

AUMENTO DE MAMAS
INCLUYE IMPLANTES

\$47,000.00 M.N.

Incluye I.V.A, 3 y 6 MSI

HOSPITALIZACIÓN

CANT.	DESCRIPCIÓN
1	CAMA DE CORTA ESTANCIA POR HORA
3	CAMA DE CORTA ESTANCIA POR HORA ADICIONAL
1	BRAZALETE IDENTIFICADOR
1	ROPA DE CAMA P/ UN ACOMPAÑANTE

QUIRÓFANO Y EQUIPO BIOMÉDICO

CANT.	DESCRIPCIÓN
2	ASPIRADOR POR HORA
1	ELECTROCAUTERIO POR USO
1	EQUIPO PARA ASEO
1	MÁQUINA DE ANESTESIA POR USO
2	MONITOR BÁSICO POR HORA
2	OXÍGENO POR HORA
2	QUIRÓFANO SALA POR HORA

ANESTESIA

CANT.	DESCRIPCIÓN
1	ONDANSETRON 8MG / SOL INY
1	LUFUREN 50MG/5ML SOL INY
2	SEVORANE POR HORA
1	PROPOFOL (FRESEFOL) 20ML SOL INY

INSUMOS QUIRÚRGICOS

CANT.	DESCRIPCIÓN
3	AGUJA ROSA 18 X 38
1	CANULA DE GUEDEL NUM 5 ROJA (100MM)
3	CEPILLO PARA CIRUJANO CON JABÓN
1	COMPRESAS PARA VIENTE C/ 5 ESTÉRIL
1	CIRCUITO PARA ANESTESIA ADULTO CON VENTILACIÓN
1	DRENOVAC 1/8
2	EQUIPO FLEBOTEK NORMOGOTERO
1	GASA 10 X 10 ESTÉRIL C/5
1	GASA 10 X 10 ESTÉRIL CON TRAMA C/10
1	INSYTE #18 VERDE
1	INSYTE #20 ROSA
1	JERINGA 10ML
1	JERINGA 5ML
4	JERINGA 20ML
1	LLAVE 3 VÍAS SIN EXTENSIÓN
1	LÁPIZ PARA ELECTROCAUTERIO CONMED
1	PLACA PARA ELECTROCAUTERIO AD CONMED
1	PUNTAS NAsALES PARA OXÍGENO ADULTO
1	TEGADERM IV 6.5 X 7 CM

INSUMOS QUIRÚRGICOS

CANT	DESCRIPCIÓN
1	TUBO ENDOTRAQUEAL CON GLOBO 6.5 FR

SUTURAS

CANT.	DESCRIPCIÓN
2	MONOCRYL 3-0 SH Y316H
1	MONOCRYL 2-0 SH Y317H
1	NYLON (DERMALON) 2-0 PE2642-75N ATRAMAT

MEDICAMENTOS Y OTROS INSUMOS

CANT.	DESCRIPCIÓN
1	CLORURO DE SODIO 50 ML
1	CLORURO DE SODIO 100 ML
1	CLORURO DE SODIO 250 ML
1	HARTMANN 1000 ML
1	CEFTRIAXONA 1 G SOL INY
2	KETOROLACO 30MG SOL INY
1	LIDOCAÍNA CON EPINEFRINA 2% SOL INY FCO 50ML (PISACAÍNA)
1	ACIDO TRANEXAMICO FA. 10 ML 1000MG

ROPA

CANT.	DESCRIPCIÓN
3	BATA PARA CIRUJANO HINDERNIS L
2	CUBRECAMA DESECHABLE
1	EQUIPO CIRUGIA UNIVERSAL HINDERNIS H17B01-AN1
3	GUANTES PARA CIRUJANO NO 6.5
1	GUANTES PARA CIRUJANO NO 7

MATERIAL ESPECIAL

CANT.	DESCRIPCIÓN
1	IMPLANTES DE MAMA
1	EQUIPO DE INSTRUMENTAL

PAQUETE VÁLIDO ÚNICAMENTE CON MÉDICOS EN CONVENIO.

PARA HACER USO DE ESTE PAQUETE SE DEBE HACER UNA CITA DE VALORACIÓN PREVIA CON NUESTRO MÉDICO ESPECIALISTA.

ESTE PAQUETE **NO INCLUYE:**

- HONORARIOS MÉDICOS
- MATERIAL ESPECIAL NO ESPECIFICADO .
- SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA.
- SERVICIOS DE LABORATORIO O IMAGENOLÓGIA NO ESPECIFICADOS.
- LOS PROCEDIMIENTOS DERIVADOS DE ALGUNA COMPLICACIÓN NO SE ENCUENTRAN CONTEMPLADOS EN ESTE PAQUETE.

EN CASO DE INCURRIR EN GASTOS EXTRAS, ESTOS SE AGREGARÁN AL ESTADO DE CUENTA FINAL CON BASE EN LA LISTA DE PRECIOS VIGENTE. (TIEMPO QUIRÚRGICO ADICIONAL, DÍAS EXTRAS DE HOSPITALIZACIÓN, ADICIONALES EN MATERIAL QUIRÚRGICO, DE CURACIÓN, MEDICAMENTOS, ENTRE OTROS)

ESTE PAQUETE YA INCLUYE IVA

NO SE REALIZARÁN REEMBOLSOS DE MATERIALES, MEDICAMENTOS O SERVICIOS NO UTILIZADOS DEL PAQUETE.

PARA APLICAR ESTE PAQUETE, ANTES DEL INGRESO DEBE:

- NOTIFICAR EN ADMISIÓN EL USO DEL PAQUETE,
 - CONTRATARLO Y FIRMAR LA ACEPTACIÓN DEL PAQUETE,
 - DEJAR UN ANTICIPO.
- DE LO CONTRARIO, UNA VEZ INGRESADO, NO PODRÁ HACER USO DE ESTE PAQUETE.

ESTE PAQUETE NO APLICA PARA ASEGURADORAS O TRÁMITES DE REEMBOLSO.

APLICAN RESTRICCIONES.
VIGENCIA HASTA 31 DE MARZO DE 2025.