

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)	30 ses/benef/año/Cto.
• Urgencias en Sanatorio	
○ Consulta con médico de guardia	
○ Procedimientos con médico de guardia:	
▪ Suturas	
▪ Curaciones	
▪ Extracción de cuerpos extraños	
▪ Drenajes de abscesos	
▪ Taponamiento nasal	
○ Electrocardiograma	
○ Medicamentos y descartables CM La Costa/SSR/SJ	100%
Otros Sanatorios en convenio	Hasta Gs. 100.000 por evento
○ Servicios de Enfermería:	
▪ Nebulizaciones con medicamentos	
▪ Aplicación de inyectables	
▪ Toma de Presión Arterial	
▪ Enema	
• Servicio Domiciliario Asunción y Gran Asunción	Ilimitado
○ Consultas	
○ Atención de urgencias y/o emergencias	
○ Medicamentos y descartables utilizados	
○ Electrocardiograma	
• Traslados en ambulancia Asunción y Gran Asunción	Ilimitado
Cobertura Sanatorial:	
○ Unidad cama:	35 días benef/año/Cto.
▪ Urgencia	
▪ Programadas	
○ Honorarios médicos Clínicos y/o Quirúrgicos:	
▪ Urgencia	
▪ Programadas	
○ Anatomía Patológica, biopsias simples	
○ Transfusiones sanguíneas (honorarios) por evento	Hasta 10
○ Derechos Operatorios:	
▪ Urgencia	
▪ Programados	
○ Uso de equipo de videolaparoscopia	
○ Uso de equipo de Artroscopia	
○ Medicamentos y descartables por evento	Hasta Gs. 700.000
○ Unidad de Terapia Intensiva	15 días benef/año/Cto.
▪ Adultos: Sanatorios del Grupo San Roque	
▪ Pediátrica/Neonatal: Sanatorio La Costa	
• Honorarios Terapeuta 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. 700.000
- Estudios Laboratoriales (anexo I)
- Estudios Radiológicos (anexo II)
- Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)
- Ecografías (anexo IV)

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 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. IDENTIFICACION:

- 3.1. 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.
- 3.2. La Tarjeta/Credencial de Identificación consignará:
 - 3.2.1. Nombre del Beneficiario, sea Titular o Adicional.
 - 3.2.2. Número de Cédula de Identidad.
 - 3.2.3. Fecha de Nacimiento.
 - 3.2.4. Plan de Cobertura, vigente a la fecha de la firma del contrato o a la renovación del mismo.
 - 3.2.5. Número de Beneficiario.
 - 3.2.6. Fecha de Ingreso.
- 3.3. 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.
- 3.4. 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.
- 3.5. 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.
- 3.6. Todo beneficiario tiene la obligación de comunicar, 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.

4. DE LAS COBERTURAS MÉDICAS:

El beneficiario gozará de las prestaciones médicas establecidas y descritas a continuación:

4.1. CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS: Cobertura Total.

- 4.1.1. 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.

- 4.1.2. El Beneficiario/paciente deberá convenir con el médico el día y la hora en que deberán concurrir al consultorio.
- 4.1.3. El beneficiario/paciente se obliga a cancelar con la debida anticipación las citas convenidas a las que no podrán concurrir.
- 4.1.4. 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.
- 4.1.5. 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.
- 4.1.6. Médico Copago: diferencia cargo paciente.

