

# CATÁLOGO DE PRESTACIONES SANITARIAS ORTOPROTÉSICAS PARA AFILIADOS ACTIVOS, FUNCIONARIOS DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL, FUNCIONARIOS DE LA ANEP Y EMPRESAS PÚBLICAS Y LENTES PARA LOS BENEFICIARIOS DE LA GERENCIA DE PRESTACIONES DE SALUD

VERSION 7.2

2016

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 ANEP Y EMPRESAS PÚBLICAS PARA LA COBERTURA DE LA PÉRDIDA DE SU INTEGRIDAD PSICOSOMÁTICA, ASI COMO EL SUMINISTRO DE LENTES A BENEFICIARIOS DE LA GERENCIA DE PRESTACIONES DE SALUD, APROBADO POR R.D. N° 16-23/2016 DEL 1° DE JUNIO DE 2016.

## **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	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	Renovación	Observaciones
1.3.1.0	Implante coclear		No	

**1.4. Prótesis reparadoras**

ESPECIFICACIONES Y RESTRICCIONES:

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

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Renovación</b>	<b>Observaciones</b>
1.4.1.0	Prótesis mamaria interna		5 años	
1.4.2.0	Expansores para prótesis mamaria		No	
1.4.3.0	Prótesis mamaria interna- expansor de		No	
1.4.4.0	Expansor de piel		No	

**1.5. Prótesis Genitourinarias**

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura en \$</b>	<b>Renovación</b>	<b>Observaciones</b>
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	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		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	Renovación	Observaciones
2.3.1.0	Reparación de prótesis (cambio de		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)		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	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)		2 años	
3.1.5.0	T.L.S.O. (Toraco Lumbo Sacro)		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	Espaldar		1 año	

**3.2. Órtesis para miembro superior**

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Renovación</b>	<b>Observaciones</b>
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	Ortesis 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**

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Renovación</b>	<b>Observaciones</b>
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.

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Renovación</b>	<b>Observaciones</b>
3.4.1.0	Calzados ortopédicos para		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	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: &gt; a 40 mm de Hg

Código	Descripción	Cobertura	Renovación	Observaciones
5.2.1.0	Prenda de compresión –guante		6 meses	
5.2.2.0	Prenda de compresión –manga		6 meses	
5.2.3.3	Prenda de compresión –media hasta		6 meses	2 pares
5.2.3.4	Prenda de compresión –media tipo		6 meses	2 pares
5.2.4.1	Prenda de compresión –media hasta		6 meses	2 pares
5.2.4.2	Prenda de compresión –media hasta		6 meses	2 pares
5.2.4.3	Prenda de compresión –media tipo		6 meses	2 pares
5.2.5.1	Prenda de compresión –media hasta		6 meses	2 pares
5.2.5.2	Prenda de compresión –media hasta		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	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	Renovación	Observaciones
5.7.2.0	Peluca de cabello natural tres largos		5 años	

**5.8. Ayudas para apnea del sueño**

Código	Descripción	Cobertura	Renovación	Observaciones
5.8.1.0	Aparato ventilatorio no invasivo		2 años	
5.8.2.0	Aparato ventilatorio no invasivo		2 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	Renovación	Observaciones
5.10.1.0	Placa oclusal		1 año	

**6. LENTES****6.1. Lentes comunes para adultos****Escala de Precios**

La escala de precios que se indica seguidamente es la vigente a partir del 1º de enero de 2016, la que 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:**

**LENTES DE CRISTALES COMUNES Y BIFOCALES:** (\*) Renovación cada dos años y en casos especiales dentro de éste período cuando hay un cambio de graduación mayor de un 15%. No se suministran otro tipo de lentes.

(\*\*) Presentar presupuestos

Código	Descripción	Cobertura	Renovación	Observaciones
6.1.1.1.	Lentes de cristales comunes	1.342	(*)	
6.1.1.2	Lentes de cristales de lejos	1342		
6.1.1.3.	Lentes de cristales bifocales	1821		
6.1.1.4.	Prismas o Lentes de Fresnel	(**)		

**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
  - ii. Astigmatismos mayores de 5 dioptrías
  - iii. 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
  - ii. Erosiones corneales
  - iii. Queratitis filamentosa
  - iv. Triquiasis
  - v. Quemaduras químicas
  - vi. Queratitis neuro paralíticas
  - vii. Pénfigo
  - viii. Alergias graves a material de lentes convencionales
  - ix. Problemas de adaptación de lentes convencionales por alteraciones anatómicas faciales.

