiscalización en toda ocasión que el organismo lo determine.

6.2. Lentes de contacto

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

(*) Renovación cada 2 años y en casos especiales dentro de éste período cuando hay un cambio de graduación mayor de un 15%.

- a. Ópticas:
 - i. Anisometropías mayores de 4 dioptrías
 - i. Astigmatismos mayores de 5 dioptrías
 - ii. Ametropías elevadas, más de 8 dioptrías
 - iv. Queratocono

Cuando la graduación es esférico-cilíndrica se suma el valor de esférico la mitad del valor del cilindro y así aplicar la relación de ametropías elevadas.

Cuando uno de los ojos cumple con uno de estos requerimientos se puede otorgar el par.

Margen de laxitud: 1 dioptría.

- b. Terapéuticas:
 - i. Ojo Seco
 - i. Erosiones corneales
 - ii. Queratitis filamentosa
 - iv. Triquiasis
 - v. Quemaduras químicas
 - vi. Queratitis neuro paralíticas
 - vii. Péfigo
 - vii. Alergias graves a material de lentes convencionales
 - ix. Problemas de adaptación de lentes convencionales por alteraciones anatómicas faciales.

Escala de Precios de lentes de contacto

La escala de precios que se indica seguidamente, entrará en vigencia a partir del 1° de julio de 2019. La misma está expresada a valores del 1° de enero de 2018 y se ajustará semestralmente de la siguiente manera.

- a. 40% (cuarenta por ciento) en base a la evolución del tipo de cambio del dólar interbancario en el semestre inmediato anterior a la fecha de ajuste.
 - b. 40% (cuarenta por ciento) en base a la evolución del Índice Medio de Salarios del Sector Privado
 - c. 20% (veinte por ciento) en base a la variación del Índice de Precios al Consumo en el período indicado.
-

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
6.2.2.1	Lentes blandas esféricas (convencionales)		(*)	
	1 par	5.500		
	½ par	3.300		
6.2.2.2	Lentes blandas tóricas, multicurvas o esféricas (convencionales)		(*)	
	1 par	12.900		
	½ par	7.740		
6.2.4.1	Lentes blandas teñidas filtrantes esféricas		(*)	
	1 par	6.500		
	½ par	3.900		
6.2.4.2	Lentes blandas teñidas filtrantes tóricas, multicurvas o esféricas		(*)	
	1 par	12.900		
	½ par	7.740		
6.2.5.1	Lentes gas permeables esféricas		(*)	
	1 par	9.000		
	½ par	5.400		
6.2.5.2	Lentes gas permeables tóricas, multicurvas o esféricas		(*)	
	1 par	12.900		
	½ par	7.740		
6.2.6.1	Lentes alta permeabilidad esféricas		(*)	
	1 par	10.248		
	½ par	6.149		
6.2.6.2	Lentes alta permeabilidad tóricas, multicurvas o esféricas		(*)	
	1 par	14.390		
	½ par	8.634		
6.2.8.0	Lentes cosméticas protésicos blandas esféricas		(*)	
	standard	6.500		
	a medida	11.100		

12. LENTES PARAMENORES

12.1. Lentes comunes

Escala de Precios de cristales y armazón (precio unitario)

La escala de precios que se indica seguidamente entrará en vigencia a partir del 1° de julio de 2019. La misma corresponde al valor asignado a cada uno de los cristales y a los armazones, expresado a valores del 1° de enero de 2016 y se ajustará semestralmente de la siguiente manera.

- 40% (cuarenta por ciento) en base a la evolución del tipo de cambio del dólar interbancario comprador en el semestre inmediato anterior a la fecha de ajuste.
- 40% (cuarenta por ciento) en base a la evolución salarial operada en el Grupo 10, "Comercio en general" subgrupo N° 10 "Ópticas" del Consejo de Salarios, en el semestre de referencia. En el caso que el mencionado laudo incluya más de un porcentaje de aumento salarial, se aplicará el promedio simple de los mismos.
- 20% (veinte por ciento) en base a la variación del Índice de Precios al Consumo en el período indicado.

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

(*) Renovación cada 2 años. Cuando la renovación sea antes del plazo previsto estará sujeta a la recomendación técnica.

