

PLAN MEDICAL EMPRESARIAL

Servicios con Cobertura	Cantidad
Cobertura Ambulatoria:	
• Consultas en consultorio	Ilimitada
• Estudios Laboratoriales de rutina (anexo I)	Ilimitados
• Estudios Laboratoriales especializados (anexo I)	Ilimitados
• Radiología simple (anexo II)	Ilimitada
• Radiología contrastada (anexo III)	Ilimitada
• Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)	Ilimitados
• Ecografías Medicina Interna (anexo IV)	Ilimitadas
• Estudios de Salud Fetal	Ilimitados
• Honorarios Anestesiólogo en estudios diagnósticos	Ilimitado
• Fisioterapia Traumática (anexo V)	20 ses/benef/año/Cto.
• Urgencias en Sanatorio <ul style="list-style-type: none"> ○ Consulta con médico de guardia ○ Procedimientos con médico de guardia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suturas ▪ Curaciones ▪ Extracción de cuerpos extraños ▪ Drenajes de abscesos ▪ Taponamiento nasal ○ Electrocardiograma ○ Medicamentos y descartables: ○ Servicios de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nebulizaciones con medicamentos ▪ Aplicación de inyectables ▪ Toma de Presión Arterial ▪ Enema 	Hasta Gs. 50.000
• Servicio Domiciliario Asunción y Gran Asunción <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultas ○ Atención de urgencias y/o emergencias ○ Medicamentos y descartables utilizados ○ Electrocardiograma 	Ilimitado
• Traslados en ambulancia Asunción y Gran Asunción	Ilimitado
Cobertura Sanatorial:	
○ Unidad cama: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgencia ▪ Programadas 	30 días benef/año/Cto.
○ Honorarios médicos Clínicos y/o Quirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgencia ▪ Programadas 	
○ Anatomía Patológica, biopsias simples	
○ Transfusiones sanguíneas (honorarios) por evento	Hasta 10
○ Derechos Operatorios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgencia ▪ Programados 	

Servicios con Cobertura**Cantidad**

- Uso de equipo de videolaparoscopia
- Uso de equipo de artroscopia
- Medicamentos y descartables por evento Hasta Gs. 600.000
- Unidad de Terapia Intensiva 15 días benef/año/Cto.
 - Adultos: Sanatorio San Roque, La Costa y Santa Julia
 - Pediátrica/Neonatal: Sanatorio La Costa
 - Honorarios Terapista en convenio
 - Estudios Laboratoriales (anexo I)
 - Estudios Radiológicos (anexo II)
 - Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)
 - Ecografías (anexo IV)

Cobertura de Maternidad:

- Internación de la madre Según indicación Médica
- Nursery Según indicación médica
- Uso de Carpa de Oxígeno, Luminoterapia e incubadora Hasta 15 días
- Derecho a sala de parto o quirófano
- Honorarios Médicos:
 - Obstetra
 - Ayudantes (Cesárea)
 - Pediatra
 - Anestesiólogo
 - Transfusionista (Cesárea)
- Medicamentos y descartables (evento sin complicaciones) Hasta Gs. 600.000
- Estudios Laboratoriales (anexo I)
- Estudios Radiológicos (anexo II)
- Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)
- Ecografías (anexo IV)

CARENCIAS ESTABLECIDAS PARA:

- Cobertura de Maternidad: 300 días
- Cobertura de Cirugías Programadas: 150 días

CONDICIONES GENERALES DE PRESTACION Y BENEFICIOS PLAN MEDICAL EMPRESARIAL

Este documento contempla las condiciones generales que rigen la contratación de la Cobertura Médica Sanatorial bajo el sistema de Medicina prepaga de la **Empresa Asismed S.A.**

1. DE LOS DISTINTOS PLANES MEDICOS DE COBERTURA Y DE SUS ALCANCES:

1.1. PLAN MEDICAL EMPRESARIAL

2. REQUISITOS:

- 2.1. El interesado en contratar un determinado Plan de cobertura médica, deberá llenar la solicitud de admisión provista por la Empresa, respondiendo en forma fidedigna a todos los datos solicitados.
- 2.2. En la solicitud, manifestará bajo la forma de Declaración Jurada el estado de salud en que se encuentre, indicando enfermedades actuales y/o crónicas o estado de gravedad. En caso de que le sea requerido, deberá presentar certificación médica actualizada y si hubiese lugar, estudios diagnósticos complementarios.
- 2.3. La presentación de la solicitud por parte del interesado, implica el conocimiento y aceptación por parte del mismo, de las condiciones generales establecidas en este documento y de las particularidades contenidas en el Contrato y demás documentos integrantes del mismo.

3. DEFINICIONES:

- 3.1. **ACCIDENTE:** Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevisto, fortuito, súbito y violento por cuya consecuencia un beneficiario puede sufrir lesiones corporales que requieran atención médica o le causen la muerte.
- 3.2. **LTA:**Acto médico que determina la finalización de la modalidad de asistencia que venía siendo prestada al paciente hasta el momento, por cura, mejoría, inalteración, por pedido o transferencia. El paciente podrá, si hace falta, pasar a recibir otra modalidad de asistencia, sea en el mismo establecimiento, en otro o en el propio domicilio.
- 3.3. **ARANCEL DIFERENCIADO (A.D):** Es el valor establecido en convenio con los profesionales médicos e instituciones prestadoras de servicios, respecto de una prestación que no cuenta con cobertura. Este Arancel en todos los casos será de cargo del Beneficiario en su totalidad.
- 3.4. **ASISTENCIA AMBULATORIA:** Modalidad de actuación realizada por uno o más integrantes del equipo de salud a pacientes en régimen de no internación.
- 3.5. **BENEFICIARIO:** Se denomina en modo general a la persona física que es sujeto de una prestación médica o sanatorial conforme al Plan de Cobertura Médica contratado.
- 3.6. **BENEFICIARIO TITULAR:** Es la persona física que contrata uno de los planes de cobertura médica.
- 3.7. **BENEFICIARIO ASOCIADO, FUNCIONARIO O EMPLEADO:** Se denomina así al asociado, funcionario o empleado de la Contratante – en caso de Personas Jurídicas - del Plan de cobertura médica, y titular del grupo familiar.
- 3.8. **BENEFICIARIOS ADICIONALES O ADHERENTES:** Se denomina así a los familiares del Beneficiario Titular o a los familiares de los asociados, funcionarios o empleados en caso de persona jurídica, y que forman parte de su grupo familiar.
- 3.9. **COBERTURA MEDICA:** Designa al conjunto de prestaciones médicas contemplados en el/los Plan/es ofrecidos por la Empresa a sus beneficiarios y que incluyen, consultas, análisis, exámenes diagnósticos e internaciones en sanatorio, según el plan elegido y a los que tiene derecho, mediante el pago de una cuota mensual
- 3.10. **COBERTURA BÁSICA:** Es el conjunto de beneficios contemplados en el Plan Básico que el Beneficiario tiene contratado con la Empresa.
- 3.11. **COBERTURA OPCIONAL:** son los beneficios adicionales y complementarios a la cobertura básica que el beneficiario titular puede o no contratar de acuerdo a sus necesidades.
- 3.12. **CONDICIONES GENERALES :** son todas aquellas condiciones que se encuentran establecidas en el Contrato de Cobertura Médica conforme al Plan elegido por el Beneficiario, y que van a regir la relación entre la Empresa y el beneficiario/paciente.
- 3.13. **CO-PAGO:** Es el monto de dinero que el beneficiario debe abonar al prestador en convenio al momento de

recibir una prestación que no cuenta con cobertura total. Este monto puede ser un porcentaje del costo de la prestación o un valor fijo.

