

PLAN VIP 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. 100.000
• 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
<u>Cobertura Sanatorial:</u>	
○ Unidad cama: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgencia ▪ Programadas 	45 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 15
○ 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. 1.000.000
○ Unidad de Terapia Intensiva	20 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 20 días
• Derecho a sala de parto o quirófano	
• Honorarios Médicos:	
○ Obstetra	
○ Ayudantes (Cesárea)	
○ Pediatra	
○ Anestesiólogo	
○ Transfusionista (Cesárea)	
• Medicamentos y descartables (evento sin complicaciones)	Cobertura Total
• 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 VIP 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 VIP 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 gravidez. 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. **ALTA:** 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 beneficiarán 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 Asimed 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 fecha de 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 del Beneficiario titular o Adicionales es utilizada por terceras personas, sin que el titular haya comunicado a la Empresa su extravío, facultará a la **Empresa** a solicitar la exclusión del beneficiario, y a proceder a 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:

El beneficiario gozará de las prestaciones médicas establecidas y descriptas 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/paciente, de la Guía Médica de profesionales en Convenio, en el día y honorario establecido por el profesional médico.
 - 5.1.2. El Beneficiario/paciente deberá convenir con el médico el día y la hora en que deberán concurrir al consultorio.
 - 5.1.3. El beneficiario/paciente se obliga a cancelar con la debida anticipación las citas convenidas a las que no podrán concurrir.
 - 5.1.4. El Beneficiario/paciente deberá concurrir munido de la Tarjeta de Identificación otorgada por la Empresa, conjuntamente con su Documento de Identidad. En caso contrario el médico no identificará al paciente como beneficiario de La Empresa y lo considerará como un paciente particular y exigirá el pago de sus honorarios en forma particular, los cuales no serán reembolsados por la Empresa.
 - 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.
- 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. Cirugías de várices (Safenectomía y Flebectomía).
- 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. **Geriatria**, 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 15 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. **Traumatología**, incluye cirugías artroscópicas (ver 5.2.8.7.) y Artroplastía de cadera (no incluye prótesis).
- 5.2.8.31. **Pediatría**.
 - 5.2.8.31.1. 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)
- 5.2.8.32. **Psiquiatría**, sólo consultas en consultorio hasta 3 por beneficiario/año de contrato. Otras consultas, arancel en convenio de cargo del paciente/beneficiario.
- 5.2.8.33. **Otorrinolaringología**, incluye procedimientos menores: lavado de oídos, cauterización nasal, extracción de cuerpo extraño en oído y nariz.
- 5.2.8.34. **Proctología**.
- 5.2.8.35. **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 45 días/año/contrato, en los Sanatorios San Roque, La Costa y Santa Julia, 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. 1.000.000.- (Guaraníes Un millón), por evento.
- 5.3.9. Derechos operatorios cirugías convencionales, videolaparoscópicas, videoendoscópicas y artroscópicas: Cobertura total en los Sanatorios San Roque, La Costa y Santa Julia.
- 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 Vasculat 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 20 días.
 - 5.4.1.5. Medicamentos y Materiales Descartables, Cobertura Total. 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. 100.000, 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 o La Costa y/o Santa Julia.
- 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, La Costa y/o Santa Julia, 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 (248-9900).
- 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.
- Nombre del Paciente.
 - Estudio solicitado no tendrán cobertura estudios agregados a la orden médica.

- 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.

5.9. **ARANCEL DIFERENCIADO**

5.9.1. 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/paciente en su totalidad.