4.2. HONORARIOS MEDICOS CLINICO QUIRURGICOS:

- 4.2.1. Sólo se cubrirán honorarios de los profesionales que forman parte de la Guía Médica de Profesionales en Convenio.
- 4.2.2. Los honorarios médicos en internación, estarán directamente relacionados con la cantidad máxima de días con cobertura sanatorial.
- 4.2.3. 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.
- 4.2.4. 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.
- 4.2.5. Los honorarios del Anestesiólogo en convenio, tendrán cobertura total hasta los montos fijados por la Sociedad Paraguaya de Anestesiología.
- 4.2.6. 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 4.3. Los honorarios médicos de profesionales en Nivel Copago, tendrán cobertura parcial quedando los excedentes de cargo del beneficiario/paciente.
- 4.2.7. Formarán parte de la cobertura los honorarios profesionales, de médicos en convenio en las siguientes especialidades:
 - 4.2.7.1. **Anatomía Patológica**, estudios habituales de biopsias y/o piezas operatorias, excluye biopsias extemporáneas.
 - 4.2.7.2. **Alergología**, consultas en consultorio (vacunas y test alérgicos de cargo del beneficiario/paciente).
 - 4.2.7.3. **Anestesiología**, con profesionales en convenio.
 - 4.2.7.4. **Clínica Médica**.
 - 4.2.7.5. **Cirugía General**: Intervenciones quirúrgicas convencionales mayores y menores (con excepción de las excluidas expresamente).
 - 4.2.7.6. **Cirugías Videolaparoscópicas** para vesícula y apéndice.
 - 4.2.7.7. **Cirugías Artroscópicas** diagnósticas y/o terapéuticas de rodilla.
 - 4.2.7.8. **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.
 - 4.2.7.9. **Cirugías Plástica Reparadora**, en eventos agudos (Accidentes) y con el profesional en convenio con ASISMED para este tipo de eventos.
 - 4.2.7.10. **Cardiología Clínica**.
 - 4.2.7.11. **Hematología**, consultas.
 - 4.2.7.12. **Dermatología**: consultas en consultorio, incluye biopsias de piel y procedimientos menores en consultorio (no incluye procedimientos dermoestéticos, láser, medicamentos y materiales).
 - 4.2.7.13. **Diabetología y Endocrinología**, consultas.
 - 4.2.7.14. **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).
 - 4.2.7.15. **Flebología**, consultas en consultorio. Cirugías de várices (Safenectomía y Flebectomía).
 - 4.2.7.16. **Gastroenterología**:
 - 4.2.7.16.1.1. Consultas.
 - 4.2.7.16.2. Estudios Diagnósticos: según anexo III.
 - 4.2.7.16.3. Procedimientos Gastroenterológicos terapéuticos por Videoendoscopia:
 - 4.2.7.16.3.1. Extracción de cuerpos extraños del tubo digestivo.
 - 4.2.7.16.3.2. Polipectomía Endoscópica alta/baja.
 - 4.2.7.16.3.3. Colangiopancreatografía Retrógrada.
 - 4.2.7.17. **Ginecología y Obstetricia**, incluye cirugías por videolaparoscopia e histeroscopia, no relacionadas con diagnósticos de infertilidad.
 - 4.2.7.18. **Geriatría**, consultas.
 - 4.2.7.19. **Infectología**.
 - 4.2.7.20. **Hepatología**.
 - 4.2.7.21. **Mastología**.
 - 4.2.7.22. **Monitoreo del clínico** en intervenciones quirúrgicas a solicitud escrita del médico tratante.
 - 4.2.7.23. **Nefrología**, consultas.
 - 4.2.7.24. **Neumología**.
 - 4.2.7.25. **Neurología clínica**.
 - 4.2.7.26. **Nutrición**, consultas (Centro Médico La Costa).
 - 4.2.7.27. **Oftalmología**:
 - 4.2.7.27.1. Consultas.
 - 4.2.7.27.2. Cataratas (no incluye lente intraocular)
 - 4.2.7.27.3. Glaucoma.
 - 4.2.7.27.4. Chalazión.
 - 4.2.7.27.5. Heridas penetrantes simple del globo ocular.