3.14. **EGRESO HOSPITALARIO:**

3.15. Paciente que deja el establecimiento/servicio hospitalario, ya sea por alta, por defunción (óbito), o por traslado (transferencia).

3.16. **ENFERMEDAD:** Se entenderá por enfermedad a toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

3.17. **ENFERMEDAD O CONDICION PRE-EXISTENTE:** Es aquella que fue diagnosticada por un médico o que presentó síntomas, desórdenes y/o signos evidentes, antes de la incorporación del beneficiario. Estas condiciones deben ser manifestadas por el beneficiario en la Declaración Jurada de Salud para su evaluación por parte de ASISMED a través de su Departamento Médico.

3.18. **ENFERMEDADES O DESORDENES CONGENITOS:** Son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten.

3.19. **ENFERMEDADES CRÓNICAS:** Son aquellas persistentes o que continúan durante un período de tiempo igual o superior a 6 semanas.

3.20. **EVENTO:** Para efectos del presente Contrato se entiende por Evento "a todo suceso relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones, hasta tanto no se hayan resuelto e independientemente de la cantidad de internaciones y/o procedimientos médico-quirúrgicos que requiera, inclusive en las sucesivas o alternadas renovaciones.

3.21. **EXCLUSIONES:** Se denomina así a todos los eventos que no se encuentran cubiertos por el plan de cobertura médica, y que se encuentran detallados en las Condiciones generales del plan, sean ellos circunstancias, gastos, padecimientos, procedimientos y/o tratamientos.

3.22. **HOSPITAL/SANATORIO:** Establecimiento de salud destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen de internación a la población pudiendo disponer de asistencia ambulatoria u otros servicios.

3.23. **INTERNACION:** Admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período igual o mayor a 24 horas.

3.24. **LAS ALTERACIONES O ENFERMEDADES** Que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. No se considerará como enfermedad a las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el beneficiario/paciente.

3.25. **NIVELES:** Valor arancelado pactado entre la Empresa y el Prestador.

3.26. **PACIENTE INTERNADO:** Paciente que, admitido en el hospital, pasa a ocupar una cama por un período mayor de 24 horas.

3.27. **PERIODO DE CARENCIA:** Es el tiempo que debe transcurrir a partir del día de aceptación de su incorporación como beneficiario para gozar de los distintos servicios contemplados en el Plan contratado. Durante este período los servicios sujetos a carencia de cobertura se beneficiaran con Aranceles Diferenciados.

3.28. **PLAN DE SALUD:** Es el Menú de Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Diagnósticas establecidas en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado.

3.29. **PRESTADORES EN CONVENIO:** Son los profesionales médicos con los cuales Asismed ha celebrado convenios arancelarios, cuyos nombres, domicilio y número telefónico se encuentran detallados por especialidad en la Agenda/Guía de Profesionales Médicos, y ante quienes el beneficiario puede acudir a su libre elección y de conformidad al Plan de Cobertura médica contratada.

3.30. **URGENCIA MÉDICA:** Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

4. **IDENTIFICACION:**

4.1. La Empresa proporcionará a cada Beneficiario, una Tarjeta/Credencial de Identificación de propiedad de la Empresa, de carácter intransferible, que lo acreditará como tal y que deberá exhibir conjuntamente con su Documento de Identidad toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos por el Plan.

4.2. La Tarjeta/Credencial de Identificación consignará:

4.2.1. Nombre del Beneficiario, sea Titular o Adicional.

4.2.2. Número de Cédula de Identidad.

- 4.2.3. Fecha de Nacimiento.
- 4.2.4. Plan de Cobertura, vigente a la firma del contrato o a la renovación del mismo.
- 4.2.5. Número de Beneficiario.
- 4.2.6. Fecha de Ingreso.
- 4.3. La pérdida o extravío de la Tarjeta/Credencial de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa adjuntando copia de la denuncia realizada ante la Autoridad competente.
- 4.4. La utilización de la Tarjeta/Credencial de Identificación por terceros con el consentimiento del Beneficiario Titular o Adicional, facultará a la Empresa a proceder a la exclusión del beneficiario y a efectuar la cancelación de la cobertura respecto del mismo.
- 4.5. Es obligación del Beneficiario Titular, comunicar por escrito a la Empresa, cualquier cambio de domicilio o número telefónico. De no hacerlo, será válida toda comunicación enviada al domicilio indicado en la solicitud de ingreso, o en el último domicilio comunicado.
- 4.6. Todo beneficiario tiene la obligación de comunicar, dentro de los 7 (siete) días de acaecido el hecho, cualquier cambio que se produjere en su nómina de Beneficiarios Adicionales, ya sea por, nacimientos, casamientos, defunciones o mayoría de edad de aquellos hijos solteros dependientes del mismo, bajo pena de considerar que el Beneficiario Titular ha incumplido con las obligaciones que asume.

5. DE LAS COBERTURAS MEDICAS:

La cobertura médica contempla las prestaciones médicas descritas a continuación:

5.1. CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS: Cobertura Total.

- 5.1.1. Las consultas serán realizadas en el consultorio privado del médico elegido por el Beneficiario, de la Agenda de Profesionales en Convenio, en los días y horarios por ellos establecidos.
- 5.1.2. Los Beneficiarios deberán convenir con el médico el día y la hora en que deberá concurrir al consultorio.
- 5.1.3. Los Beneficiarios se obligan a cancelar con la debida anticipación las citas convenidas a las que no podrá concurrir.
- 5.1.4. Los Beneficiarios deberán concurrir munidos de la Tarjeta/Credencial de Identificación otorgada por la Empresa, conjuntamente con su Documento de Identidad. En caso contrario el médico podrá negarse a realizar la prestación o a exigir el pago de sus honorarios en forma particular.
- 5.1.5. Médicos dispondrán en sus consultorios de una planilla de registro de consultas, la que deberá ser firmada por el Beneficiario/paciente una vez efectuada la consulta. En aquellos prestadores que cuenten con el sistema de huella digital, el Beneficiario/paciente deberá registrar su huella cada vez que realice una consulta o un procedimiento/estudio.
- 5.1.6. Médico Copago: El beneficiario/paciente abonará un ticket habilitador de Gs. 10.000 o más dependiendo del valor convenido entre el médico y la Empresa.

5.2. HONORARIOS MEDICOS CLINICO QUIRURGICOS:

- 5.2.1. Sólo se cubrirán honorarios de los profesionales que forman parte de la Guía Médica de Profesionales en Convenio.
- 5.2.2. Los honorarios médicos en internación, estarán directamente relacionados con la cantidad máxima de días con cobertura sanatorial.
- 5.2.3. Cuando los honorarios clínicos correspondan a médicos que no forman parte del plantel de prestadores en convenio, los mismos serán de cargo del beneficiario/paciente.
- 5.2.4. En los casos en que el Cirujano no sea médico en convenio y sus ayudantes pertenezcan al plantel de profesionales en convenio con la Empresa, sólo se cubrirán los honorarios de estos últimos hasta los montos señalados por el arancel en convenio.
- 5.2.5. Los honorarios del Anestesiólogo en convenio, tendrán cobertura total hasta los montos fijados por la Sociedad Paraguaya de Anestesiología.
- 5.2.6. Los honorarios correspondientes a médicos con Nivel de Arancel Diferenciado, serán de cargo del beneficiario; la cobertura se limitará sólo a la parte sanatorial, de acuerdo al punto 5.3.
- 5.2.7. Los honorarios médicos de profesionales en Nivel Copago, tendrán cobertura parcial quedando los excedentes de cargo del beneficiario/paciente.
- 5.2.8. Formarán parte de la cobertura los honorarios profesionales, de médicos en convenio en las siguientes especialidades:
 - 5.2.8.1. **Anatomía Patológica**, estudios habituales de biopsias y/o piezas operatorias, excluye biopsias

