

ACTA DE LA REUNIÓN DE LA MESA DE CONTRATACIÓN CONSTITUIDA CON MOTIVO DE LA CONTRATACIÓN NO SUJETA A REGULACIÓN ARMONIZADA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA, EN RÉGIMEN AMBULATORIO, EN EL ÁMBITO TERRITORIAL DE LA ZONA SUR DE LA ISLA DE TENERIFE (ISLAS CANARIAS), PARA ASEPEYO, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 151.

Licitación pública convocada: Servicio de asistencia sanitaria hospitalaria, en régimen ambulatorio, en el ámbito territorial de la zona sur de la Isla de Tenerife (Islas Canarias), para ASEPEYO, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151.

Procedimiento: Abierto

Tramitación: Ordinaria

Forma: Contrato no sujeto a regulación armonizada y adjudicado a la oferta económica con mejor relación calidad-precio, sometida a varios criterios de adjudicación.

Fecha publicación Anuncios de licitación:

| Plataforma electrónica | Fecha envío | Fecha publicación | Núm. registro |
|---|-------------|-------------------|---------------------|
| Plataforma de Contratación del Sector Público | 18/06/2024 | 18/06/2024 | UUID 2024-000662109 |

Sesión: Segunda

Fecha: 1 de agosto de 2024

Hora de inicio: 09:00 horas

● **Asistentes:**

| | |
|------------|--|
| Presidente | Alberto López Zomeño, Director de Contratación. |
| Letrada | Clara Isabel Cañada Gómez, Directora del Área de Concertación Sanitaria. |
| Vocal | Jordi Lladós Prat, Técnico de la Dirección de Contratación |
| Secretaria | Rosa María Espinosa Romera, Abogado de la Dirección de Contratación. |

● **Orden del día:**

- ✓ Recepción de empresas interesadas.
- ✓ Apertura del sobre nº 2 y lectura de las proposiciones económicas y demás documentación cuya valoración esté sometida a formulas automáticas.
- ✓ Solicitud de Informe Técnico de Valoración
- ✓ Ruegos y preguntas.

● **Desarrollo de la sesión:**

1. Se reúne la Mesa de Contratación a las 09:00 horas, con la finalidad de proceder a la apertura de los sobres nº 2 de las empresas presentadas a la licitación pública de referencia, y que contienen la documentación cuya ponderación está sometida a fórmulas automáticas.

La secretaria da la bienvenida a los asistentes al acto, informándoles que dispondrán de los importes de las ofertas económicas presentadas en la Plataforma de Contratación del Sector Público, para facilitar el acceso a los interesados a dicha información y a los miembros de la Mesa, procediendo a continuación a la presentación del Presidente de la Mesa de Contratación.

2. El Presidente recuerda a los asistentes que en el análisis de la documentación general que esta Mesa examinó en la reunión del día 8 de julio de 2024, se constató el incumplimiento de los requisitos exigidos en el pliego de cláusulas administrativas particulares y el cuadro

de características por parte de la empresa licitadora, que se menciona en el acta de la reunión referida, a la que se instó para que aportara la documentación no presentada y requerida en los pliegos.

3. La empresa ha presentado en el plazo establecido la documentación solicitada, y revisada la misma se comprueba que la empresa afectada ha subsanado los errores detectados en tiempo y forma, y por lo tanto, queda admitida en la licitación.
4. El Presidente explica a los asistentes que en cumplimiento con lo establecido en el art. 145 de la LCSP no se entrega la puntuación resumida obtenida por las empresas licitadoras en relación a los criterios sometidos a juicio de valor al no contemplarse en la presente licitación ningún criterio de este tipo.
5. Se informa a los asistentes que se procederá a la apertura de los sobres núm. 2 presentados por las empresas aceptadas en la presente licitación y se revisará la documentación aportada.
6. El Presidente de la Mesa procede a explicar el procedimiento de lectura de las ofertas económicas y de los criterios sometidos a fórmula incluidos en los sobres nº 2.
7. El Presidente, con el visto bueno de los asistentes al acto público de la Mesa, da por leído el anuncio de licitación.
8. Antes de la apertura de los sobres, el Presidente insta a los asistentes a realizar cualquier consulta que crean oportuna. Ninguno de los asistentes formula preguntas.
9. A continuación, el Presidente de la Mesa procede a abrir los sobres núm. 2 de cada una de las empresas que han licitado.

Las ofertas económicas y demás criterios sometidos a fórmulas propuestas son las anexadas a la presente Acta.

10. Abiertas las ofertas presentadas y examinado el contenido de las mismas, la Mesa de Contratación acuerda instar a los técnicos de la Dirección de Contratación, a elaborar el Informe Técnico de Valoración correspondiente, mediante el cual, la Mesa de Contratación, como órgano de asistencia, asignará las puntuaciones obtenidas por las empresas licitadoras en relación con la documentación cuya valoración está sometida a los criterios sometidos a fórmulas automáticas.

El Presidente de la Mesa recuerda a los asistentes que la Dirección de Contratación, como responsable técnica del contrato, podrá solicitar cuantas aclaraciones crea oportunas para poder llevar a cabo una valoración transparente y que cumpla con los principios de igualdad de trato y no discriminación. Las solicitudes de aclaración se remitirán a la Mesa de Contratación, para su tramitación oportuna a las empresas afectadas.

11. Finalizada la lectura de las proposiciones económicas presentadas y no habiéndose formulado consulta alguna, se despide a las empresas licitadoras.
12. Finalmente, se recuerda a los asistentes que las ofertas económicas se publicarán en el perfil de contratante de la Mutua, en cumplimiento con los principios de publicidad y transparencia.
13. No hay preguntas ni comentarios que deban constar en acta.

Finalizado el examen de los sobres presentados, con las indicaciones mencionadas, a las 09:40 horas, el Presidente da por concluida la sesión, de la cual, como secretaria, levanto acta.

Firma

Visto bueno

Rosa María Espinosa Romera
Secretaria

Alberto López Zomeño
Presidente

Anexo

Ofertas económicas y demás criterios sometidos a fórmulas.

Contratación no sujeta a regulación armonizada de los Servicios de Asistencia Sanitaria Hospitalaria, para ASEPEYO, Mutua Colaboradora de la Seguridad Social nº 151, en el ámbito territorial de la zona sur de la isla de Tenerife (Islas Canarias).

OFERTA ECONÓMICA ACTUACIONES OBJETO DE VALORACIÓN

La clasificación de las actuaciones y/o actos médicos que se recoge en la presente oferta corresponden a la clasificación nomenclológica y de denominación de Actos y Técnicas Médicas publicada por el Prescribitorio Médico. Publicado en el IMBY.

Se deberán cumplimentar obligatoriamente las hojas relativas a: OFERTA ECONOMICA, NF PROVEEDOR - OTROS CRITERIOS SOCIÉTICOS A FÓRMULAS y las hojas correspondientes a las especialidades clínicas.