5.9.1.1. Análisis de Laboratorio Especializados, no incluidos en el anexo I.

5.9.1.2. Estudios Diagnósticos Especializados, no considerados en el anexo III y Anexo IV.

5.9.1.3. Alergia: Test para Inhalantes, Test para Alergenos, Test para Medicamentos, Test de contacto.

- 5.9.1.4. Procedimientos Terapéuticos por Videodoscopia, no contemplados en detalle.
- 5.9.1.5. Neurología: Procedimientos terapéuticos.
- 5.9.1.6. Oftalmología: Cirugías láser y cirugías de retina y vítreo.
- 5.9.1.7. Otorrinolaringología: Cirugías láser, cirugías videoendoscópicas.
- 5.9.1.8. Anatomía Patológica: Biopsias extemporáneas, Inmunohistoquímica, Patologías moleculares, Estudios histoanatomopatológicos.
- 5.9.1.9. Urología: Litotripsia, Uretrorenoscopia, cirugías videoendoscópicas.
- 5.9.1.10. Medicina Nuclear: Centellografías no incluidas en la cobertura total, Spect.
- 5.9.1.11. Estudios y procedimientos intervencionistas: Estudios Vasculares Invasivos, Radiología Intervencionista.
- 5.9.1.12. Hematología: Perfiles hematológicos.
- 5.9.1.13. Hemoterapia: Sangría terapéutica.
- 5.9.1.14. Cobalto Terapia.
- 5.9.1.15. Radioterapia.
- 5.9.1.16. Quimioterapia.
- 5.9.1.17. Braquiterapia.
- 5.9.1.18. Rayos Láser.
- 5.9.1.19. Electrofisiología.
- 5.9.1.20. Neurroradiología.
- 5.9.1.21. Esclerosis de Várices.
- 5.9.1.22. Estudios Diagnósticos y Tratamientos con Cobertura total que excedan los topes estipulados.
- 5.9.1.23. Enfermedades neoplásicas, después del primer acto quirúrgico.
- 5.9.1.24. Tratamientos de Fisioterapia en Sanatorio, consultorio y/o domicilio. Fisioterapia por Ondas de Choque.
- 5.9.1.25. Honorarios médicos en internaciones clínicas y/o quirúrgicas en las especialidades de Neurocirugía, Vascular Periférica, Cardiovascular, Diabetología, Endocrinología, Oncología Clínica, Maxilo-Facial, Cirugía Torácica, Psiquiatría, Toxicología, Fisiatría, Reumatología, Nefrología de sustitución renal.
- 5.9.1.26. Honorarios médicos en enfermedades pre-existentes, crónicas, genéticas, congénitas y/o malformaciones, a la firma del Contrato.
- 5.9.1.27. Honorarios médicos, Estudios Laboratoriales y Radiológicos, y todo lo relacionado a la internación que exceda los 30 días.
- 5.9.1.28. Honorarios Médicos, Estudios Laboratoriales y Radiológicos, y todo lo relacionado a la internación en la Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia, con el detalle estipulado en la Cobertura, cuando ésta exceda los 15 días por año de Contrato por Beneficiario.
- 5.9.1.29. Foniatria.
- 5.9.1.30. Fonoaudiología.
- 5.9.1.31. Psicología.
- 5.9.1.32. Todos los servicios relacionados y/o derivados de Trasplantes, Implantes, Explantos, Injertos.
- 5.9.1.33. Honorarios Médicos por microcirugías, plastias.
- 5.9.1.34. Honorarios Médicos en la especialidad de Psiquiatría, después de la tercera consulta en consultorio.
- 5.9.1.35. Honorarios médicos, gastos sanatoriales y estudios diagnósticos, servicios relacionados y derivados de tratamientos de Obesidad Mórbida incluyendo cirugía bariátrica, con prestadores en convenio.
- 5.9.1.36. Honorarios médicos, gastos sanatoriales y estudios diagnósticos antes de cumplidos los periodos de carencia.
- 5.9.1.37. Patologías asociadas al recién nacido pretérmino.
- 5.9.1.38. Procedimientos y Cirugías Maxilo-facial.
- 5.9.1.39. Honorarios y gastos relacionados a tratamientos, procedimientos y cirugías con fines paliativos.
- 5.9.1.40. Gastos derivados de Cirugías, Procedimientos y Estudios no contemplados en las Condiciones Generales de Prestación y los Beneficios.

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	Glicemia	Tipificación
Acido Urico (o)	Glicemia (o)	Triglicéridos
Colesterol Total	Hemograma c/eritrosediment.	Urea
Creatinina	Recuento Glóbulos Blancos	Urea (o)
Creatinina (o)	Recuento Glóbulos Rojos	