- extemporáneas.
- 5.2.8.2. **Alergología**, consultas en consultorio (vacunas y test alérgicos de cargo del beneficiario/paciente).
- 5.2.8.3. **Anestesiología**, hasta los montos fijados por la Sociedad Paraguaya de Anestesiología.
- 5.2.8.4. **Clínica Médica**.
- 5.2.8.5. **Cirugía General**: Intervenciones quirúrgicas convencionales mayores y menores (con excepción de las excluidas expresamente).
- 5.2.8.6. **Cirugías Videolaparoscópicas** para vesícula y apéndice.
- 5.2.8.7. **Cirugías Artroscópicas** diagnósticas y/o terapéuticas de rodilla (meniscos).
- 5.2.8.8. **Cirugías Oncológicas**, cuando el carcinoma se refiere a tumores sólidos y solamente en el primer acto quirúrgico. Los honorarios médicos por complicaciones derivadas de la cirugía, serán de cargo del beneficiario/paciente de acuerdo a los aranceles en convenio.
- 5.2.8.9. **Cirugías Plástica Reparadora**, en eventos agudos (Accidentes) y con el profesional en convenio con ASISMED para este tipo de eventos.
- 5.2.8.10. **Cardiología Clínica**.
- 5.2.8.11. **Hematología**, consultas.
- 5.2.8.12. **Dermatología**: consultas en consultorio, incluye biopsias de piel y procedimientos menores en consultorio (no incluye procedimientos dermoestéticos, láser, medicamentos y materiales).
- 5.2.8.13. **Diabetología y Endocrinología**, consultas.
- 5.2.8.14. **Cirugía Pediátrica**: Enfermedades Congénitas en niños nacidos durante la vigencia del presente Contrato: Pie Bot, Hidrocefalia (no incluye válvula ni materiales), Ano imperforado (1er. Tiempo), Hernias inguinales, Hernia umbilical y Labio Leporino (1er. Tiempo).
- 5.2.8.15. **Flebología**, consultas en consultorio.
- 5.2.8.16. **Gastroenterología**:
- 5.2.8.16.1. Consultas.
 - 5.2.8.16.2. Estudios Diagnósticos: según anexo III.
 - 5.2.8.16.3. Procedimientos Gastroenterológicos terapéuticos por Videoendoscopia:
 - 5.2.8.16.3.1. Extracción de cuerpos extraños del tubo digestivo.
 - 5.2.8.16.3.2. Polipectomía Endoscópica alta/baja.
 - 5.2.8.16.3.3. Colangiopancreatografía Retrógrada.
- 5.2.8.17. **Ginecología y Obstetricia**, incluye cirugías por videolaparoscopia e histeroscopia, no relacionadas con diagnósticos de infertilidad.
- 5.2.8.18. **Geriatría**, consultas.
- 5.2.8.19. **Infectología**.
- 5.2.8.20. **Hepatología**.
- 5.2.8.21. **Mastología**.
- 5.2.8.22. **Monitoreo del clínico** en intervenciones quirúrgicas a solicitud escrita del médico tratante.
- 5.2.8.23. **Nefrología**, consultas.
- 5.2.8.24. **Neumología**.
- 5.2.8.25. **Neurología clínica**.
- 5.2.8.26. **Nutrición**, consultas (Centro Médico La Costa).
- 5.2.8.27. **Oftalmología**:
- 5.2.8.27.1. Consultas.
 - 5.2.8.27.2. Cataratas (no incluye lente intraocular)
 - 5.2.8.27.3. Glaucoma.
 - 5.2.8.27.4. Chalazión.
 - 5.2.8.27.5. Heridas penetrantes simple del globo ocular.
 - 5.2.8.27.6. Cuerpo extraño corneal.
 - 5.2.8.27.7. Heridas de párpado.
 - 5.2.8.27.8. Enucleación.
 - 5.2.8.27.9. Lavado de vías lagrimales.
 - 5.2.8.27.10. Heridas penetrantes complicadas del globo ocular.
 - 5.2.8.27.11. Sutura conjuntiva.
 - 5.2.8.27.12. Papiloma de párpado.
 - 5.2.8.27.13. Inyección retrobulbar.
 - 5.2.8.27.14. Heridas vías lagrimales.

- 5.2.8.27.15. Pterigión (no láser).
- 5.2.8.28. **Transfusiones**, hasta 10 transfusiones por evento. (no incluye irradiación del material, perfiles inmunológicos, ni materiales de transfusión).
- 5.2.8.29. **Urología**, incluye R.T.U. de Próstata.
- 5.2.8.30. **Pediatría**.
 - 5.2.8.30.1. Vacunatorio: exclusivamente en Sanatorio La Costa (área de Urgencias), las vacunas indicadas y proveídas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (de acuerdo a disponibilidad).
- 5.2.8.31. **Psiquiatría**, sólo consultas en consultorio hasta 3 por beneficiario/año de contrato. Otras consultas, arancel en convenio de cargo del paciente/beneficiario.
- 5.2.8.32. **Otorrinolaringología**, incluye procedimientos menores: lavado de oídos, cauterización nasal, extracción de cuerpo extraño en oído y nariz.
- 5.2.8.33. **Proctología**.
- 5.2.8.34. **Reumatología**, consultas.
- 5.2.9. La presencia del Hemoterapeuta en la sala de operaciones, será sin cargo para el beneficiario/paciente.
- 5.2.10. Los honorarios de Médicos Interconsultores solicitados por el Médico Tratante, se cubrirán sólo cuando se trate de Médicos en Nivel C. Total y hasta un máximo de 2 (dos) visitas por especialista. Los honorarios de profesionales Médicos Interconsultores solicitados por el paciente y/o su representante, aún cuando sean profesionales en convenio con la Empresa, no tendrán cobertura.