Se deberán cumplimentar obligatoriamente todas las casillas en amarillo de esta hoja.

xxxxx, con residencia en xxxx, provincia de SIC de Tenerife, con DNI/Nº xxxxxx, enterado de las condiciones y requisitos que se exigen para la adjudicación del contrato de asistencia sanitaria hospitalaria, se compromete en su propio nombre y derecho, en nombre de la empresa IDOC Hospitales y Sanidad, S.L., CIF B87324844, con domicilio en Adeje, Urbanización San Eugenio, s/n código postal 38660 y la cual representa, a nombre y en cargo la ejecución del citado contrato con respecto a los requisitos y condiciones que se exigen, aceptando incondicionalmente las cláusulas del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares y del Pliego de Prescripciones Técnicas. A los efectos de lo expresado en el párrafo anterior, se compromete a ejecutar el contrato de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Oferta económica del Servicio de Urgencias:

Ver inclusiones y exclusiones.

| | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------|-----------------------------|---------------------------|
| FORMAT DE URGENCIAS | 100,00 € | 100,00 € |

2. Estancias:

Ver inclusiones y exclusiones.

| | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|---|-----------------------------|---------------------------|
| ESTANCIA EN HABITACION INDIVIDUAL | 220,00 € | 220,00 € |
| SEDEA ESTANCIA EN HABITACION INDIVIDUAL | 110,00 € | 110,00 € |
| ESTANCIA EN CUO OPCIONAL | | 470,00 € |

3. Intervenciones quirúrgicas Cirugía General y Digestivo

Ver inclusiones y exclusiones.

| Se registra (incluido) por CMC | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|---|-----------------------------|---------------------------|
| SEÑAL DE EMERGENCIA (Inclusión y exclusión) | | |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO I) | 1.000,00 € | 1.000,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO II) | 1.500,00 € | 1.500,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO III) | 2.000,00 € | 2.000,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO IV) | 2.500,00 € | 2.500,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO V) | 3.000,00 € | 3.000,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO VI) | 3.500,00 € | 3.500,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO VII) | 4.000,00 € | 4.000,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO VIII) | 4.500,00 € | 4.500,00 € |

* El precio a aplicar por las intervenciones quirúrgicas será el mismo para todas las especialidades médicas, sean obligatorias o no obligatorias y la facturación se hará por procesos según los planes CMC, aplicándose las mismas inclusiones y exclusiones.

4. Intervenciones quirúrgicas de traumatología con médico cirujano de Asepeyo

| | Con médico cirujano de Asepeyo | | Con médico cirujano de Asepeyo que realiza estudios de Ayudante | |
|---|--------------------------------|---------------------------|---|---------------------------|
| | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (Inclusión y exclusión) | | | | |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO I) | 750,00 € | 750,00 € | 800,00 € | 800,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO II) | 1.000,00 € | 1.000,00 € | 1.000,00 € | 1.000,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO III) | 1.250,00 € | 1.250,00 € | 1.610,00 € | 1.610,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO IV) | 1.500,00 € | 1.500,00 € | 2.200,00 € | 2.200,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO V) | 1.750,00 € | 1.750,00 € | 2.550,00 € | 2.550,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO VI) | 2.000,00 € | 2.000,00 € | 3.200,00 € | 3.200,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO VII) | 2.250,00 € | 2.250,00 € | 4.000,00 € | 4.000,00 € |
| INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (GRUPO VIII) | 2.500,00 € | 2.500,00 € | 4.200,00 € | 4.200,00 € |

5. Consultas de especialistas

Ver inclusiones y exclusiones.

| | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| CONSULTAS DE ESPECIALISTAS | 50,00 € | 50,00 € |
| CONSULTAS SUBSIDIARIAS | 30,00 € | 30,00 € |

* El precio a aplicar por las consultas de especialistas será el mismo para todas las especialidades médicas, sean obligatorias o no obligatorias.

6. Enfermería:

Las tarifas de enfermería serán de aplicación para los casos derivados expresamente para las actuaciones de esta especialidad por parte de un médico de Asepeyo.

| | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------------|-----------------------------|---------------------------|
| CUIDA PLAZADO | 30,00 € | 30,00 € |
| CUIDA RESERVA | 10,00 € | 10,00 € |
| CUIDA URGENTE | 45,00 € | 45,00 € |
| CUIDA FAMILIAR | 5,00 € | 5,00 € |

7. Pruebas Diagnósticas:

Ver inclusiones y exclusiones.

| | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|---|-----------------------------|---------------------------|
| PRUEBAS DIAGNÓSTICAS - RADIODIAGNÓSTICO | | |
| RAYOS X DE ECHEGRAFÍA Y PROFECIGRAFÍA (107, 107A, 1081, 108A, 108B, 1091, 1093, 1094, 109B, 109C, 109D, 109E, 109F, 109G, 109H, 109I, 109J, 109K, 109L, 109M, 109N) | 18,00 € | 18,00 € |
| RAYOS X DE COMPLICACIONES PROFECIGRAFÍA RESERVA (107A, 107B, 107C, 108A, 108B, 108C, 108D, 108E, 108F, 108G, 108H, 108I, 108J, 108K, 108L, 108M, 108N, 108O) | 18,00 € | 18,00 € |
| ECG (120, 120B, 120C, 120D, 120E, 120F, 120G, 120H, 120I, 120J, 120K, 120L, 120M, 120N, 120O) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120B) CON LA LÍNEA III, aVF Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120C) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120D) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120E) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120F) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120G) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120H) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120I) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120J) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120K) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120L) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120M) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120N) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120O) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120P) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120Q) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120R) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120S) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120T) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120U) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120V) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120W) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120X) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120Y) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120Z) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AA) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AB) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AC) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AD) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AE) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AF) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AG) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AH) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AI) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AJ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AK) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AL) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AM) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AN) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AO) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AP) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AQ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AR) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AS) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AT) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AU) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AV) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AW) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AX) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AY) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120AZ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BA) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BB) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BC) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BD) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BE) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BF) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BG) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BH) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BI) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BJ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BK) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BL) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BM) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BN) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BO) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BP) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BQ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BR) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BS) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BT) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BU) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BV) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BW) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BX) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BY) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120BZ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CA) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CB) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CC) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CD) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CE) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CF) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CG) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CH) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CI) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CJ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CK) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CL) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CM) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CN) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CO) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CP) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CQ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CR) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CS) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CT) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CU) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CV) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CW) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CX) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CY) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120CZ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DA) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DB) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DC) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DD) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DE) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DF) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DG) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DH) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DI) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DJ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DK) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DL) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DM) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DN) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DO) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DP) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DQ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DR) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DS) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DT) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DU) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DV) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DW) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DX) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DY) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120DZ) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120EA) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120EB) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120EC) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120ED) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120EE) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120EF) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120EG) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120EH) CON LA LÍNEA I, aVL Y TII) | 25,00 € | 25,00 € |
| ECG (120EI) CON LA LÍNEA I, aVL Y | | |

Contratación no sujeta a regulación armonizada de los Servicios de Asistencia Sanitaria Hospitalaria, para ASEPEYO, Mutua Colaboradora de la Seguridad Social nº 151, en el ámbito territorial de la zona sur de la isla de Tenerife (Islas Canarias).

Se deberán cumplimentar obligatoriamente las hojas relativas a: INF.PROVEEDOR - OTROS CRITERIOS SOMETIDOS A FÓRMULAS, OFERTA ECONÓMICA y casillas color "amarillo" del presente fichero excel.