ESPECIALIZADOS

17 Beta Cestoteroides	Ant. Anticitomegalovirus IgG	Anticardiolipina IgM
17 Beta Estradiol	Ant. Anticitomegalovirus IgM	Anticardiolipina IgG
17 Hidroxicorticosteroides	Ant. Antitoxoplasma IgG	Antíg. Carcino Embrionario CEA
Acido Acetil Salicílico	Ant. Antitoxoplasma IgM	Antígenos Febriles
Acido Fenilpirúvico	Anti Core IgG HBC – ac	Artritest (Factor Reumatoideo)
Acido Fólico	Anti Core IgM HBC – ac	Aspecto del Suero
Acido Láctico	Anti LA	Asto
Acido Valproico	Anti RO	Azúcares Reductores
Acido Vanil Mandélico	Anti SM	Barbitúricos
ACTH	Anti Trypanosoma IgG	Beta HCG Cuantitativo
Aglutininas Anti A	Anti Trypanosoma IgM	Bicarbonato actual
Aglutininas Anti B	Antic. Anti DNA	Bilirrubina Directa
Albumina	Antic. Anti Hidatídico	Bilirrubina Indirecta
Aldolasa	Antic. Anti HIV	Bilirrubina Total
Aldosterona	Antic. Anti Rubeola IgG	Bilis, cultivo y ATB
Alfa 1 antitripsina	Antic. Anti Rubeola IgM	C.E.A.
Alfafetoproteína (AFP)	Antic. Antigliadina	C3
Amilasa	Antic. Antilisteria	C4
Amilasa (o)	Antic. Antimicrosomales	CA 125
Amonio	Antic. Antimitocondriales	CA 15.3
ANA (Antic. Antinucleares)	Antic. Antimúsculo liso	CA 19.9
Androstenediona	Antic. Antitiroglobulinas	Calcio
Anfetaminas	Antic. Antitiroideos	Calcio (o)

Calcio Tónico	Cultivo	FSH
Calcitonina	Cultivo de punta de catéter	FT3 (T3 Libre)
Cálculo Urinario	Cultivo p/ Gérmenes Comunes	FT4 (T4 libre)
Campylobacter, cultivo y ATB	Cultivo para Aerobiosis	FTA-ABS en L.C.R.
Carbamazepina	Cultivo para Anaerobiosis	FTA-ABS IgG
Células L.E.	Cultivo para BAAR	FTA-ABS IgM
Cetonemia	Cultivo para Campylobacter	FTI
Cetonuria	Cultivo para Hongos	G.O.T.
CH 50	Cultivo para Hongos de biopsia	G.P.T.
Chagas Ac IgM	Curva de Glicemia (embarazo)	Gamma GT
Chagas-Ac IgG	Curva de Glicemia 3 horas	Gases Arteriales
Chlamydias Ac	Curva de Glicemia 4 horas	Gasometría Venosa
Chlamydias orina	Curva de Glicemia 5 horas	Glicemia Pre y Post – Prandial
Chlamydias sec conjuntival	Dehidrostestosterona	Gravindex
Chlamydias sec genital	Detección de cristales	Guayaco
Cim p/ Cefoperazona	DHEA sulfato (DHEA-SO4)	HAV IgG
Cim p/Aminoglucidol	Digoxina	HAV IgM
Cim p/Carbenicilina	EBV-VCA IgG	HBA 1 C (Hemoglobina Glicosilada)
Cim p/Ciprofloxacina	EBV-VCA IgM	HBE – Ac
Cim p/Colestina	Electroforesis de Hemoglobina	HBS – Ac
Cim p/Imipenem	Electroforesis de Lipoproteínas	HBS – Ag (Antígeno de Superficie)
Cim p/Kanamicina	Electroforesis de Proteínas	HCG Cualitativo
Cim p/Mezlocilina	Electroforesis de Proteínas LCR	HCG Cuantitativo
Cim p/Piperacilina	Electrolitos (NA, CL, K)	HCV – Hepatitis C
Cim p/Ticarlicina	Electrolitos (o)	HDL Colesterol
Cim p/Tobramicina	Enzimas Cardiacas	Heces Benedict
Citomegalovirus col Giemsa	Eritrosedimentación	Heces Frotis
CK – MB	Esperma, Cultivo y ATB	Heces, Ex. Parasitología Seriado
CK Total	Espermograma	Heces, Examen Parasitológico
Clearance de Creatinina	Espuito, coloración de Ziehl	Heces, Flora Microbiana
Clearance de Urea	Espuito, Cultivo p/ Gérmenes Comunes	Heces, Hongos
Cloruros	Espuito, Cultivo p/Eosinófilos-Mastocitos	Heces, Microscopía Funcional
Cloruros (o)	Espuito, Cultivo para BAAR	Hematocrito
Cloruros L.C.R.	Espuito, Cultivo y ATB	Hematocrito c/muestra
CMV IgG	Espuito, frotis	Hemocultivo en Aerobiosis
CMV IgM	Estradiol	Hemocultivo en Anaerobiosis
Coagulograma	Estudio capilar invest. Hongos	Hemoglobina
Cobre	Examen en Fresco	Hemoparásitos (gota gruesa)
Colinesterasa	Factor Reumatoideo (Artritest)	Hemoparásitos, observ. directa
Coloración con Tinta China	Fenil Cetonuria	Hepatitis C
Coloración de Giemsa	Fenil Hidantoína	Herpes – Ac
Coloración de Gram	Ferritina	Herpes en Sec. Genital
Coloración de Ziehl-Neelsen	Fibrinogeno	HEV – Ac
Coobs indirecto cuantitativo	Fibrinolisis	Hidatidosis
Coombs Directo	Fórmula Leucocitaria	Hierro % saturación
Coombs Indirecto	Fosfatasa Acida Total	Hierro Sérico
Coprocultivo	Fosfatasa Alcalina	HIV – P – 24
Coprofuncional	Fosfatidilglicerol en Líquido	Hongos, Cultivo e Identificación
Coproporfirinas	Amniótico	Hongos, Examen en Fresco
Cortisol	Fosfolípidos	Identificación de Parásitos
Cortisol AM	Fósforo	IGA
Cortisol PM	Fósforo (o)	IGA Secretoria
Cortisol Urinario	Fragilidad de los Hematíes	IGD
Crioaglutininas	Frotis de Sangre Periférica	IGE Total
Crioglobulinas	Fructosamina	IGG
Criptococcus		IGM
Cuerpos Cetónicos		Indices de Riesgo