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Renovación</b>	<b>Observaciones</b>
6.2.1.1	Lentes flexibles esféricos		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.1.2	Lentes flexibles tóricos o multicurvos		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.1.3	Lentes flexibles afáquicos		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.2.1	Lentes blandas esféricos		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.2.2	Lentes blandas tóricos o multicurvos		(*)	
	1 par			
	½ par			

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Renovación</b>	<b>Observaciones</b>
6.2.2.3	Lentes blandas afáquicos		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.3.0	Lentes blandas uso prolongado o		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.4.0	Lentes blandas teñidas filtrantes		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.5.1	Lentes gas permeables esféricos		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.5.2	Lentes gas permeables tóricos o		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.5.3	Lentes gas permeables afáquicos		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.6.1	Lentes alta permeabilidad esféricos		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.6.2	Lentes alta permeabilidad tóricos o		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.6.3	Lentes alta permeabilidad afáquicos		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.7.1	Lentes alta permeabilidad esféricos		(*)	
	1 par			
	½ par			
6.2.7.2	Lentes alta permeabilidad esféricos		(*)	
	1 par			
	½ par			

Código	Descripción	Cobertura	Renovación	Observaciones
6.2.8.0	Lentes cosméticas protésicas blandas		(*)	
	estándar esféricos			
	½ par			
6.2.9.0	Lentes cosméticas protésicas blandas		(*)	
	a medida esféricos			
	½ par			

## 12. LENTES PARA MENORES

### 12.1. Lentes comunes

#### Escala de Precios de cristales y armazón (precio unitario)

La escala de precios que se indica seguidamente corresponde al valor asignado a cada uno de los cristales y a los armazones, con vigencia a partir del 1º de enero de 2016, la que se ajustará semestralmente de la siguiente manera.

- c. 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.
- d. 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.
- e. 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 tramitaran como lentes de excepción con la presentación de 3 presupuestos.

#### 12.1.1. Cristales esféricos Orgánicos

Código	Descripción	Cobertura	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	(**)	(*)	

**12.1.2. Cristales Cilíndricos Combinados Orgánicos**

Código	Descripción	Cobertura en \$	Renovación	Observaciones
12.1.2.1	Cilíndrico 2 c/esf. Del 0.25 al 6 incl.	570	(*)	
12.1.2.2	Cilíndrico 2 c/esf. Del 6.25 al 8 incl.	828	(*)	
12.1.2.3	Cilíndrico 2 c/esf. Del 8.25 al 12 incl.	1.295	(*)	
12.1.2.4	Cilíndrico 2 c/esf. Del 12.25 en adelante	(**)	(*)	
12.1.2.5	Cilíndrico 4 c/esf. Del 0.25 al 6 incl.	949	(*)	
12.1.2.6	Cilíndrico 4 c/esf. Del 6.25 al 8 incl.	1.206	(*)	
12.1.2.7	Cilíndrico 4 c/esf. Del 8.25 al 12 incl.	1.296	(*)	
12.1.2.8	Cilíndrico 4 c/esf. Del 12.25 en adelante	(**)	(*)	
12.1.2.9	Cilíndrico 6 c/esf. Del 0.25 al 6 incl.	1.208	(*)	
12.1.2.10	Cilíndrico 6 c/esf. Del 6.25 al 8 incl.	1.242	(*)	
12.1.2.11	Cilíndrico 6 c/esf. Del 8.25 al 12 incl.	1.296	(*)	
12.1.2.12	Cilíndrico 6 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 +/-	2.072	(*)	
12.1.3.2	Cristales Bifocales Full-View hasta +/-	1.018	(*)	
12.1.3.3	Cristales Bifocales Kryptok hasta +/- 8	828	(*)	
12.1.3.4	Cristales Bifocales Kryptok	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**

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Renovación</b>	<b>Observaciones</b>
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**

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura en</b>	<b>Renovación</b>	<b>Observaciones</b>
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**

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura en \$</b>	<b>Renovación</b>	<b>Observaciones</b>
12.3.1.0	Estándar	137	(*)	
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**

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Renovación</b>	<b>Observaciones</b>
12.4.1.0	Armado completo de anteojos	243	(*)	
12.4.2.0	Por unidad	121		



**R.D. N° 16-23/2016.-**

**Montevideo, 1° de junio de 2016.-**

**CATÁLOGO OTORGAMIENTO DE  
PRESTACIONES SANITARIAS  
ORTOPROTÉSICAS - ACTUALIZACIÓN  
VERSIÓN 7.2  
Aprobación reincorporación de prótesis.-**

---

**GCIA. GRAL./1615**

**VISTO:** el planteamiento formulado en cuanto a la reincorporación en la nueva versión del Catálogo de Prestaciones Sanitarias Ortoprotésicas del BPS, de prótesis que sí estaban incluidas en versiones anteriores;

**RESULTANDO:** I) que por R.D. N° 334/2015, de 11.02.2015, se aprobó la versión 7.0 del Catálogo de Prestaciones Sanitarias Ortoprotésicas para afiliados activos, funcionarios de BPS, y para beneficiarios de la Gerencia Prestaciones de Salud;