D.ºxxxxx, con residencia en xxxxx, provincia de S/ de Tenerife, con DNI nº xxxxxx, enterado de las condiciones y requisitos que se exigen para la adjudicación del contrato de Asistencia Sanitaria Hospitalaria y se compromete en su propio nombre y derecho / en nombre de la empresa IDCO Hospitales y Sanidad, S.L. CIF B87324844 con domicilio en Adeje, Urbanización San Eugenio, s/n, código postal 38660 a la cual representa, a tomar a su cargo la ejecución del citado contrato con estricta sujeción a los requisitos y condiciones que se exigen, aceptando incondicionalmente las cláusulas del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares y del Pliego de Prescripciones Técnicas. Y DECLARA disponer de los recursos materiales, personales y técnicos que se solicitan en los pliegos así como los que se indican en la presente oferta y a mantenerlos, en el supuesto de resultar adjudicatario, durante toda la vigencia del contrato y acreditarlo documentalmente de ser requerido para ello. A los efectos de lo expresado en el párrafo anterior, se compromete a ejecutar el contrato de acuerdo con las siguientes condiciones:

Razón Social: IDCO HOSPITALES Y SANIDAD, S.L. (HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE)
 NIF: B87324844

Centros ofertados

| Nombre del Centro ofertado | Dirección completa | Horario de apertura del centro | Teléfono | Fax | Email |
|--|------------------------------------|---|-----------|-----|--|
| HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | URBANIZACION SAN EUGENIO S/N | 24 Horas | 922752626 | | carmen.ramosa@quironsalud.es;ictaciones.tfe@quironsalud.es |
| CENTRO MEDICO QUIRONSALUD LOS CRISTIANOS | AVDA. AMSTERDAM, 3 EDIF.SAN MARINO | Jueves a Jueves de 8 a 21h // viernes de 8 a 20h. | 922757171 | | carmen.ramosa@quironsalud.es;ictaciones.tfe@quironsalud.es |
| | | | | | |

Plazas/accesos reservados exclusivamente para vehículos de transporte sanitario

| Centro ofertado (copiar nombre identificado en tabla inicial) | Número |
|---|--------|
| HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | 3 |
| | |
| | |

II. Recursos Técnicos y Materiales:

Nº de Equipos para pruebas diagnósticas.

| Centro ofertado (copiar nombre identificado en tabla inicial) | Equipos Ofertados | Número de equipos |
|---|---------------------------------|-------------------|
| HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | Ecógrafos | 7 |
| | Radiología convencional digital | 2 |
| | TAC | 1 |
| CENTRO MEDICO QUIRONSALUD LOS CRISTIANOS | Ecógrafos | 2 |
| | Radiología convencional digital | 1 |
| | TAC | 1 |
| | Ecógrafos | |
| | Radiología convencional digital | |
| | TAC | |

Descripción instalaciones destinadas al servicio

| Centro ofertado (copiar nombre identificado en tabla inicial) | Recursos Ofertados | Número |
|---|--|--------|
| HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | Nº quirófanos | 2 |
| | Box de urgencias | 7 |
| | Habitaciones individuales (con cama para acompañantes) | 57 |
| | Nº quirófanos | |
| | Box de urgencias | |
| | Habitaciones individuales (con cama para acompañantes) | |
| | Nº quirófanos | |
| | Box de urgencias | |
| | Habitaciones individuales (con cama para acompañantes) | |

| | |
|--|--|
| Nº quirófanos | |
| Box de urgencias | |
| Habitaciones individuales (con cama para acompañantes) | |

Especialidades obligatorias o mínimas, y personal ofertado

Se deben ofertar todas las especialidades obligatorias o mínimas, marcando el "SI" en la fila correspondiente.
 En caso de que la licitadora oferte más de un centro sanitario, se permite que entre todos los centros ofertados se tengan autorizadas la totalidad de las especialidades obligatorias.
 El licitador deberá ofertar un médico por cada especialidad obligatoria o mínima y por especialidad complementaria o no obligatoria ofertada, y personal de enfermería.

Los años de experiencia se deberán acreditar mediante certificados de ejecución (Documento firmado por el/los empresario/s o Administración para los que haya/n prestado servicios los profesionales ofertados por la empresa licitadora, en las técnicas sanitarias del objeto de la licitación y en el que se señalen los años de experiencia) junto a este Anexo V

| Especialidades | SI | Centro ofertado (copiar nombre (identificado en tabla inicial)) | Nombre y Apellidos del profesional | Titulación | Años Experiencia Acreditada |
|---|----|---|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Anestesia y Reanimación (U.35) | SI | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Anestesia y Reanimación | 7 |
| Cirugía general y digestivo (U.43) | SI | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Cirugía General y Digestivo | 40 |
| Cirugía Ortopédica y Traumatología (U.55) | SI | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Cirugía Ortopédica y Traumatología | 28 |
| Enfermería (U.2) | SI | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Enfermería | 6 |
| Radiodiagnóstico (U.88) | SI | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Radiodiagnóstico | 25 |
| Urgencias (U.68) | SI | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Urgencias | 27 |

Especialidades ofertadas no incluidas en el listado de especialidades mínimas

Se deberá marcar el "SI" o el "NO" en la fila correspondiente en función de si se oferta o no la especialidad.

| Especialidades | SI | NO | Centro ofertado en caso de indicar "SI" (copiar nombre identificado en tabla inicial) | Nombre y Apellidos del profesional | Titulación |
|---|----|----|---|------------------------------------|---|
| Alergología (U.6) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Alergología |
| Angiología y Cirugía Vascul (U. 39) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Angiología y Cirugía Vascul |
| Aparato digestivo (U.9) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Aparato digestivo |
| Cardiología (U.7) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Cardiología |
| Cirugía Cardíaca (U.40) | | NO | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | | |
| Cirugía maxilofacial (U.45) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Cirugía oral y Maxilofacial |
| Cirugía Plástica y Reparadora (U.46) | | NO | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | | |
| Cirugía torácica (U.42) | | NO | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | | |
| Dermatología (U.8) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Dermatología |
| Endocrinología (U.10) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Endocrinología |
| Fisioterapia (U.59) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Fisioterapia |
| Foniatría (U.62) | | NO | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | | |
| Ginecología y Obstetricia (U.26 y U.25) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Ginecología y Obstetricia |
| Hematología Clínica (U.79) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Hematología Clínica |
| Hemodinámica (U.41) | | NO | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | | |
| Logopedia (U.61) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Logopedia |
| Medicina intensiva (U.37) | | NO | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | | |
| Medicina interna (U.13) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Medicina Interna |
| Medicina Nuclear (U.87) | | NO | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | | |
| Nefrología (U.14) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Nefrología |
| Neumología (U.16) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Neumología |
| Neurocirugía (U.49) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Neurocirugía |
| Neurofisiología (U.18) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Neurofisiología |
| Neurología (U.17) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Neurología |
| Odontología (U.44) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Odontología |
| Oftalmología (U.50) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Oftalmología |
| Otorrinolaringología (U.52) | | NO | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | | |
| Podología (U.4) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Otorrinolaringología |
| Psicología Clínica (U.70) o Psicología General Sanitaria (U.90) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Psicología General Sanitaria |
| Psiquiatría (U.69) | | NO | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | | |
| Rehabilitación (U.57) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Rehabilitación |
| Reumatología (U.24) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Reumatología |
| Terapia Ocupacional (U.60) | | NO | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | | |
| Tratamiento del dolor (U.36) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor |
| Urología (U.53) | SI | | HOSPITAL QUIRONSALUD COSTA ADEJE | xxxxx | Urología |

III. Tiempos de ejecución

Se deberá indicar los mismos valores para todos los centros ofertados. En caso de indicar valores distintos según centro, se tomará de referencia el valor más alto (mayor nº de horas)

Actuaciones Diagnósticas-terapéuticas Patología Coronaria

Se considera optativa:

SI

| ACTUACIONES DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS PATOLOGÍA CORONARIA | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|---|---------------------------------|-------------------------------|
| CATETERISMO CARDÍACO, ANGIOCARDIOGRAFIA Y CORONARIOGRAFIA | 1.600,00 € | 1.600,00 € |
| ANGIOPLASTIA CORONARIA | 2.500,00 € | 2.500,00 € |
| ANGIOPLASTIA CORONARIA MAS COLOCACION DE STENT | 4.200,00 € | 4.200,00 € |
| CATETERISMO+CORONARIOGRAFÍA+ANGIOPLASTIA | 4.200,00 € | 4.200,00 € |
| CATETERISMO+CORONARIOGRAFÍA+ANGIOPLASTIA+COLOCACION STENT | 5.300,00 € | 5.300,00 € |