Inmunoglobulina
 Inmunoglobulina en LCR
 L.C.R., Citoquímico
 L.C.R., Cultivo para BAAR
 L.C.R., Cultivo para Hongos
 L.C.R., Cultivo y ATB
 Latex en líquido pleural
 Látex en Líquidos biológicos
 Latex en orina
 Latex p/aspergillus antígeno
 Latex p/cándida antígeno
 Latex p/cryptococcus antíg.
 Latex p/streptococcus Grupo A
 Latex p/streptococcus Grupo B
 Lavado Broncoalveolar cultivo
 Lavado Broncoalveolar p/BAAR
 Lavado Broncoalveolar p/Hongos
 Lavado Gástrico Parásitos
 LDL Colesterol
 Legionella Pneumófila
 Lesión de Piel, Cult. p/Hongos
 Lesión de Piel, Hongos ex direc.
 Lesión de uñas, cultivo p/hongos
 Lesión Genital, Campo obscuro
 Lesión Genital, Col. de Fontana
 Lesión Genital, Colorac de Gram
 LH
 Linfa Cutánea, color. De Ziehl
 Lipasa
 Lípidos Totales
 Líquido (otros), Citoquímico
 Líquido Amniótico, Cult. y ATB
 Líquido Articular, Citoquímico
 Líquido Articular, Cristales
 Líquido Articular, Cultivo y ATB
 Líquido Ascítico, Anaerobios.
 Líquido Ascítico, Cult.p/hongos
 Líquido Ascítico, Cultivo y ATB
 Líquido Duodenal
 Líquido Gástrico, Cultivo y ATB
 Líquido Gastroduodenal, Parásitos
 Líquido Peritoneal, cultivo y ATB
 Líquido Pleural, Citoquímico
 Líquido Pleural, Cultivo y ATB
 Líquido Pleural, Hongos
 Litio
 Magnesio
 Magnesio (o)
 Magnesio Eritrocitario
 Marcadores Tumorales
 Microalbuminuria
 Mielocultivo
 Monotest
 Mucoproteínas