- 4.2.7.27.6. Cuerpo extraño corneal.
- 4.2.7.27.7. Heridas de párpado.
- 4.2.7.27.8. Enucleación.
- 4.2.7.27.9. Lavado de vías lagrimales.
- 4.2.7.27.10. Heridas penetrantes complicadas del globo ocular.
- 4.2.7.27.11. Sutura conjuntiva.
- 4.2.7.27.12. Papiloma de párpado.
- 4.2.7.27.13. Inyección retrobulbar.
- 4.2.7.27.14. Heridas vías lagrimales.
- 4.2.7.27.15. Pterigión (no láser).
- 4.2.7.28. **Transfusiones**, hasta 15 transfusiones por evento. (no incluye irradiación del material, perfiles inmunológicos, ni materiales de transfusión).
- 4.2.7.29. **Urología**, incluye R.T.U. de Próstata.
- 4.2.7.30. **Traumatología**, incluye cirugías artroscópicas (ver 4.2.8.7.) y Artroplastia de cadera (no incluye prótesis).
- 4.2.7.31. **Pediatría**.
- 4.2.7.31.1. Vacunatorio: exclusivamente en el Sanatorio La Costa, las vacunas indicadas y proveídas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (de acuerdo a disponibilidad)
- 4.2.7.32. **Psiquiatría**, sólo consultas en consultorio hasta 3 por beneficiario/año de contrato. Otras consultas, arancel en convenio de cargo del paciente/beneficiario.
- 4.2.7.33. **Otorrinolaringología**, incluye procedimientos menores: lavado de oídos, cauterización nasal, extracción de cuerpo extraño en oído y nariz.
- 4.2.7.34. **Proctología**.
- 4.2.7.35. **Reumatología**, consultas.
- 4.2.8. La presencia del Hemoterapeuta en la sala de operaciones, será sin cargo para el beneficiario/paciente.
- 4.2.9. 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.
- 4.3. INTERNACIONES**
- 4.3.1. Cada Beneficiario/paciente tiene derecho a Cobertura total por un máximo de 35 días/año/contrato, en los Sanatorios del Grupo San Roque, otros sanatorios en convenio previa autorización/hoja de cobertura.
- 4.3.2. Las internaciones se realizarán, principalmente en los Sanatorios del Grupo San Roque, 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.
- 4.3.3. 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 15 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).
- 4.3.4. 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.
- 4.3.5. En el supuesto que los Sanatorios del grupo San Roque, no dispongan de habitaciones libres, se procederá a la derivación del Beneficiario/paciente previa autorización de la Empresa, a otro Centro en convenio.
- 4.3.6. 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.
- 4.3.7. 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.
- 4.3.8. Medicamentos y materiales descartables en internación clínica y/o quirúrgica: hasta Gs.700.000.- (Guaraníes setecientos mil), por evento.
- 4.3.9. Derechos operatorios cirugías convencionales, videolaparoscópicas, videoendoscópicas y artroscópicas: Cobertura total en los Sanatorios del Grupo San Roque.
- 4.3.10. Derechos operatorios e internaciones, cobertura total en los Sanatorios del Grupo San Roque:
 - 4.3.10.1. Neurocirugía.
 - 4.3.10.2. Cardiocirugía.
 - 4.3.10.3. Cirugía Plástica Reparadora.
 - 4.3.10.4. Cirugía Odontológica.
 - 4.3.10.5. Cirugía Torácica.
 - 4.3.10.6. Cirugía Vascul ar Periférica.
- 4.3.11. 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
- 4.3.12. Uso de equipos durante la internación que sean propios de los Sanatorio del Grupo San Roque, cobertura total, considerándose los siguientes:
 - 4.3.12.1. Rayos X.
 - 4.3.12.2. Ecógrafo.

- 4.3.12.3. Colchones de aire-agua.
- 4.3.12.4. Tomógrafo.
- 4.3.12.5. Electrocardiógrafo.
- 4.3.12.6. Monitores.
- 4.3.12.7. Máquina de anestesia.
- 4.3.12.8. Videolaparoscopia.
- 4.3.12.9. Microscopio.
- 4.3.12.10. Facoemulsificador.
- 4.3.12.11. Arco en C.
- 4.3.12.12. Saturómetro.
- 4.3.12.13. Videoesoscopia.
- 4.3.12.14. Artroscopia.
- 4.3.12.15. Goteo Electrónico.
- 4.3.13. 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.