Alergología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 0008 | ESPIROMETRIA FORZADA. CURVAS FLUJO-VOLUMEN | 50,00 € | 50,00 € |
| 0007 | ESPIROMETRIA SIMPLE | 35,00 € | 35,00 € |
| 0009 | FOTOPATCH TEST | 35,00 € | 35,00 € |
| 2729 | PRUEBAS ALERGICAS EN INTRADERMORREACCION (IDR) | 70,00 € | 70,00 € |
| 0010 | PRUEBAS ALERGICAS EN PRICK (PRICK TEST) | 70,00 € | 70,00 € |
| 0011 | PRUEBAS DE BRONCODILATACION (BASAL Y TRAS BRONCODILATACION) | 100,00 € | 100,00 € |
| 0012 | PRUEBAS EPICUTANEAS (PATCH TEST) | 150,00 € | 150,00 € |
| | PRUEBAS EPICUTANEAS. BATERIA ESPECÍFICA | 180,00 € | 180,00 € |
| 0014 | RINOMANOMETRIA | 70,00 € | 70,00 € |
| 0016 | TEST DE HIPERACTIVIDAD/PROVOCACION BRONQUIAL INESPECÍFICA (BASAL Y CON METACOLINA, HISTAMINA O ESFUERZO) | 100,00 € | 100,00 € |

Anestesia y Reanimación

Se considera especialidad Obligatoria

SI

Debe presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

Preoperatorios

| | PREOPERATORIO (Actuación incluida en las tarifas por proceso Grupos OMC. De aplicación en casos esporádicos, cuando la intervención se realice por medios propios de Asepeyo u otras mutuas.) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|--|--------------------------|------------------------|
| | PREOPERATORIO. Tarifa única. Incluye: visita anestesia, placa de tórax, analítica y electrocardiograma. | 175,00 € | 175,00 € |

| | TECNICAS ESPECIALES O FUERA DEL ACTO QUIRURGICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|------|---|--------------------------|------------------------|
| 0531 | ANESTESIA GENERAL PRECISA PARA PRACTICA DE CUALQUIER BLOQUEO NO ESPECIFICADO | 175,00 € | 175,00 € |
| 0532 | AUTOTRANSFUSION PEROPERATORIA PREVIA HEMODILUCION NORMOVOLEMICA PREOPERATORIA | 175,00 € | 175,00 € |
| 0533 | CONTROL DOLOR POSTOPERATORIO MEDIANTE CATETERES PERIDURALES O AXILARES. IMPLANTE FUERA DEL ACTO ANESTESICO. TRATAMIENTO COMPLETO HASTA MAXIMO 7 DIAS | 175,00 € | 175,00 € |
| 0534 | CONTROL DOLOR POSTOPERATORIO MEDIANTE CATETERES PERIDURALES O DEL PLEXO BRAQUIAL (HABIENDO SIDO IMPLANTADOS EN EL ACTO QUIRURGICO). TRATAMIENTO COMPLETO HASTA MAXIMO 7 DIAS | 175,00 € | 175,00 € |
| 0535 | IMPLANTE DE CATETERES PARA REHABILITACION DEL MIEMBRO INFERIOR | 175,00 € | 175,00 € |
| 0536 | IMPLANTE DE CATETERES PARA REHABILITACION DEL MIEMBRO SUPERIOR | 175,00 € | 175,00 € |
| 0537 | INSTAURACION VIAS CENTRALES PARA VENOCLISIS EN PACIENTES NO ANESTESIADOS. FUERA ACTO QUIRURGICO | 175,00 € | 175,00 € |

Angiología y Cirugía Vascular

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 0544 | ECO-DOPPLER ARTERIAL EE.SS. O EE.II. | 120,00 € | 120,00 € |
| 0545 | ECO-DOPPLER DE ARTERIAS VISCERALES | 120,00 € | 120,00 € |
| 0546 | ECO-DOPPLER DE TRONCOS SUPRAAORTICOS | 120,00 € | 120,00 € |
| 2978 | ECO-DOPPLER VENOSO EE.SS. O EE.II. | 120,00 € | 120,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 1418 | ANGIOPLASTIA ARTERIAS VISCERALES | 2.100,00 € | 2.100,00 € |
| 1419 | ANGIOPLASTIA EN OCLUSION DE CAROTIDA O VERTEBRAL | 2.100,00 € | 2.100,00 € |
| 1420 | ANGIOPLASTIA SECTORES ILEOFEMORAL Y FEMOROPLOPITEO | 2.100,00 € | 2.100,00 € |
| 2462 | TRATAMIENTO FIBRINOLITICO | 900,00 € | 900,00 € |

| COD. ACT | INTERVENCIONES QUIRURGICAS (GRUPOS OMC) | Oferta intervenciones quirúrgicas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|----------|---|---|--|
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO I | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO II | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO III | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO IV | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO V | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VI | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VII | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VIII | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 1.050,00 € |
| 1.200,00 € |
| 1.900,00 € |
| 2.200,00 € |
| 2.700,00 € |
| 3.650,00 € |
| 4.200,00 € |
| 4.800,00 € |

Aparato Digestivo

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| 0606 | ANUSCOPIA CON BIOPSIA | 250,00 € | 250,00 € |
| 0608 | COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE) DIAGNOSTICA | 600,00 € | 600,00 € |
| 0618 | COLONOSCOPIA TOTAL (HASTA CIEGO) O ILEOSCOPIA. BIOPSIA | 500,00 € | 500,00 € |
| 2997 | ECOENDOSCOPIA. ECOGRAFIA ENDOLUMINAL | 500,00 € | 500,00 € |
| 1076 | ECOGRAFIA ABDOMINAL | 90,00 € | 90,00 € |
| 0694 | ECOGRAFIA TRANSRECTAL | 130,00 € | 130,00 € |
| 0614 | LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA. BIOPSIA | 500,00 € | 500,00 € |
| 0621 | RECTOSIGMOIDOSCOPIA. BIOPSIA | 250,00 € | 250,00 € |
| | PANENDOSCOPIA | 1.000,00 € | 1.000,00 € |
| | GASTROSCOPIA | 400,00 € | 400,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| 0629 | LAVADO GASTRICO | 300,00 € | 300,00 € |
| 0630 | PARACENTESIS. PUNCION EVACUADORA | 300,00 € | 300,00 € |
| 0627 | VARICES ESOFAGICAS. ESCLEROSIS ENDOSCOPICA (POR SESION) | 300,00 € | 300,00 € |

Cardiología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 0639 | ECOCARDIOGRAMA + DOPPLER COLOR | 120,00 € | 120,00 € |
| 3009 | ELECTROCARDIOGRAFIA E INFORME | 40,00 € | 40,00 € |
| 0643 | ERGOMETRIA (ECG DE ESFUERZO) | 150,00 € | 150,00 € |
| 0645 | HOLTER (E.C.G. DINAMICO) | 120,00 € | 120,00 € |

Cirugía Cardíaca

Se considera optativa:

| |
|----|
| SI |
|----|

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|
| 0650 | CAMBIO GENERADOR MARCAPASOS | | 520,00 € |