Mycoplasma, cultivo e identif.
 NTX / Pylilinks
 Orina Benedict
 Orina densidad
 Orina rutina
 Orina sedimento
 Orina, cultivo
 Osmolaridad
 Oxiurus
 P.C.R. (Proteína Creativa)
 P.C.R. Cuantitativa
 P.D.F.
 P.P.D.
 PAP (Fosfatasa Acida prostática)
 PAS- Antíg. Prostático Espicífico
 Peptido C
 Perfil de Coagulación-
 Coagulograma
 Perfil Hepático- Hepatograma
 Perfil Lipídico – Lipidograma
 Ph
 Plaquetas
 Plasma Seminal, Bioquímica
 Pneumocystis Caninii
 Porfobilinógeno
 Potasio
 Potasio (o)
 Progesterona
 Prolactina
 Proteínas de Bence Jones
 Proteínas Totales
 Proteínas Totales (o)
 Proteínas Totales A/G
 Protoporfirinas
 Prueba de Lazo
 Prueba de Tolerancia a la lactosa
 PTH
 Raspado de lengua, Hongos
 Rast
 Reacción de Hudleson
 Reacción de Paul Bunnell
 Reacción de Waaler Rose
 Reacción de Widal
 Recuento de Addis
 Recuento de Hamburger
 Reticulocitos
 Retracción del Coágulo
 Rotavirus
 Sangre Oculta o Guayaco
 Secreción Bucal, Cultivo
 Secreción Conjuntival, Cult. y ATB
 Secrec. Endocervical, Cult. y ATB
 Secreción Faringea, Cult. y ATB
 Secreción Faringea, Frotis

Secreción Nasal, Citología
 Secreción Nasal, Cultivo y ATB
 Secreción Otica, Cultivo y ATB
 Secreción Prostática, Frotis
 Secreción Purulenta, Cul. y ATB
 Secreción Traqueal, Cult. Y ATB
 Secreción Uretral, Cultivo y ATB
 Secreción Uretral, Frotis
 Secreción vaginal, Cult. Y ATB
 Secreción Vaginal, Fresco y Gram
 Secreción Vaginal, Frotis
 Secreción Vaginal, Ph
 Secrec. Vulvo vaginal, Cult. y ATB
 Sodio
 Sodio (o)
 Streptococcus Grupo A
 Streptococcus Grupo B
 Streptozima
 Sustancias Reductoras
 T.T.P.A
 T3
 T3 Uptake
 T4
 Test de Absorción Xilosa
 Test de O´Sullivan
 Test del Sudor
 Testosterona libre
 Testosterona total
 Tiempo de Coagulación
 Tiempo de Protrombina (TP)
 Tiempo de Recalcificación
 Tiempo de Sangría
 Timol
 Tine Test
 Tiroglobulina
 Toxina A p/Clostridium Diffic.
 Transferrina
 Troponina T
 TSH
 Ulcera genital, Cultivo y ATB
 Ureplasma
 Urobilina
 Urobilinógeno
 Van de Kramer
 Vancomicina
 VDRL Cualitativo
 VDRL Cuantitativo
 VDRL en L.C.R.
 Virocitos
 Vitamina B12
 VLDL Colesterol
 Yersenia cultivo

ANEXO II: RADIOLOGIA SIMPLE, todos las posiciones
Cobertura Total

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

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.

Audiometría	Dental Semiseriada
Biligrafina o Colangiografía endovenosa	Dental Seriada
Broncografía 2 lados	Doppler Vascular Periférico
Broncografía cada lado	Ecobiometría
Campo Visual	Ecocardiograma c/Doppler B-D
Cavum Contrastado	Eco-Stress
Centellografía de Tiroides	Electrocardiograma
Centellografía Osea	Electroencefalograma
Ciclopejia	Endoscopia Digestiva Alta
Cistografía	Endoscopia Nasal
Colangiografía Retrógrada c/Papilotomía	Ergometría
Colangiografía Endovenosa	Esófago, Estómago y Duodeno
Colangiografía Operatoria	Espirometría
Colangiografía Post-operatoria	Estudio de retina periférica
Colangiografía Retrógrada simple	Examen Funcional Laberíntico
Colecistografía Oral	Fistulografía H/2 placas
Colon Contrastado	Flebografía cada lado
Colon Doble Contraste	Galactograf. bilat. sin placa simple
Colon por Ingestión	Galactografía bilateral previa mamografía
Colonoscopia	Galactografía c/lado con previa
Colposcopia	Galactografía s/placa simple 1 lado
Curva Tensional	Gonioscopia
Densitometría Osea	Histerosalpingografía
	Holter 24 horas