5.3. INTERNACIONES

- 5.3.1. Cada Beneficiario/paciente tiene derecho a Cobertura total por un máximo de 30 días/año/contrato, en los Sanatorios San Roque, Santa Julia y La Costa, otros sanatorios en convenio previa autorización/hoja de cobertura.
- 5.3.2. Las internaciones se realizarán, principalmente en los Sanatorios San Roque (Excluidas las Pediátricas y Ginecoobstétricas), Sanatorio La Costa y Santa Julia (Excluidas las Pediátricas y Ginecoobstétricas), en habitaciones individuales que cuentan con: teléfono, aire acondicionado, TV Color con sistema de cable, cama para el acompañante y baño privado. Incluye además, el menú del paciente elaborado según lo indicado por su médico tratante o especialista, servicio de enfermería y médicos de guardia del sanatorio.
- 5.3.3. Si el Beneficiario/paciente requiere por su condición, internación en la Unidad de Terapia Intensiva adulto o pediátrica, tiene derecho a Cobertura total por un máximo de 20 días por año de Contrato, que incluyen, la unidad cama y sus correspondientes equipos (monitor, desfibrilador, saturómetro, electrocardiógrafo y otros equipos propios de la unidad), honorarios del Médico Terapeuta en convenio, incluyendo honorarios por soporte nutricional especializado (enteral o parenteral) médico y enfermera de guardia de la Unidad, análisis de laboratorio (anexo I) y radiología (anexo II), ecografías (anexo III) y estudios de diagnósticos especializados (anexo IV).
- 5.3.4. Cuando el Beneficiario/paciente sea trasladado a la Unidad de Terapia Intensiva o Intermedia, o ingrese directamente a ella, los gastos que deriven de la utilización de una habitación por parte de los familiares o acompañantes, serán de cargo del beneficiario/paciente en su totalidad.
- 5.3.5. En el supuesto que los Sanatorios San Roque, la Costa y/o Santa Julia no dispongan de habitaciones libres, se procederá a la derivación del Beneficiario/paciente previa autorización de la Empresa, a otro Centro en convenio.
- 5.3.6. Serán parte de la cobertura, los estudios diagnósticos según se detallan en los anexos correspondientes. Sólo se reconocerá cobertura, cuando los estudios sean realizados por prestadores en convenio.
- 5.3.7. Las órdenes de internación emitidas por el médico tratante para cirugías programadas, deberán ser presentadas previamente en las oficinas de la Empresa o remitidas por fax, para la emisión de la cobertura y Presupuesto conforme al Plan contratado.
- 5.3.8. Medicamentos y materiales descartables en internación clínica y/o quirúrgica: hasta Gs. 600.000.- (Guaraníes seiscientos mil), por evento.
- 5.3.9. Derechos operatorios cirugías convencionales, videolaparoscópicas, videoendoscópicas y artroscópicas: Cobertura total en los Sanatorios San Roque y La Costa.
- 5.3.10. Derechos operatorios e internaciones, cobertura total en los Sanatorios San Roque, La Costa y/o Santa Julia:
 - 5.3.10.1. Neurocirugía.
 - 5.3.10.2. Cardiocirugía.
 - 5.3.10.3. Cirugía Plástica Reparadora.

- 5.3.10.4. Cirugía Odontológica.
- 5.3.10.5. Cirugía Torácica.
- 5.3.10.6. Cirugía Vasculiar Periférica.
- 5.3.11. Recargos por estudios laboratoriales realizados fuera de horario y traslados de equipos de radiología, serán cubiertos por la Empresa, cuando los mismos sean realizados por prestadores en convenio
- 5.3.12. Uso de equipos durante la internación que sean propios del Sanatorio San Roque, La Costa y/o Santa Julia, cobertura total, considerándose los siguientes:
 - 5.3.12.1. Rayos X.
 - 5.3.12.2. Ecógrafo.
 - 5.3.12.3. Colchones de aire-agua.
 - 5.3.12.4. Tomógrafo.
 - 5.3.12.5. Electrocardiógrafo.
 - 5.3.12.6. Monitores.
 - 5.3.12.7. Máquina de anestesia.
 - 5.3.12.8. Videolaparoscopio.
 - 5.3.12.9. Microscopio.
 - 5.3.12.10. Facoemulsificador.
 - 5.3.12.11. Arco en C.
 - 5.3.12.12. Saturómetro.
 - 5.3.12.13. Videoendoscopio.
 - 5.3.12.14. Artroscopía.
 - 5.3.12.15. Goteo Electrónico.
- 5.3.13. Oncología clínica, cobertura total de unidad cama en el Servicio de Oncología del Sanatorio La Costa y Santa Julia. Honorarios médicos, drogas oncológicas, medicamentos, descartables y otros gastos derivados de la internación: cargo del beneficiario/paciente.

5.4. **MATERNIDAD (No incluye eventos derivados de Tratamientos de Fertilidad)**

- 5.4.1. La cobertura contempla:
 - 5.4.1.1. Honorarios médicos en convenio, incluyendo analgesia en parto normal. Profesionales Nivel Copago, ASISMED cubre parcialmente los honorarios
 - 5.4.1.2. Internación de la madre, según lo determine el médico tratante.
 - 5.4.1.3. Internación del recién nacido (Nursery), según lo determine el médico tratante.
 - 5.4.1.4. Cuna térmica, luminoterapia convencional, carpa de oxígeno, incubadora simple y de transporte, hasta 15 días.
 - 5.4.1.5. Medicamentos y Materiales Descartables, Cobertura Total hasta Gs. 600.000. No forman parte de la cobertura leche maternizada, biberones, chupetes, pañales desechables, faja y otros artículos no considerados materiales descartables clínico/quirúrgicos.
 - 5.4.1.6. Derecho a Sala de Partos o Quirófano.
- 5.4.2. Las complicaciones durante la maternidad (embarazo y/o alumbramiento) serán cubiertas de acuerdo a las condiciones generales de prestación y beneficios en lo que corresponde a Honorarios Médicos, Internaciones, Estudios Diagnóstico y/o cualquier otro servicio contemplado en el Plan con sus coberturas y limitaciones.
- 5.4.3. Los hijos nacidos bajo la cobertura de ASISMED, deberán ser inscritos durante la primera semana de su nacimiento, a fin de poder conservar igual antigüedad a la de su madre.
- 5.4.4. La cobertura de maternidad, sólo es extensiva a la cónyuge del Beneficiario Titular o directamente a la Titular del Contrato.
- 5.4.5. No tendrán cobertura, de conformidad con lo establecido en las limitaciones de cobertura, las prestaciones médicas y sanatoriales relacionadas con tratamientos de esterilidad y/o fertilidad, los estudios diagnósticos realizados para los tratamientos de fertilización asistida, los embarazos consecuentes o producto de tratamiento, el parto normal o por cesárea y el tratamiento de el/los recién nacido/s inclusive en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

5.5. **URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS EN SANATORIO**

- 5.5.1. Los Sanatorios San Roque y La Costa, disponen las 24 horas de médicos de guardia en las especialidades de:
 - 5.5.1.1. Clínica Médica.
 - 5.5.1.2. Cirugía General.