Cirugía General y Digestivo

Se considera especialidad Obligatoria

| |
|----|
| SI |
|----|

Debe presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 606 | ANUSCOPIA CON BIOPSIA | 250,00 € | 250,00 € |
| 683 | BIOPSIA CUTANEA, SUBCUTANEA O MUCOSA (EXTRACCION DE PIEZA A ESTUDIO) | 85,00 € | 85,00 € |
| 608 | COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE) DIAGNOSTICA | 600,00 € | 600,00 € |
| 618 | COLONOSCOPIA TOTAL (HASTA CIEGO) O ILEOSCOPIA. BIOPSIA | 500,00 € | 500,00 € |
| 2997 | ECOENDOSCOPIA. ECOGRAFIA ENDOLUMINAL | 500,00 € | 500,00 € |
| 1076 | ECOGRAFIA ABDOMINAL | 90,00 € | 90,00 € |
| 694 | ECOGRAFIA TRANSRECTAL | 130,00 € | 130,00 € |
| 614 | LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA. BIOPSIA | 500,00 € | 500,00 € |
| 621 | RECTOSIGMOIDOSCOPIA. BIOPSIA | 250,00 € | 250,00 € |
| | PANENDOSCOPIA | 1.000,00 € | 1.000,00 € |
| | GASTROSCOPIA | 400,00 € | 400,00 € |

| COD. ACT | INTERVENCIONES QUIRURGICAS (GRUPOS OMC) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO 0 | 700,00 € | 700,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO I | 1.050,00 € | 1.050,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO II | 1.200,00 € | 1.200,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO III | 1.900,00 € | 1.900,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO IV | 2.200,00 € | 2.200,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO V | 2.700,00 € | 2.700,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VI | 3.650,00 € | 3.650,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VII | 4.200,00 € | 4.200,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VIII | 4.800,00 € | 4.800,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| 0629 | LAVADO GASTRICO | 300,00 € | 300,00 € |
| 0630 | PARACENTESIS. PUNCIÓN EVACUADORA | 300,00 € | 300,00 € |
| 0627 | VARICES ESOFAGICAS. ESCLEROSIS ENDOSCOPICA (POR SESION) | 300,00 € | 300,00 € |

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Cirugía Maxilofacial

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|------------------------|--------------------------|------------------------|
|----------|------------------------|--------------------------|------------------------|

Traumatología y Cirugía Ortopédica

Se considera especialidad Obligatoria

SI

Debe presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| Consultas de especialistas | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------------------------|--|------------------------|
| PRIMERA CONSULTA | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| CONSULTAS SUCESIVAS | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

Intervenciones quirúrgicas grupos traumatológicos OMC (facturación por proceso)

| | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa unitaria máxima Con médico cirujano de Asepeyo como cirujano principal | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa unitaria máxima Con médico cirujano de Asepeyo como ayudante |
|---|--------------------------|--|-----------------------------|---|
| INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO 0 | 490,00 € | 490,00 € | 595,00 € | 595,00 € |
| INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO I | 735,00 € | 735,00 € | 890,00 € | 890,00 € |
| INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO II | 840,00 € | 840,00 € | 1.020,00 € | 1.020,00 € |
| INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO III | 1.330,00 € | 1.330,00 € | 1.615,00 € | 1.615,00 € |
| INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO IV | 1.540,00 € | 1.540,00 € | 1.870,00 € | 1.870,00 € |
| INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO V | 1.890,00 € | 1.890,00 € | 2.295,00 € | 2.295,00 € |
| INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VI | 2.555,00 € | 2.555,00 € | 3.015,00 € | 3.015,00 € |
| INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VII | 2.940,00 € | 2.940,00 € | 3.700,00 € | 3.700,00 € |
| INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VIII | 3.360,00 € | 3.360,00 € | 4.100,00 € | 4.100,00 € |

| PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|---|--------------------------|------------------------|
| ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA. BIOPSIA | 600,00 € | 600,00 € |
| BIOPSIA DE NERVIOS PERIFERICOS | 500,00 € | 500,00 € |
| BIOPSIA DE NERVIOS PERIFERICOS PERCUTANEA | 200,00 € | 200,00 € |
| BIOPSIA MUSCULAR O TENDINOSA | 400,00 € | 400,00 € |
| BIOPSIA OSEA CON ABORDAJE QUIRURGICO | 400,00 € | 400,00 € |
| BIOPSIA OSEA PERCUTANEA | 200,00 € | 200,00 € |

| ACTOS TERAPEUTICOS | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|--------------------------|------------------------|
| COLOCACION PERCUTANEA DE CLAVOS Y AGUJAS PARA TRACCIONES CONTINUAS | 150,00 € | 150,00 € |
| PUNCION EVACUADORA (ARTROCENTESIS, BOLSAS SINOVIALES), BIOPSIA | 150,00 € | 150,00 € |
| REDUCCION ORTOPEDICA E INMOVILIZACION DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES DE CODO, MUÑECA Y MANO | 150,00 € | 150,00 € |
| REDUCCION ORTOPEDICA E INMOVILIZACION DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES DE CINTURA ESCAPULAR, BRAZO Y ANTEBRAZO | 150,00 € | 150,00 € |
| REDUCCION ORTOPEDICA E INMOVILIZACION DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES DE RODILLA, TOBILLO Y PIE | 150,00 € | 150,00 € |
| REDUCCION ORTOPEDICA E INMOVILIZACION DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES DE PELVIS Y RAQUIS | 150,00 € | 150,00 € |
| REDUCCION ORTOPEDICA E INMOVILIZACION DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES DE PIERNA, CADERA Y FEMUR | 150,00 € | 150,00 € |
| REDUCCION ORTOPEDICA, OSTEOSINTESIS PERCUTANEA E INMOVILIZACION DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES DE ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO | 300,00 € | 300,00 € |
| REDUCCION ORTOPEDICA, OSTEOSINTESIS PERCUTANEA E INMOVILIZACION DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES DE CADERA, FEMUR Y RODILLA | 300,00 € | 300,00 € |
| REDUCCION ORTOPEDICA, OSTEOSINTESIS PERCUTANEA E INMOVILIZACION DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES DE CINTURA ESCAPULAR, BRAZO Y CODO | 300,00 € | 300,00 € |
| REDUCCION ORTOPEDICA, OSTEOSINTESIS PERCUTANEA E INMOVILIZACION DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES DE PELVIS Y RAQUIS | 300,00 € | 300,00 € |
| REDUCCION ORTOPEDICA, OSTEOSINTESIS PERCUTANEA E INMOVILIZACION DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES DE PIERNA, TOBILLO Y PIE | 300,00 € | 300,00 € |

| OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS O ACTOS TERAPÉUTICOS | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima cirujano proveedor | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima cirujano asepeyo |
|---|--------------------------|--|-----------------------------|--|
| INFILTRACION CON PRP | 800,00 € | 800,00 € | 600,00 € | 600,00 € |

| Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa unitaria máxima con medico cirujano proveedor |
|--------------------------|--|
| 700.00 | 700.00 |
| 1.050.00 | 1.050.00 |
| 1.200.00 | 1.200.00 |
| 1.900.00 | 1.900.00 |
| 2.200.00 | 2.200.00 |
| 2.700.00 | 2.700.00 |
| 3.650.00 | 3.650.00 |
| 4.200.00 | 4.200.00 |
| 4.800.00 | 4.800.00 |

Cirugía Plástica y Reparadora

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

Cirugía Torácica

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreada:

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

s en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Dermatología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|------------------------|--------------------------|------------------------|
|----------|------------------------|--------------------------|------------------------|

Endocrinología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones son

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 1457 | BIOPSIA POR AGUJA FINA DEL TIROIDES. DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA | 350,00 € | 350,00 € |