Impedanciometría	RMN de Encéfalo
Laringofibroscofia	RMN de Cara
Laringografía contrastada	RMN de Mediastino
Laringoscopia	RMN de Muñeca
Linfografía 2 lados	RMN de Oído
Linfografía cada lado	RMN de Orbita
Logaudiometría	RMN de Partes Blandas
Mama (pieza operatoria) por placa	RMN de Pie
Mama (reparage p/Biopsia) por placa	RMN de Muslo
Mamografía	RMN de Pierna
Mamografía 1 lado	RMN de Senos Paranasales
Mamografía bilateral	RMN de Hipófisis
MAPA	RMN de Cuello
Mielografía s/contraste, ni especialista	Rinomanometría simple
Orbitas cada posición	Saco Lagrimal
Ortopantomografía	Senos faciales contrastados
Papanicolau	Sialografía Bilateral
Paquimetría	T.A.C. de Abdomen Inferior
Perfil Biofisico fetal	T.A.C. de Abdomen Superior
Pielografía Ascendente	T.A.C. de Columna Cervical
Pielografía Endovenosa o Riñón contrastado	T.A.C. de Columna Dorsal
Prueba Supraliminar	T.A.C. de Columna Lumbar
Queratometría	T.A.C. de Cráneo
Rectosigmoidoscopia	T.A.C. de Orbitas
Refracción computarizada	T.A.C. de Miembros
Resonancia Nuclear Magnética-RMN (2 G.F/año): exclusivamente en el Centro Médico La Costa	T.A.C. de Pelvis
RMN de Cráneo	T.A.C. de Pequeñas Partes
RMN de Rodilla	T.A.C. de Senos Paranasales
RMN de Columna Cervical	T.A.C. de Cara
RMN de Columna Dorsal	T.A.C. de Oído
RMN de Columna Lumbar	T.A.C. de ATM
RMN de Abdomen Superior	T.A.C. de Tórax
RMN de Abdomen Inferior	T.A.C. Helicoidal
RMN de Hombro	T.A.C. para punción
RMN de Cadera	Test Ortóptico
RMN de Pelvis	Ejercicios ortópticos hasta 10 ses/benef./año.
RMN de Tobillo	Timpanometría
RMN de ATM	Tránsito Intestinal o Intestina delgado
RMN de Codo	Uretrocistografía
RMN de Brazo	Urograma de Excreción

Procedimientos terapéuticos de Gastroenterología: Cobertura total

Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica
Extracción de cuerpos extraños tubo digestivo
Polipectomía endoscópica alta/ baja

**ANEXO IV: ECOGRAFIAS SIMPLES Y CON DOPPLER
Cobertura Total**

Ecografía Abdominal	Ecografía de Miembros
Ecografía de Bazo	Ecografía de Partes Blandas
Ecografía de Caderas	Ecografía de Pelvis
Ecografía de Cráneo-Encéfalo	Ecografía de Píloro
Ecografía de Hígado, Vías Biliares y Vesícula	Ecografía de Tiroides
Ecografía de Mamas	Ecografía de Tórax

Ecografía Ginecológica
Ecografía Intracavitaria c/ residuo
Ecografía Intra-operatoria
Ecografía Morfológica
Ecografía músculo-tendinosa
Ecografía Obstétrica
Ecografía Ocular
Ecografía Osteoarticular
Ecografía Pancreática

Ecografía Pediátrica
Ecografía Prostática
Ecografía Prostática Intracavitaria
Ecografía Renal
Ecografía Testicular
Ecografía Transvaginal
Ecografía Vesical
Monitoreo Ovulatorio

ANEXO V: FISIOTERAPIA AMBULATORIA TRAUMÁTICA
Cobertura Total hasta 20 Ses/benef/año de Cto.

Fomentaciones
Infrarrojo
Ondas cortas

Tracción cervical
Ultrasonido

PRIMAS MENSUALES en Gs.

PLAN VIP EMPRESARIAL

BENEFICIARIOS	PRIMAS MENSUALES IVA incluido
Titular hasta 69 años	436.939
Titular, cónyuge e hijos hasta 20 años	804.888
Padres y/ Suegros c/u de 0 a 54 años	395.545
Padres y/ Suegros c/u de 55 a 64 años	461.834
Padres y/ Suegros c/u de 65 a 69 años	627.396
Padres y/ Suegros c/u de 70 a 99 años	781.341
Hijo/a soltero/a mayor de 20 años c/u	206.969
Hermanos del Titular hasta 30 años c/u	436.939