- 5.5.1.3. Pediatría y Gineco-obstetricia, exclusivamente en el Sanatorio La Costa.
 - 5.5.1.4. Servicio de enfermería.
 - 5.5.1.5. Laboratorio.
 - 5.5.1.6. Radiología.
 - 5.5.1.7. Estudios diagnósticos.
 - 5.5.2. Las consultas y los procedimientos realizados por el médico de guardia o especialista convocado a solicitud del beneficiario por el médico de guardia, que a continuación se detallan, serán de cobertura total, incluyendo derechos sanatoriales de urgencia en el Sanatorio San Roque y La Costa:
 - 5.5.2.1. Suturas.
 - 5.5.2.2. Curaciones.
 - 5.5.2.3. Drenajes de abscesos, hematomas, etc.
 - 5.5.2.4. Extracción de uña encarnada.
 - 5.5.2.5. Extracción de cuerpo extraño.
 - 5.5.2.6. Enyesados simples. No incluye yeso acrílico.
 - 5.5.2.7. Taponamiento nasal.
 - 5.5.3. La cobertura de medicamentos y materiales descartables para procedimientos realizados por el médico de guardia o especialista convocado a solicitud del beneficiario por el médico de guardia es hasta Gs. 50.000, por evento.
 - 5.5.4. Los estudios diagnósticos derivados de la urgencia, realizadas por prestadores en convenio, serán de cobertura total (según anexos) y no se cobrarán recargos por fuera de horario:
 - 5.5.4.1. Estudios laboratoriales.
 - 5.5.4.2. Radiología simple.
 - 5.5.4.3. Electrocardiograma.
 - 5.5.4.4. Ecografías.
 - 5.5.4.5. Tomografías computarizadas.
 - 5.5.5. Procedimientos de enfermería, complementarios a la consulta médica:
 - 5.5.5.1. Nebulizaciones, con medicamentos.
 - 5.5.5.2. Aplicación de inyectables. No incluye antibióticos.
 - 5.5.5.3. Toma de Presión Arterial.
 - 5.5.5.4. Enema evacuador, sin medicamento.
 - 5.5.6. Los medicamentos de receta ambulatoria, por indicación del médico tratante e inclusive las emitidas por el médico de guardia o especialista convocado, serán de cargo del beneficiario; sólo se cubrirá el procedimiento.
 - 5.5.7. Si el médico de guardia considera necesaria la participación de otros profesionales, se deberá solicitar la concurrencia de profesionales en convenio. No se reconocerán honorarios de médicos que no estén en convenio.
 - 5.5.8. El servicio de ambulancias para traslados en Asunción y Gran Asunción, será de Cobertura total, cuando las condiciones del paciente le impidan llegar por sus propios medios al Sanatorio San Roque, Santa Julia o La Costa.
 - 5.5.8.1. En aquellos casos de extrema urgencia los Beneficiarios podrán concurrir a los Sanatorios en convenio. Si la urgencia deriva en una internación, se deberá comunicar antes de las 2 horas siguientes al ingreso, con el fin de disponer su eventual traslado al Sanatorio San Roque, Santa Julia o La Costa, si las condiciones lo permiten.
 - 5.5.8.1.1. Horario hábil: 021-288-7000.
 - 5.5.8.1.2. Fuera de horario: 0971-272 111 o al 0981-461 896.
 - 5.5.8.2. Cuando no sea posible el traslado, la cobertura sanatorial será según lo indicado en el punto 5.3, los análisis laboratoriales se deberán solicitar al Laboratorio San Roque (249-9900).
- 5.6. URGENCIA, EMERGENCIAS Y CONSULTAS DOMICILIARIAS:**
- 5.6.1. La atención domiciliaria se realizará a través del servicio en convenio, debiendo presentar el Beneficiario su Tarjeta/Credencial de Identificación en el momento de la atención, e incluye:
 - 5.6.1.1. Atención de urgencia y/o emergencias, cobertura total.
 - 5.6.1.2. Traslados al Sanatorio derivados de la urgencia y/o emergencia, cobertura total.
 - 5.6.1.3. Electrocardiograma a domicilio, cobertura total.
 - 5.6.1.4. Medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia, cobertura total.
 - 5.6.1.5. Consulta médica a domicilio, cobertura total.

5.6.2. Zona de cobertura: Asunción y Gran Asunción.

5.7. **ESTUDIOS DIAGNOSTICOS AMBULATORIOS:** Cobertura 100%.

Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico, Las órdenes de estudios, deberán consignar los siguientes datos.

1. Nombre del Paciente.
2. Estudio solicitado no tendrán cobertura estudios agregados a la orden médica.
3. Fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.

Las órdenes de estudios tendrán una validez de 30 (treinta) días a partir de la fecha expedición por parte del médico tratante.

5.7.1. **Estudios Laboratoriales:** Laboratorio San Roque y Laboratorio La Costa las 24 horas, Laboratorio San Roque Villa Morra y Laboratorio La Costa-Brasilia (lunes a viernes 06:30/07:00 a 19:00, sábados 06:30/07:00 a 14:00)

5.7.1.1. No requiere visación de la orden expedida por el médico tratante para acceder a la cobertura.

5.7.1.2. El servicio incluye atención de urgencias 24 horas y toma de muestras en domicilio, sin recargo a través del Laboratorio San Roque (248-9900). Se adjunta detalle de los estudios cubiertos, ver anexo I.

5.7.1.3. Otros laboratorios en convenio: previa visación y emisión de la cobertura de la orden médica.

5.7.2. **Radiología simple,** Centro Diagnóstico La Costa atención 24 horas. Centro de Diagnóstico La Costa-Brasilia (lunes a viernes 07:00 a 20:00, sábados 07:00 a 14:00).

5.7.2.1. Las órdenes emitidas por el médico tratante para estos estudios no requieren visación previa. Se adjunta detalle de los estudios cubiertos, ver anexo II.

5.7.2.2. Traslados de equipos en internación en los Sanatorios San Roque, Santa Julia y La Costa, cobertura total.

5.7.2.3. Otros centros en convenio: requiere de previa visación y emisión de la cobertura de conformidad de la orden médica.

5.7.3. **Estudios de videoendoscopia:** Centro Diagnóstico la Costa, incluye uso de sala de procedimientos, uso de equipo e internación en caso necesario. Ver anexo III.

5.7.3.1. Centro Diagnóstico San Roque, requiere de previa visación y emisión de la cobertura de la conformidad de la orden médica.

5.7.4. **Estudios Diagnósticos Especializados:** Centro Diagnóstico La Costa, se adjunta detalle de Estudios con Cobertura Total, ver anexo III.

5.7.4.1. Centro Diagnóstico San Roque y otros centros en convenio: Las órdenes emitidas por el médico tratante deberán ser visadas previamente en las oficinas de la Empresa o vía fax (288-7000) o vía correo electrónicos.

5.7.4.2. Se exceptúan del trámite de visación previa los electrocardiogramas realizados por Clínicos y/o Cardiólogos que figuren en la Guía Médica de prestadores en convenio con la Empresa.

5.7.4.3. Resonancia Magnética Nuclear cobertura hasta 2 estudios por grupo familiar por año.

5.7.5. **Ecografías Medicina Interna:** Centro Diagnóstico La Costa y Centro de Diagnóstico La Costa-Brasilia, no requiere visación previa.

5.7.5.1. Centro Diagnóstico San Roque y otros centros en convenio: Las órdenes emitidas por el médico tratante, deberán ser visadas previamente en las oficinas de la Empresa o vía fax (288-7000) o vía correo electrónico.

5.7.6. **Estudios Obstétricos y Salud Fetal:** Centro Diagnóstico La Costa y Centro Diagnóstico La Costa-Brasilia, no requieren visación previa. Se adjunta detalle de los estudios cubiertos. Ver anexo III y IV.

5.7.6.1. Otros centros en convenio, requiere de previa visación.

5.7.7. **Honorarios de Anestesiólogo en estudios diagnósticos,** a solicitud escrita del médico tratante, cobertura total.

5.7.8. **Contrastes:** Cargo paciente.

5.8. **TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA:** Cobertura hasta 20 sesiones benef/año de contrato.

5.8.1. La Cobertura, para tratamientos ambulatorios por lesiones traumáticas con prestadores en convenio, son los siguientes:

5.8.1.1. Ondas cortas, magnetoterapia, láser.

5.8.1.2. Ultrasonido, Infrarrojo, Tracción cervical.

5.8.2. Las órdenes emitidas por el médico tratante deberán ser visadas previamente.

6. DE LAS LIMITACIONES EN LA COBERTURA

6.1. Quedan excluidos de Cobertura del Plan Contratado lo siguiente:

6.1.1. Honorarios Médicos, estudios diagnósticos, gastos de internación por los siguientes eventos:

6.1.1.1. Prestaciones médicas y/o sanatoriales de cualquier tipo derivadas de los efectos del consumo de alcohol, somníferos, abuso de drogas ilegales y/o medicamentos sin indicación médica, al igual que otras sustancias tóxicas. El beneficiario deberá además someterse al Test de Alcoholemia y/o dosaje de drogas según criterio médico.