Resaltadas en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Enfermería

Se considera especialidad Obligatoria

SI

Debe presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| | | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|----------------|--|------------------------|
| | CURA PEQUEÑA | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 30,00 € |
| | CURA MEDIANA | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 35,00 € |
| | CURA GRANDE | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 45,00 € |
| | INYECTABLES | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 5,00 € |
| COD. ACT | | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
| | NEBULIZACIONES | 30,00 € | 30,00 € |

Fisioterapia

Se considera optativa:

SI

| | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|-----------------------------|---------------------------|
| SESION DE FISIOTERAPIA (incluyendo todas las técnicas) | 22,00 € | 22,00 € |

Foniatría

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones son

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

| COD. ACT | SESION REHABILITACION VOCAL | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| | SESION INDIVIDUAL DE REHABILITACION VOCAL | | 30,00 € |

ibreadas en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Ginecología y Obstetricia

Se considera optativa:

| |
|----|
| SI |
|----|

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1077 | ECOGRAFIA GINECOLOGICA | 90,00 € | 90,00 € |
| 1435 | ECOGRAFIA OBSTETRICA | 90,00 € | 90,00 € |
| 1439 | ECOGRAFIA TRANSVAGINAL | 90,00 € | 90,00 € |
| 1433 | ECOGRAFIA MAMARIA. | 90,00 € | 90,00 € |
| 1685 | MONITORIZACION MATERNO-FETAL | 90,00 € | 90,00 € |

Hematología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreada

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 3167 | ASPIRADO DE MEDULA OSEA | 180,00 € | 180,00 € |
| 1463 | BIOPSIA MEDULA OSEA POR PUNCION | 250,00 € | 250,00 € |
| 1464 | PRUEBAS CRUZADAS | 180,00 € | 180,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 2477 | SANGRIA TERAPEUTICA | 60,00 € | 60,00 € |
| 1472 | TRANSFUSION DE SANGRE O HEMODERIVADOS (POR UNIDAD) | 175,00 € | 175,00 € |

s en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Hemodinámica

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | PATOLOGIA CORONARIA | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |

en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Logopedia

Se considera optativa:

SI

| COD. ACT | SESION INDIVIDUAL | Tarifa Unitaria Ofertada |
|-------------|--------------------------------|-----------------------------|
| | SESION INDIVIDUAL DE LOGOPEDIA | 30,00 € |

| |
|-----------------------------------|
| Tarifa Unitaria Máxima |
| 30,00 € |

Medicina intensiva

Se considera optativa:

SI

Medicina interna

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

Medicina nuclear

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreada

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO - CARDIOLOGIA | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 1479 | GAMMAGRAFIA DE PERFUSION (ESFUERZO Y REPOSO) | | 400,00 € |
| 3177 | GAMMAGRAFIA DE PERFUSION (POSTESTIMULACION FISIOLÓGICA Y FARMACOLÓGICA) | | 400,00 € |
| 1481 | GAMMAGRAFIA MIOCÁRDICA CON Pirofosfatos | | 250,00 € |
| 3191 | TOMOGAMMAGRAFIA (SPECT) MIOCÁRDICA CON Pirofosfatos | | 275,00 € |
| 1480 | TOMOGAMMAGRAFIA (SPECT) MIOCÁRDICA DE PERFUSION (ESFUERZO Y REPOSO) | | 550,00 € |
| 3190 | TOMOGAMMAGRAFIA (SPECT) MIOCÁRDICA DE PERFUSION (POSTESTIMULACION FISIOLÓGICA Y FARMACOLÓGICA) | | 550,00 € |
| 1478 | VENTRICULOGRAFIA ISOTÓPICA DE EQUILIBRIO (ESFUERZO Y REPOSO) | | 400,00 € |
| 3194 | VENTRICULOGRAFIA ISOTÓPICA DE EQUILIBRIO (POSTESTIMULACION FISIOLÓGICA Y FARMACOLÓGICA) | | 400,00 € |
| 1477 | VENTRICULOGRAFIA ISOTÓPICA DE PRIMER PASO (ESFUERZO, REPOSO) | | 400,00 € |
| 3195 | VENTRICULOGRAFIA ISOTÓPICA DE PRIMER PASO (POSTESTIMULACION FISIOLÓGICA Y FARMACOLÓGICA) | | 400,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO - VASCULAR | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 1483 | FLEBOGAMMAGRAFIA | | 275,00 € |
| 1484 | GAMMAGRAFIA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR | | 275,00 € |
| 1485 | LINFOGAMMAGRAFIA | | 300,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO - ENDOCRINOLOGIA | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| 1486 | DETECCION DE METASTASIS TIROIDEAS. RASTREO GAMMAGRAFICO CON I-131 | | 650,00 € |
| 1488 | GAMMAGRAFIA DE PARATIROIDES | | 475,00 € |
| 1489 | GAMMAGRAFIA SUPRARENAL CORTICAL | | 1.100,00 € |
| 1490 | GAMMAGRAFIA SUPRARENAL MEDULAR | | 800,00 € |
| 1491 | GAMMAGRAFIA TIROIDEA | | 130,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO - GASTROENTEROLOGIA | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 1492 | ANGIOGAMMAGRAFIA HEPATO-ESPLENICA | | 250,00 € |
| 1494 | GAMMAGRAFIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA | | 350,00 € |
| 1493 | GAMMAGRAFIA DE HEMANGIOMAS GASTRO-INTESTINALES Y HEPATICOS | | 350,00 € |
| 1496 | GAMMAGRAFIA DE REFLUJO ENTEROGASTRICO | | 275,00 € |
| 1497 | GAMMAGRAFIA DE REFLUJO GASTROESOFAGICO | | 275,00 € |
| 3178 | GAMMAGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL | | 275,00 € |
| 1498 | GAMMAGRAFIA DE VACIAMIENTO GASTRICO | | 275,00 € |
| 1499 | GAMMAGRAFIA GLANDULAS SALIVARES | | 250,00 € |
| 3179 | GAMMAGRAFIA HEPATO-BILIAR POSTESTIMULACION FARMACOLÓGICA | | 300,00 € |
| 1501 | GAMMAGRAFIA HEPATO-ESPLENICA | | 300,00 € |
| 1495 | GAMMAGRAFIA PARA DETECCION MUJOSA GÁSTRICA ECTÓPICA | | 250,00 € |
| 3186 | TOMOGAMMAGRAFIA (SPECT) HEPATOESPLENICA | | 300,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO - APARATO GENITO URINARIO. NEFROLOGIA | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| 1502 | ANGIOGAMMAGRAFIA RENAL | | 150,00 € |
| 1504 | CISTOGAMMAGRAFIA (DIRECTA E INDIRECTA) | | 200,00 € |
| 1506 | GAMMAGRAFIA RENAL | | 250,00 € |
| 1508 | RENOGRAMA CON IECA (INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA) | | 250,00 € |
| 1505 | RENOGRAMA CON O SIN DIURETICO | | 250,00 € |
| 3188 | TOMOGAMMAGRAFIA (SPECT) RENAL | | 250,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO - HEMATOLOGIA | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1509 | GAMMAGRAFIA DE MEDULA OSEA | | 300,00 € |
| 1510 | GAMMAGRAFIA ESPLENICA | | 150,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO - NEUMOLOGIA | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1513 | GAMMAGRAFIA PULMONAR DE PERFUSION | | 200,00 € |
| 1514 | GAMMAGRAFIA PULMONAR DE VENTILACION | | 250,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO - NEUROLOGIA | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1516 | CISTERNOGAMMAGRAFIA | | 600,00 € |
| 1518 | TOMOGAMMAGRAFIA (SPECT) CEREBRAL | | 600,00 € |

| | | | |
|------|---|--|----------|
| 3184 | TOMOGAMMAGRAFIA (SPECT) CEREBRAL POSTESTIMULACION FARMACOLOGICA | | 600,00 € |
|------|---|--|----------|