II) que a efectos de las siguientes versiones del Catálogo el mismo prevé como criterio de actualización, que podrán incluirse nuevos productos que aporten una mejora terapéutica, en términos de seguridad y eficacia demostrada respecto a los ya incluidos, como consecuencia del avance científico y tecnológico así como el Nral 2°) de la citada R.D N° 334/2015, dispone que el Directorio autorizará en toda instancia en que dicho Catálogo deba ser modificado por inclusión o exclusión de prestaciones y productos sanitarios;

III) que por R.D N° 2529/2015, de 05.08.2015, se aprobó la versión 7.1 de Agosto 2015, del Catálogo, a efectos de incluir las sillas de ruedas manuales de aluminio y las sillas bipedestadoras (Código 4.1.3);

IV) que la Comisión Asesora de Prestaciones Ortoprotésicas informa que en las versiones 7.0 y 7.1 fueron omitidas ciertos tipos de prótesis, que sí estaban contempladas y aprobadas en versiones anteriores, tales como Muñequera (código 3.2.13.0), Tobillera (código 3.3.5.0), Rodillera (código 3.3.6), Talonera (código 3.3.10.0) y Venda elástica (código 5.2.9.0), así como los Cristales Cilíndricos Orgánicos Puros (código 12.1.5), que siendo los tipos de cristales más comúnmente recetados a menores por los servicios asistenciales de la Gerencia Prestaciones de Salud, fueron también excluidos de las versiones aprobadas oportunamente por lo que considera oportuno y necesario incluirlos en esta nueva versión;

V) que en definitiva el otorgamiento de las prestaciones en especie antes mencionadas redundarán en la recuperación psicofísica del trabajador solicitante, permitiendo su reincorporación laboral y el tipo de lentes recetados para menores, permitirá a los beneficiarios obtenerlos a través del sistema voucher; bajo la concepción que en este tipo de beneficios, la aplicación del principio de celeridad en el proceso administrativo cobra aún más importancia que en otro tipo de trámites;





**R.D. N° 16-23/2016.-**

**VI)** que la R.D N° 51/2016, de 02.03.2016, aprobó otorgar los beneficios de Prótesis, Ortesis y Lentes que brinda el BPS, a los funcionarios de la Administración Nacional de Educación Pública y de las Empresas Públicas, según acuerdos suscritos los días 21 y 23.12.2015, entre el MEF, MTSS, OPP, ANEP, OMSC, y los representantes de los Sindicatos de la enseñanza pública y de la Mesa Sindical Coordinadora de Entes; en iguales términos que el BPS brinda a sus beneficiarios las prestaciones previstas en el Catálogo de Prestaciones Sanitarias Ortoprotésicas de actualización periódica, según el correspondiente Reglamento y las correspondientes versiones aprobadas por el Cuerpo;

**VII)** que la Gerencia de Prestaciones de Salud y la Dirección Técnica de Prestaciones comparten la nueva versión del Catálogo;

**ATENCIÓN:** a lo expuesto precedentemente, a lo informado por la Comisión Asesora de Prestaciones Ortoprotésicas y a lo dispuesto por DecretoLey N° 14.407, del 22.07.1975, literal A del artículo 7, a lo dispuesto por el numeral 10 del artículo 4 de la Ley N° 15.800, del 17.01.1986, sus modificativas y concordantes, a lo dispuesto por el artículo 20 del Decreto Ley N° 15.084, del 28.11.1980, y Resoluciones en la materia del Organismo (R.D N° 3310/2002, de fecha 02.10.2002 y siguientes);

**EL DIRECTORIO DEL BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL**

**RESUELVE:**

- 1°) APRUÉBASE EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES SANITARIAS ORTOPROTÉSICAS (VERSIÓN 7.2) PARA AFILIADOS ACTIVOS, FUNCIONARIOS DEL BPS, PARA BENEFICIARIOS DE LA GERENCIA DE PRESTACIONES DE SALUD Y FUNCIONARIOS DE LA ANEP Y EMPRESAS PÚBLICAS, A EFECTOS DE INCLUIR EN LA NUEVA VERSIÓN LAS PRÓTESIS RESEÑADAS EN EL RESULTANDO IV CON SUS RESPECTIVOS CÓDIGOS.
- 2°) COMUNÍQUESE A LA GERENCIA GENERAL, A LA GERENCIA FINANZAS PARA LAS ACCIONES QUE LE COMPETEN EN CUANTO A LAS PARAMÉTRICAS Y PASE A LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE PRESTACIONES (GPRES Y GSAL) A SUS EFECTOS.

**EDUARDO GIORGI BONINI**  
Secretario General

/ia

**HEBER GALLI**  
Presidente

BPS	EXPEDIENTE N°
	2015-28-1-089893
Fecha:	13/06/2016 18:45:42
Tipo:	AG - Constancia Pase a Firma

AG - Constancia de Firma.

Firmantes		
Heber Galli	13/06/2016 18:45:39	Avala el documento
Eduardo Giorgi, Dr.	10/06/2016 11:31:14	Avala el documento