6.1.1.2. Intento de suicidio y sus secuelas.

6.1.1.3. Lesiones en accidentes de tránsito en transgresión de las leyes vigentes.

6.1.1.4. Tratamientos originados por lesiones o enfermedades producidas por epidemias oficialmente declaradas (por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) y fenómenos de la naturaleza que sean declarados catástrofe nacional, actos de guerra, desórdenes populares, actos o atentados terroristas de cualquier naturaleza, riñas, aborto provocado ilegalmente y lesiones causadas por el beneficiario deliberadamente a sí mismo.

6.1.1.5. Pacientes con Serología positiva para H.I.V., Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades infecto-contagiosas (E.T.S.) incluyendo todo gasto que ocasione el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

6.1.1.6. Cirugías estéticas o de embellecimiento y cosmiatría.

6.1.1.7. Tratamientos de esterilidad, fertilidad y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación de D.I.U. (dispositivo intrauterino). Embarazos y partos consecuentes o producto de los tratamientos de fertilización asistida, incluyendo: los estudios de diagnósticos, como por ejemplo: Ecografías obstétricas y/o transvaginales, Perfil Biofísico, Monitoreo Fetal, Monitoreos ovulatorios, etc., así como el tratamiento de el/los recién nacido/s incluso en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

6.1.1.8. Enfermedades preexistentes incluyendo las neoplasias y/o estado de gravidez a la firma de este Contrato.

6.1.1.9. Quemaduras cuando excedan el 25% de la superficie corporal.

6.1.1.10. Materiales/insumos descartables y/o medicamentos no considerados en la cobertura, todo material no recuperable que se utilice para tratamientos clínico/quirúrgicos, incluyendo los utilizados en procedimientos ambulatorios, y/o que excedan los toques consignados en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del plan contratados, contrastes, plasma, sangre, isótopos radioactivos, preparados nutrición enteral y/o parenteral, oxígeno, órtesis, prótesis, gases anestésicos, marcapasos, gafas, lentes intraoculares, biomateriales, endoprótesis, implantes, materiales de osteosíntesis, stent, coils, bizcoat y/o similares, uso de instrumental y materiales específicos de cada especialidad, materiales de transfusión. Otros materiales/insumos específicos de uso no habitual o que no sean proveídos por el sanatorio en convenio con la Empresa. Medicamentos, drogas oncológicas e insumos médicos en general, que no se encuentren debidamente registrados y autorizados por las Autoridades competentes de la República del Paraguay, aún cuando ellos sean comercializados por farmacias u otras instituciones.

6.1.1.11. Servicios que debido a su extrema urgencia sean utilizados por los beneficiarios (internación de beneficiarios en centros hospitalarios que no tengan celebrado convenio con la Empresa) y no sean comunicados a la Empresa para su eventual traslado, dentro de las 24 horas siguientes al ingreso.

6.1.2. No serán cubiertos por la Empresa todos aquellos tratamientos, prácticas o cirugías enunciadas a continuación:

6.1.2.1. Que se encuentren en estado experimental.

6.1.2.2. Que no sean avalados científicamente.

6.1.2.3. Que se opongan a normas legales vigentes.

6.1.2.4. Transplantes, implantes, explantes, injertos, plastias y prótesis.

6.1.2.5. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación en competencias o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole, que debidamente sean probados que fueron ocasionadas en estas circunstancias.

6.1.2.6. Etilismo.

6.1.2.7. Malformaciones y/o enfermedades congénitas y/o genéticas y/o crónicas.

6.1.2.8. Curas de adelgazamiento, reposo, rejuvenecimiento o similares. Celuloterapia, hidroterapia, acupuntura, digitopuntura o similar. Medicinas alternativas.

6.1.2.9. Maternidad incluyendo honorarios médicos, los estudios de diagnósticos, como por ejemplo: Ecografías, estudios de salud fetal, análisis de laboratorio, etc., así como el tratamiento de

el/los recién nacido/s en la unidad de cuidados intensivos neonatales; para quien no sea titular o cónyuge del Beneficiario Titular.

6.1.2.10. Internación Psiquiátrica o Psicológica, Psicocirugías o cirugías psiquiátricas. Psicoterapia, Psicoanálisis.

6.1.2.11. Terapias de sustitución renal.

6.1.2.12. Tratamientos y/o terapias paliativas.

6.1.2.13. Procedimientos y cirugías percutáneas.

6.1.2.14. Patologías asociadas a la condición de recién nacido pre-término.

6.1.2.15. En los casos de muerte cerebral, estado de coma y/o estado vegetativo de pacientes internados en la unidad de terapia intensiva/intermedia o en sala común, la cobertura del plan concluirá cuando se den las siguientes condiciones:

6.1.2.15.1. Para determinar pacientes con muerte cerebral se aplicará el protocolo de muerte cerebral establecido por el INAT.

6.1.2.15.1.1. La muerte cerebral o encefálica es un estado en donde hay una pérdida total e irreversible de las funciones cerebrales (conciencia + funciones vegetativas).

6.1.2.15.2. Pacientes en estado de coma o en estado vegetativa que superen los 10 (diez) días posteriores a la suspensión de la sedación.

6.1.2.15.2.1. El estado vegetativo es una condición clínica en que la persona no da ningún signo evidente de consciencia de sí o del ambiente, y parece incapaz de interactuar con los demás o de reaccionar a estímulos adecuados.

6.1.2.15.2.2. El coma es un estado grave de pérdida de consciencia, constituye un síndrome y una expresión de un fuerte trastorno de las funciones cerebrales.

6.1.2.15.3. En estos quedará a cargo de familiares y/o responsables del paciente el traslado del mismo a otro centro asistencial o asumir todos los gastos médicos sanatoriales que represente mantenerlo internado en el Sanatorio en estas condiciones. Habitación que pudiera ser utilizada por los familiares mientras el paciente se encuentre internado en la Unidad de Terapia Intensiva y gastos de acompañante en general.

6.1.2.16. Todo lo que no esté debidamente expresado en el Contrato y sus anexos.

ANEXO I: ESTUDIOS LABORATORIALES

Cobertura Total

RUTINA

Acido Urico

Acido Urico (o)

Colesterol Total

Creatinina

Creatinina (o)

Glicemia

Glicemia (o)

Hemograma c/eritrosediment.

Orina

Recuento Glóbulos Blancos

Recuento Glóbulos Rojos

Tipificación

Triglicéridos

Urea

Urea (o)

ESPECIALIZADOS

Acido Acetil Salicílico

Acido Fenilpirúvico

Acido Fólico

Acido Láctico

Acido Valproico

Acido Vanil Mandélico

ACTH

Aglutininas Anti A

Aglutininas Anti B

Albumina

Aldolasa

Alfa 1 antitripsina

Alfafetoproteína (AFP)

Amilasa

Amilasa (o)

Amonio

ANA (Antic. Antinucleares)

Ant. Anticitomegalovirus IgG

Ant. Anticitomegalovirus IgM

Ant. Antitoxoplasma IgG

Ant. Antitoxoplasma IgM

Anti Core IgG HBC – ac(1/año)

Anti Core IgM HBC – ac(1/año)

Anti Trypanosoma IgG

Anti Trypanosoma IgM

Antic. Anti DNA

Antic. Anti HIV

Antic. Anti Rubeola IgG

Antic. Anti Rubeola IgM

Antic. Antimúsculo liso

Antic. Antitiroglobulinas

Antic. Antitiroideos

Anticardiolipina IgM (1/año)

Anticardiolipina IgG (1/año)