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO - APARATO OSTEOARTICULAR | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|-----------------|--|---------------------------------|-------------------------------|
| 1520 | GAMMAGRAFIA OSEA | | 160,00 € |
| 3187 | TOMOGAMMAGRAFIA (SPECT) OSEA | | 250,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO - ONCOLOGIA | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|-----------------|---|---------------------------------|-------------------------------|
| 2696 | GAMMAGRAFIA CON LEUCOCITOS MARCADOS | | 700,00 € |
| 1523 | RASTREO GAMMAGRAFICO CON CLORURO DE TALIO TL-201 | | 500,00 € |
| 1525 | RASTREO GAMMAGRAFICO CON GA-67 | | 780,00 € |
| 3180 | RASTREO GAMMAGRAFICO CON MIBG I-131 | | 800,00 € |
| 1526 | RASTREO GAMMAGRAFICO CON MIBI TC-99 | | 600,00 € |
| 3181 | RASTREO GAMMAGRAFICO CON TETROFOSMIN TC-99 | | 1.000,00 € |
| 3182 | RASTREO GAMMAGRAFICO DE RECEPTORES DE SOMATOSTATINA | | 1.000,00 € |

| COD. ACT | OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS O ACTOS TERAPEUTICOS | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|-----------------|--|---------------------------------|-------------------------------|
| | PET TAC CEREBRAL | | 900,00 € |
| | PET TAC COMPLETO | | 1.000,00 € |
| | PET RMN CEREBRAL | | 900,00 € |
| | PET RMN COMPLETO | | 1.000,00 € |

is en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Nefrología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones son

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1074 | BIOPSIA RENAL PERCUTANEA | 240,00 € | 240,00 € |

Resaltadas en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Neumología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreada

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 1071 | BIOPSIA PLEURAL POR PUNCION | 200,00 € | 200,00 € |
| 1072 | BIOPSIA PULMONAR TRANSPARIETAL | 220,00 € | 220,00 € |
| 0008 | ESPIROMETRIA FORZADA. CURVAS FLUJO-VOLUMEN | 50,00 € | 50,00 € |
| 0007 | ESPIROMETRIA SIMPLE | 35,00 € | 35,00 € |
| 1079 | FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA CON BIOPSIA TRANSBRONQUIAL, CEPILLADO, BAS Y BAL | 250,00 € | 250,00 € |
| 3196 | FUERZA MUSCULAR CON PRESIONES MAXIMAS. PLETISMOGRAFIA RESPIRATORIA | 50,00 € | 50,00 € |
| 1538 | GASOMETRIA ARTERIAL | 40,00 € | 40,00 € |
| 0011 | PRUEBAS DE BRONCODILATACION (BASAL Y TRAS BRONCODILATACION) | 60,00 € | 60,00 € |
| 1539 | PRUEBAS DE DIFUSION PULMONAR (TRANSFERENCIA CO) | 70,00 € | 70,00 € |
| 0016 | TEST DE HIPERACTIVIDAD/PROVOCACION BRONQUIAL INESPECIFICA (BASAL Y CON METACOLINA, HISTAMINA O ESFUERZO) | 100,00 € | 100,00 € |
| 1080 | MEDIASTINOSCOPIA. BIOPSIA | 600,00 € | 600,00 € |
| 2490 | POLISOMNOGRAFIA RESPIRATORIA (AL MENOS TRES PARAMETROS) | 250,00 € | 250,00 € |
| 2698 | PULSIOXIMETRIA | 20,00 € | 20,00 € |
| 0015 | TEST DE PROVOCACION BRONQUIAL ESPECIFICA (BASAL Y TRAS RESPUESTA) | 200,00 € | 200,00 € |
| 1257 | TORACOSCOPIA DIAGNOSTICA. BIOPSIA | 400,00 € | 400,00 € |
| | DETERMINACION BRONQUIAL DE OXIDO NITRICO | - € | 50,00 € |
| | PRUEBA DE MARCHA DE 6 MINUTOS | - € | 150,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 1082 | BRONCOSCOPIA TERAPEUTICA. EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO O TAPON MUCOSO | 350,00 € | 350,00 € |
| 0663 | TORACOCENTESIS | 350,00 € | 350,00 € |

is en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Neurocirugía

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| 1655 | ELECTROENCEFALOGRAMA PEROPERATORIO | 120,00 € | 120,00 € |
| 1546 | ELECTROMIOGRAMA CUANTIFICADO+NEUROGRAFIA (pacientes hospitalizados) | 145,00 € | 145,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--------------------|--------------------------|------------------------|
| 1670 | PUNCION LUMBAR | 200,00 € | 200,00 € |

| COD. ACT | INTERVENCIONES QUIRURGICAS (GRUPOS OMC) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO 0 | 700,00 € | 700,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO I | 1.050,00 € | 1.050,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO II | 1.200,00 € | 1.200,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO III | 1.900,00 € | 1.900,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO IV | 2.200,00 € | 2.200,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO V | 2.700,00 € | 2.700,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VI | 3.650,00 € | 3.650,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VII | 4.200,00 € | 4.200,00 € |
| | INTERVENCIONES QUIRURGICAS - GRUPO VIII | 4.800,00 € | 4.800,00 € |

Neurofisiología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreada:

Neurología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Odontología. Pacientes hospitalizados

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

das en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Oftalmología (Pacientes hospitalarios)

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

Otorrinolaringología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

Podología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones son

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

| | OTRAS PRUEBAS O ACTOS TERAPEUTICOS | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| | ESTUDIO BIOMECÁNICO DE LA MARCHA | | 50,00 € |
| | PLANTILLAS A MEDIDA | | 130,00 € |

ibreadas en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Psicología Clínica / Psicología general sanitaria (Pacientes hospitalizados)

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreada

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

s en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Psiquiatría (Pacientes hospitalizados)

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | NO | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

Radiodiagnóstico

Se considera especialidad Obligatoria

SI

Debe presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| COD. ACT | RADIOLOGIA SIMPLE CABEZA, TRONCO Y MIEMBROS (OMC). | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|-------------|--|--------------------------|---------------------------|
| 1274 | CRANEO, SENOS. PROYECCIONES SUCESIVAS | 15,00 € | 15,00 € |

Rehabilitación

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreada

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

s en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Reumatología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo:

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 0683 | BIOPSIA CUTANEA, SUBCUTANEA O MUCOSA (EXTRACCION DE PIEZA A ESTUDIO) | 85,00 € | 85,00 € |
| 1431 | ECOGRAFIA ARTICULAR (INCLUYENDO CADERA) | 70,00 € | 70,00 € |
| 1434 | ECOGRAFIA MUSCULAR O TENDINOSA | 70,00 € | 70,00 € |

Terapia Ocupacional

Se considera optativa:

| |
|----|
| SI |
|----|

| SESION INDIVIDUAL | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------|
| SESION DE TERAPIA OCUPACIONAL | | 30,00 € |