(**) Se tramitarán como lentes de excepción con la presentación de 3 presupuestos.

121.1. Cristales esféricos Orgánicos

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
12.1.1.1	De neutro a 6 dioptrías inclusive	233	(*)	
12.1.1.2	De 6.25 a 8 dioptrías inclusive	761	(*)	
12.1.1.3	De 8.25 a 12 dioptrías inclusive	1.148	(*)	
12.1.1.4	De 12.25 dioptrías en adelante	(**)	(*)	

121.2. Cristales Cilíndricos Combinados Orgánicos

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
12.1.2.1	Cilíndrico 0.25 al 2 c/esf. Del 0.25 al 6 incl.	570	(*)	
12.1.2.2	Cilíndrico 0.25 al 2 c/esf. Del 6.25 al 8 incl.	828	(*)	
12.1.2.3	Cilíndrico 0.25 al 2 c/esf. Del 8.25 al 12 incl.	1.295	(*)	
12.1.2.4	Cilíndrico 0.25 al 2 c/esf. Del 12.25 en adelante	(**)	(*)	
12.1.2.5	Cilíndrico 2.25 al 4 cil c/esf. Del 0.25 al 6 esf. incl.	949	(*)	
12.1.2.6	Cilíndrico 2.25 al 4 cil c/esf. Del 6.25 al 8 esf. incl.	1.206	(*)	
12.1.2.7	Cilíndrico 2.25 al 4 cil c/esf. Del 8.25 al 12 esf. incl.	1.296	(*)	
12.1.2.8	Cilíndrico 2.25 al 4 c/esf. Del 12.25 en adelante	(**)	(*)	
12.1.2.9	Cilíndrico 4.25 al 6 cil c/esf. Del 0.25 al 6 esf. incl.	1.208	(*)	

12.1.2.10	Cilíndrico 4.25 al 6 cil c/esf. Del 6.25 al 8 esf. incl.	1.242	(*)	
12.1.2.11	Cilíndrico 4.25 al 6 cil c/esf. Del 8.25 al 12 esf. incl.	1.296	(*)	
12.1.2.12	Cilíndrico 4.25 al 6 cil c/esf. Del 12.25 en adelante	(**)	(*)	

12.1.3. Bifocales Orgánicos

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
12.1.3.1	Cristales Bifocales Full-View hasta +/- 6 Diop. película 45	2.072	(*)	
12.1.3.2	Cristales Bifocales Full-View hasta +/- 8 Diop. película 25	1.018	(*)	
12.1.3.3	Cristales Bifocales Kryptok hasta +/- 8 Diop.	828	(*)	
12.1.3.4	Cristales Bifocales Kryptok Supermodular Orgánico	2.677	(*)	
12.1.3.5	Executive	2.676	(*)	

12.1.4. Lentes Orgánicos de Alto Índice

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
12.1.4.1	Prismas y Facetados	30% sobre graduación	(*)	
12.1.4.2	Multifacetados	100% sobre graduación	(*)	
12.1.4.3	Supermodular	100% sobre graduación	(*)	

12.1.5 Cristales Cilíndricos Orgánicos Puros

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
12.1.5.1	De neutro a +/- 2 dioptrías inclusive	570	(*)	
12.1.5.2	De 2.25 a +/- 4 dioptrías inclusive	949	(*)	
12.1.5.3	De 4.25 a +/- 6 dioptrías inclusive	1.210	(*)	
12.1.5.4	De 6,25 dioptrías en adelante	(**)	(*)	

12.2. Tratamientos

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
12.2.1.0	Endurecidos	382		
12.2.2.0	Filtro UV	113		
12.2.3.0	Filtro AR	1.066		
12.2.4.0	Coloración Orgánicos	113		
12.2.5.0	Alto Contraste (fuerte fotofobia)	980		
12.2.6.0	Foto cromáticos	2.665		

12.3. Armazón

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
12.3.1.0	Estándar	1037	(*)	
12.3.2.0	Armazón altas graduaciones Y/o deportes que la suma de sus dioptrías sea mayor a +/- 6, por ej. +3 Cil - 4 esf.	2.594	(*)	

12.4. Servicio de Armado

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
12.4.1.0	Armado completo de anteojos	243	(*)	
12.4.2.0	Por unidad	121		