Antíg. Carcino Embrionario CEA

Antígenos Febriles

Artritest (Factor Reumatoideo)	Cortisol Urinario (1/año)	Fósforo (o)
Aspecto del Suero	Crioaglutininas	Fragilidad de los Hematíes
Asto	Crioglobulinas	Frotis de Sangre Periférica
Azúcares Reductores	Criptococus	Fructosamina
Beta HCG Cuantitativo (1/año)	Cuerpos Cetónicos	FT3 (T3 Libre)
Bicarbonato actual	Cultivo	FT4 (T4 libre)
Bilirrubina Directa	Cultivo de punta de catéter	FTA-ABS en L.C.R. (1/año)
Bilirrubina Indirecta	Cultivo p/ Gérmenes Comunes	FTA-ABS IgG (1/año)
Bilirrubina Total	Cultivo para Aerobiosis	FTA-ABS IgM (1/año)
Bilis, cultivo y ATB	Cultivo para Anaerobiosis	FTI (1/año)
C.E.A.	Cultivo para BAAR	G.O.T.
C3	Cultivo para Campylobacter	G.P.T.
C4	Cultivo para Hongos	Gamma GT
Calcio	Cultivo para Hongos de biopsia	Gamma GLOBulina
Calcio (o)	Curva de Glicemia (embarazo)	Gases Arteriales
Calcio Iónico	Curva de Glicemia 3 horas	Gasometría Venosa
Calcitonina	Curva de Glicemia 4 horas	Glicemia Pre y Post – Prandial
Cálculo Urinario	Curva de Glicemia 5 horas	Globulina
Campylobacter, cultivo y ATB	Dehidrostestosterona	Gravindex
Células L.E.	Detección de cristales	Guayaco
Cetonemia	DHEA sulfato (DHEA-SO4)	HAV IgG
Cetonuria	Electroforesis de Hemoglobina	HAV IgM
Chagas Ac IgM	Electroforesis de Lipoproteínas	HBA 1 C (Hemoglobina Glicosilada)
Chagas-Ac IgG	Electroforesis de Proteínas	HBE – Ac
Chlamydias Ac	Electroforesis de Proteínas LCR	HBS – Ac
Chlamydias orina	Electrolitos (NA, CL, K)	HBS – Ag (Antígeno de Superficie)
Chlamydias sec conjuntival	Electrolitos (o)	HCG Cualitativo
Chlamydias sec genital	Enzimas Cardiacas	HCG Cuantitativo (1/año)
Citomegalovirus col Giemsa	Eritrosedimentación	HCV – Hepatitis C (1/año)
CK – MB	Esperma, Cultivo y ATB	HDL Colesterol
CK Total	Espermograma	Heces Benedict
Clearance de Creatinina	Espudo, coloración de Ziehl	Heces Frotis
Clearance de Urea	Espudo, Cultivo p/ Gérmenes Comunes	Heces, Ex. Parasitología Seriado
Cloruros	Espudo, Cultivo p/Eosinófilos-Mastocitos	Heces, Examen Parasitológico
Cloruros (o)	Espudo, Cultivo para BAAR	Heces, Flora Microbiana
Cloruros L.C.R.	Espudo, Cultivo y ATB	Heces, Hongos
CMV IgG	Espudo, frotis	Heces, Microscopía Funcional
CMV IgM	Estudio capilar invest. Hongos	Hematocrito
Coagulograma	Examen en Fresco	Hematrocrito c/muestra
Cobre	Factor Reumatoideo (Artritest)	Hemocultivo en Aerobiosis
Colinesterasa	Fenil Cetonuria	Hemocuñtivo en Anaerobiosis
Coloración con Tinta China	Fenil Hidantoína	Hemoglobina
Coloración de Giemsa	Ferritina	Hemoparásitos (gota gruesa)
Coloración de Gram	Fibrinogeno	Hemoparásitos, observ. directa
Coloración de Ziehl-Neelsen	Fibrinólisis	Hepatitis C (1/año)
Coobs indirecto cuantitativo	Fórmula Leucocitaria	Herpes – Ac
Coombs Directo	Fosfatasa Acida Total	Herpes en Sec. Genital
Coombs Indirecto	Fosfatasa Alcalina	HEV – Ac (1/año)
Coprocultivo	Fosfatidilglicerol en Líquido	Hidatidosis
Coproporfirinas	Fosfolípidos	Hierro % saturación
Cortisol (1/año)	Fósforo	Hierro Sérico
Cortisol AM (1/año)		Hongos, Cultivo e Identificación
Cortisol PM (1/año)		Hongos, Examen en Fresco
		Identificación de Parásitos

IGA (1/año)	Líquido Pleural, Hongos	Secreción Faringea, Frotis
IGA Secretoria (1/año)	Litio	Secreción Nasal, Citología
IGD (1/año)	Magnesio	Secreción Nasal, Cultivo y ATB
IGE Total (1/año)	Magnesio (o)	Secreción Orica, Cultivo y ATB
IGG	Magnesio Eritrocitario	Secreción Prostática, Frotis
IGM	Microalbuminuria	Secreción Purulenta, Cul. y ATB
Indices de Riesgo	Mielocultivo	Secreción Traqueal, Cult. Y ATB
L.C.R., Citoquímico	Monotest	Secreción Uretral, Cultivo y ATB
L.C.R., Cultivo para BAAR	Mucoproteínas	Secreción Uretral, Frotis
L.C.R., Cultivo para Hongos	Mycoplasma, cultivo e identif.	Secreción vaginal, Cult. Y ATB
L.C.R., Cultivo y ATB	Orina sedimento	Secreción Vaginal, Fresco y Gram
Latex en líquido pleural	Orina, cultivo	Secreción Vaginal, Frotis
Látex en Líquidos biológicos	Oxiurus	Secreción Vaginal, Ph
Latex en líquidos biológicos	P.C.R. (Proteína Creativa)	Secrec. Vulvo vaginal, Cult. y ATB
Latex en orina	P.C.R. Cuantitativa	Sodio
Latex p/aspergillus antígeno	P.D.F.	Sodio (o)
Latex p/cándida antígeno	P.P.D.	Streptococcus Grupo A
Latex p/cryptococcus antíg.	PAP (Fosfatasa Acida prostática)	Streptococcus Grupo B
Latex p/streptococcus Grupo A	PAS- Antíg. Prostático Específico	Sustancias Reductoras
Latex p/streptococcus Grupo B	Perfil de Coagulación-Coagulograma	T.T.P.A
Lavado Broncoalveolar cultivo	Perfil Hepático- Hepatograma	T3
Lavado Broncoalveolar p/BAAR	Perfil Lipídico – Lipidograma	T3 Uptake
Lavado Broncoalveolar p/Hongos	Ph	T4
Lavado Gástrico Parásitos	Plaquetas	Test de Absorción Xilosa
LDL Colesterol	Plasma Seminal, Bioquímica	Test de O´ Sullivan
Legionella Pneumófila	Pneumocystis Caninii	Test del Sudor
Lesión de Piel, Cult. p/Hongos	Porfobilinógeno	Tiempo de Coagulación
Lesión de Piel, Hongos ex direc.	Potasio	Tiempo de Protrombina (TP)
Lesión de uñas, cultivo p/hongos	Potasio (o)	Tiempo de Recalcificación
Lesión Genital, Campo obscuro	Proteínas de Bence Jones	Tiempo de Sangría
Lesión Genital, Col. de Fontana	Proteínas Totales	Timol
Lesión Genital, Colorac de Gram	Proteínas Totales (o)	Tine Test
Linfa Cutánea, color. De Ziehl	Proteínas Totales A/G	Tiroglobulina
Lipasa	Prueba de Lazo	Toxina A p/Clostridium Diffic.
Lípidos Totales	Raspado de lengua, Hongos	Transferrina
Líquido (otros), Citoquímico	Reacción de Hudleson	Troponina (1/año)
Líquido Amniótico, Cult. y ATB	Reacción de Paul Bunnel	TSH
Líquido Articular, Citoquímico	Reacción de Waaler Rose	Úlcera genital, Cultivo y ATB
Líquido Articular, Cristales	Reacción de Widal	Ureplasma
Líquido Articular, Cultivo y ATB	Recuento de Addis	Urobilina
Líquido Ascítico, Anaerobios.	Recuento de Hamburger	Urobilinógeno
Líquido Ascítico, Cult.p/hongos	Reticulocitos	VDRL Cualitativo
Líquido Ascítico, Cultivo y ATB	Retracción del Coágulo	VDRL Cuantitativo
Líquido Duodenal	Rotavirus	VDRL en L.C.R.
Líquido Gástrico, Cultivo y ATB	Sangre Oculta o Guayaco	Virocitos
Líquido Gastroduodenal, Parásitos	Secreción Bucal, Cultivo	VLDL Colesterol
Líquido Peritoneal, cultivo y ATB	Secreción Conjuntival, Cult. y ATB	
Líquido Pleural, Citoquímico	Secrec. Endocervical, Cult. y ATB	
Líquido Pleural, Cultivo y ATB	Secreción Faringea, Cult. y ATB	