Tratamiento del dolor

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada |
|--|----------------------------|---|--|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 2515 | BLOQUEO EPIDURAL DIFERENCIAL | 600,00 € | 600,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS - GRUPO I | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| 2521 | INFILTRACION DE PUNTOS GATILLO Y MUSCULO-TENDINOSOS | 210,00 € | 210,00 € |
| 1970 | SESION DE CONTROL PARA CATETERES PERICULARES | 210,00 € | 210,00 € |
| 1971 | SESION DE CONTROL PARA CATETERES PLEXO BRAQUIAL | 210,00 € | 210,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS - GRUPO II | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| 0531 | ANESTESIA GENERAL PRECISA PARA PRACTICA DE CUALQUIER BLOQUEO NO ESPECIFICADO | 400,00 € | 400,00 € |
| 1972 | BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICOS(CON ANESTESICOS LOCALES, ESTEROIDES,OPIOIDES O NEUROLITICOS) | 400,00 € | 400,00 € |
| 1975 | BLOQUEO NO NEUROLITICO SUBARACNOIDEO | 400,00 € | 400,00 € |
| 1976 | BLOQUEOS NO NEUROLITICOS RAMAS PRINCIPALES NERVIOS CRANEALES | 400,00 € | 400,00 € |
| 0534 | CONTROL DOLOR POSTOPERATORIO MEDIANTE CATETERES PERIDURALES O DEL PLEXO BRAQUIAL (HABIENDO SIDO IMPLANTADOS EN EL ACTO QUIRURGICO). TRATAMIENTO COMPLETO HASTA MAXIMO 7 DIAS | 550,00 € | 550,00 € |
| 2522 | CONTROL Y SELLADO DE RESERVORIO VENOSO O ESPINAL | 75,00 € | 75,00 € |
| 2523 | FRIJO LOCAL, MESOTERAPIA Y ESTIRAMIENTO (MAXIMO 2 TRATAMIENTOS, C/U CON UN MAXIMO DE 7 SESIONES). MONITORIZACION | 375,00 € | 375,00 € |
| 2524 | IONTOFORESIS (MAXIMO 2 TRATAMIENTOS, C/U CON UN MAXIMO DE 7 SESIONES). MONITORIZACION | 300,00 € | 300,00 € |
| 1977 | TEST Y TRATAMIENTO INTRAVENOSO (MAXIMO 2 TRATAMIENTOS, C/U CON UN MAXIMO DE 7 SESIONES). MONITORIZACION | 375,00 € | 375,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS - GRUPO III | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 0533 | CONTROL DOLOR POSTOPERATORIO MEDIANTE CATETERES PERIDURALES O AXILARES. IMPLANTE FUERA DEL ACTO ANESTESICO. TRATAMIENTO COMPLETO HASTA MAXIMO 7 DIAS | 550,00 € | 550,00 € |
| 0536 | COLOCACION DE CATETER AXILAR O EN PLEXO BRAQUIAL | 200,00 € | 200,00 € |
| 1978 | ANESTESIA PARA ESTIMULACION MEDULAR,HIPOFISECTOMIA QUIMICA O EPIDUROLISIS Y RADIOFRECUENCIA | 420,00 € | 420,00 € |
| 1979 | BLOQUEO REGIONAL I.V CON ISQUEMIA Y ANTIHIPERTENSIVOS. MAXIMO DE 7 DIAS | 600,00 € | 600,00 € |
| 1980 | BLOQUEO NO NEUROLITICO ESPLACNICO | 400,00 € | 400,00 € |
| 1981 | BLOQUEO NO NEUROLITICO SIMPATICO LUMBAR | 545,00 € | 545,00 € |
| 1982 | BLOQUEOS NO NEUROLITICO EPIDURAL | 400,00 € | 400,00 € |
| 1983 | P.C.A. ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE MEDIANTE BOMBAS DE | 600,00 € | 600,00 € |
| 1984 | BLOQUEO SIMPATICO CERVICO-TORACICO (GANGLIO ESTRELLADO) (MAXIMO 2 TRATAMIENTOS, C/U CON UN MAXIMO DE 7 SESIONES). MONITORIZACION | 600,00 € | 600,00 € |
| 2525 | BLOQUEO ARTICULAR DE LA RODILLA | 350,00 € | 350,00 € |
| 2526 | BLOQUEO ARTICULAR DEL HOMBRO | 350,00 € | 350,00 € |
| 2527 | BLOQUEO DEL GANGLIO ESFENO-PALATINO (MAXIMO 2 TRATAMIENTOS, C/U CON UN MAXIMO DE 7 SESIONES). MONITORIZACION | 435,00 € | 435,00 € |
| 2528 | ESTIMULACION MEDULAR: CONTROL, TELEMETRIA, PROGRAMACION | 400,00 € | 400,00 € |
| 2529 | PARCHE HEMATICO EPIDURAL | 600,00 € | 600,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS - GRUPO IV | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|---|--------------------------|------------------------|
| 2530 | BLOQUEO DE LA ARTICULACION COXO-FEMORAL | 350,00 € | 350,00 € |
| 2531 | BLOQUEO DE LAS FACETAS LUMBARES | 850,00 € | 850,00 € |
| 2535 | RESERVORIO VENOSO | 500,00 € | 500,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS - GRUPO V | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| 1985 | ELECTRODO EPIDURAL PARA ESTIMULACION MEDULAR | 400,00 € | 400,00 € |
| 1987 | BLOQUEO DEL PLEXO CELIACO Y ESPLACNICOS | 600,00 € | 600,00 € |
| 1990 | BLOQUEO EPIDURAL NEUROLITICO | 650,00 € | 650,00 € |
| 2536 | BLOQUEO DEL PLEXO HIPOGASTRICO | 400,00 € | 400,00 € |

| COD. ACT | ACTOS TERAPEUTICOS - GRUPO VI | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|-------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1988 | SIMPATECTOMIA QUIMICA LUMBAR | 400,00 € | 400,00 € |

| | | | |
|------|---|----------|----------|
| 1996 | RESERVORIO INTRATECAL CERVICAL | 850,00 € | 850,00 € |
| 1997 | RADIOFRECUENCIA Y TERAPEUTICAS SOBRE EL GANGLIO DE GASSER | 850,00 € | 850,00 € |
| 2537 | CORDOTOMIA CERVICAL PERCUTANEA | 850,00 € | 850,00 € |
| 2539 | RADIOFRECUENCIA DE ARTICULACIONES VERTEBRALES POSTERIORES Y NERVIOS PERIFERICOS | 850,00 € | 850,00 € |
| 2540 | RADIOFRECUENCIA DE CADERA SIMPATICA CERVICAL, TORACICA, LUMBAR Y | 950,00 € | 950,00 € |
| 2541 | RADIOFRECUENCIA DEL DISCO INTERVERTEBRAL | 950,00 € | 950,00 € |

en amarillo:

| Tarifa Unitaria Máxima |
|---------------------------|
| 70,00 € |
| 50,00 € |

Urgencias

Se considera especialidad Obligatoria

SI

| | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------------------|--|------------------------|
| FORFAIT DE URGENCIAS | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 120,00 € |

Incluye (además de las inclusiones generales contempladas)

Inmovilizaciones con yeso para tto de Fx y /o luxaciones de cualquier localizacion

Inmovilizaciones con yeso para tto de lesiones partes blandas, articulares y periarticulares

Retiradas de yesos

Urología

Se considera optativa:

SI

Si el proveedor oferta esta prestación, deberá presentar la tarifa para cada una de las actuaciones sombreadas en amarillo

| | Consultas de especialistas | Oferta consultas de especialistas (SI/NO) | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|--|----------------------------|---|--|------------------------|
| | PRIMERA CONSULTA | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 70,00 € |
| | CONSULTAS SUCESIVAS | SI | Se aplicará la tarifa indicada en "Oferta económica" | 50,00 € |

| COD. ACT | PRUEBAS DE DIAGNOSTICO | Tarifa Unitaria Ofertada | Tarifa Unitaria Máxima |
|----------|------------------------|--------------------------|------------------------|
|----------|------------------------|--------------------------|------------------------|