ANEXO II: RADIOLOGIA SIMPLE, todos las posiciones

Cobertura Total

Abdomen simple	Cráneo	Orbita
Antebrazo	Cráneo para Ortodoncia	Pelvis
Apéndice	Dedo	Pie
Arbol Urinario simple	Dental	Pierna
Brazo	Dental oclusal	Rodilla
Cadera	Embarazo	Sacro-coxis
Cara	Fémur	Sacroiliacas
Cavum		Scopía arco en C
Clavícula	Hombro	Scopía con TV
Codo	Húmero	Senos faciales
Columna Cervical	Mano	Tobillo
Columna Dorsal	Mastoides	Tórax
Columna Lumbar	Maxilar	Vesícula simple
Columna Panorámica	Muñeca	Control radiol.maniobras
Costilla	Muslo	Traumatológicas

ANEXO III: ESTUDIOS DIAGNOSTICOS ESPECIALIZADOS

Cobertura Total

Honorarios anestesiólogo a solicitud escrita del médico tratante: Cobertura Total

Uso de sala y equipos en el Centro Diagnóstico La Costa y Centro Diagnóstico San Roque: Cobertura total

Medicamentos, contrastes y descartables, cargo paciente.

Anoscopía	Dental Seriado	Intestino Delgado
Audiometría	Doppler Vascular Periférico	Laringofibroscofia
Broncoscofia	Ecobiometría	Laringografía contrastada
Broncofibroscofia	Ecocardiograma c/Doppler B-D	Laringoscopia
Broncografía	Electrocardiograma	Linfografía 2 lados
Campo Visual	Electroencefalograma	Linfografía cada lado
Cavum Contrastado	Endoscopia Digestiva Alta	Logoaudiometría
Cistoscopia	Endoscopia Nasal	Mamografía unilateral
Cistografía	Ergometría	Mamografía bilateral
Colangiografía Endovenosa	Esófago, Estómago y Duodeno	Monitoreo Fetal
Colangiografía Operatoria	Espirometría	Otomicroscopia
Colangiografía Post-operatoria	Espinografía	Ortopantomografía
Colangiografía Retrógrada simple	Fistulografía	Papanicolau
Colecistografía Oral	Flebografía	Perfil Biofisico fetal
Colon Contrastado	Galactografía bilateral sin placa simple	Pielografía Ascendente
Colon Doble Contraste	Galactografía bilateral previa	Pielografía Endovenosa o Riñón
Colon por Ingestión	mamografía	contrast.
Colonoscopia	Galactografía c/lado con previa	Punción biopsica y/o evacuadora
Colposcopia	Galactografía s/placa simple 1 lado	Rectosigmoidoscopia
Curva Tensional	Histerosalpingografía	Resonancia Nuclear Magnética (1
Densitometría Osea	Holter 24 horas	G.F/año): exclusivamente en el Centro
Dental Semiseriada	Impedanciometría	Médico La Costa

RMN de Cráneo	RMN de Muñeca	T.A.C. de Columna Dorsal
RMN de Rodilla	RMN de Oído	T.A.C. de Columna Lumbar
RMN de Columna Cervical	RMN de Orbita	T.A.C. de Cráneo
RMN de Columna Dorsal	RMN de Partes Blandas	T.A.C. de Orbitas
RMN de Columna Lumbar	RMN de Pie	T.A.C. de Miembros
RMN de Abdomen Superior	RMN de Muslo	T.A.C. de Pelvis
RMN de Abdomen Inferior	RMN de Pierna	T.A.C. de Pequeñas Partes
RMN de Hombro	RMN de Senos Paranasales	T.A.C. de Senos Paranasales
RMN de Cadera	RMN de Hipófisis	T.A.C. de Cara
RMN de Pelvis	RMN de Cuello	Test Ortóptico
RMN de Tobillo	Rinomanometría simple	Ejercicios ortópticos hasta 10 ses/benef./año.
RMN de ATM	Senos faciales contrastados	Timpanometría
RMN de Codo	Sialografía Bilateral	Uretrocistografía
RMN de Brazo	T.A.C. (Tomografía Axial Comput.)	Urograma de Excreción
RMN de Encéfalo	T.A.C. de Abdomen Inferior	
RMN de Cara	T.A.C. de Abdomen Superior	
RMN de Mediastino	T.A.C. de Columna Cervical	

Procedimientos terapéuticos de Gastroenterología: Cobertura Total

Esclerosis de lesiones sangrantes del tubo digestivo
 Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica
 Extracción de cuerpos extraños tubo digestivo

ANEXO IV: ECOGRAFIAS

Cobertura Total

Ecografía Abdominal	Ecografía Ginecológica
Ecografía de Bazo	Ecografía Obstétrica
Ecografía de Hígado, Vías Biliares y Vesícula.	Ecografía Ocular
Ecografía de Mamas	Ecografía Pancreática
Ecografía de Pelvis	Ecografía Pediátrica
Ecografía de Píloro	Ecografía Prostática
Ecografía de Tiroides	Ecografía Renal
Ecografía de Tórax Ecografía Testicular	Ecografía de Caderas
Ecografía Transvaginal	

ANEXO V: FISIOTERAPIA AMBULATORIA TRAUMÁTICA

Cobertura Total: 20 sesiones/benef/año/Cto.

Fomentaciones
 Infrarrojo
 Ondas cortas
 Tracción cervical
 Ultrasonido

PRIMAS MENSUALES en Gs.

PLAN MEDICAL EMPRESARIAL

BENEFICIARIOS	PRIMAS MENSUALES IVA incluido
Titular hasta 69 años	284.149
Titular, cónyuge e hijos hasta 20 años	581.408
Padres y/ Suegros c/u de 0 a 54 años	306.005
Padres y/ Suegros c/u de 55 a 64 años	351.558
Padres y/ Suegros c/u de 65 a 69 años	514.680
Padres y/ Suegros c/u de 70 a 99 años	598.916
Hijo/a soltero/a mayor de 20 años c/u	174.860
Hermanos del Titular hasta 30 años c/u	284.149