4.4. MATERNIDAD (No incluye eventos derivados de Tratamientos de Fertilidad)

- 4.4.1. La cobertura contempla:
 - 4.4.1.1. Honorarios médicos en convenio, incluyendo analgesia en parto normal. Profesionales Nivel Copago, ASISMED cubre parcialmente los honorarios
 - 4.4.1.2. Internación de la madre, según lo determine el médico tratante.
 - 4.4.1.3. Internación del recién nacido (Nursery), según lo determine el médico tratante.
 - 4.4.1.4. Cuna térmica, luminoterapia convencional, carpa de oxígeno, incubadora simple y de transporte, hasta 15 días.
 - 4.4.1.5. Medicamentos y Materiales Descartables, Cobertura Total hasta Gs. 700.000. No forman parte de la cobertura leche maternizada, biberones, chupetes, pañales desechables, faja y otros artículos no considerados materiales descartables clínico/quirúrgicos.
 - 4.4.1.6. Derecho a Sala de Partos o Quirófano.
- 4.4.2. 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.
- 4.4.3. Los hijos nacidos bajo la cobertura de ASISMED, deberán ser incorporados dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento y las condiciones de su ingreso se ajustarán a lo determinado en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan.
- 4.4.4. La cobertura de maternidad, sólo es extensiva a la cónyuge del Beneficiario Titular o directamente a la Titular del Contrato.
- 4.4.5. 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.

4.5. URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS EN SANATORIO

- 4.5.1. Los Sanatorios del Grupo San Roque, disponen las 24 horas de médicos de guardia en las especialidades de:
 - 4.5.1.1. Clínica Médica.
 - 4.5.1.2. Cirugía General.
 - 4.5.1.3. Pediatría y Gineco-obstetricia, exclusivamente en el Sanatorio La Costa.
 - 4.5.1.4. Servicio de enfermería.
 - 4.5.1.5. Laboratorio.
 - 4.5.1.6. Radiología.
 - 4.5.1.7. Estudios diagnósticos.
- 4.5.2. 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:
 - 4.5.2.1. Suturas.
 - 4.5.2.2. Curaciones.
 - 4.5.2.3. Drenajes de abscesos, hematomas, etc.
 - 4.5.2.4. Extracción de uña encarnada.
 - 4.5.2.5. Extracción de cuerpo extraño.
 - 4.5.2.6. Enyesados simples. No incluye yeso acrílico
 - 4.5.2.7. Taponamiento nasal.
- 4.5.3. Medicamentos y descartables para procedimientos realizados en el servicio de urgencias por el médico de guardia o interconsultor: Cobertura Total en los Sanatorios del grupo San Roque. En otros sanatorios en convenio: cobertura hasta Gs. 100.000 (Guaraníes ciento cincuenta mil). No incluye antibióticos, ni medicamentos y descartables de receta ambulatoria.
- 4.5.4. 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:
 - 4.5.4.1. Estudios Laboratoriales.
 - 4.5.4.2. Radiología simple.
 - 4.5.4.3. Electrocardiograma.
 - 4.5.4.4. Ecografías.
 - 4.5.4.5. Tomografías computarizadas.

4.5.5. Procedimientos de enfermería, complementarios a la consulta médica:

4.5.5.1. Nebulizaciones, con medicamentos.

4.5.5.2. Aplicación de inyectables. No incluye antibióticos.

4.5.5.3. Toma de Presión Arterial.

4.5.5.4. Enema evacuador, sin medicamento.

4.5.6. 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.

4.5.7. 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.

4.5.8. 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 a los Sanatorios del Grupo San Roque.

4.5.8.1. 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 a los Sanatorios del Grupo San Roque, 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.

4.5.8.2. 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).

4.6. URGENCIA, EMERGENCIAS Y CONSULTAS DOMICILIARIAS:

4.6.1. 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:

4.6.1.1. Atención de urgencia y/o emergencias, cobertura total.

4.6.1.2. Traslados al Sanatorio derivados de la urgencia y/o emergencia, cobertura total.

4.6.1.3. Electrocardiograma a domicilio, cobertura total.

4.6.1.4. Medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia, cobertura total.

4.6.1.5. Consulta médica a domicilio, cobertura total.

4.6.2. Zona de cobertura: Asunción y Gran Asunción.

4.7. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS AMBULATORIOS: Cobertura 100%.

Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico en convenio, 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.

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

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

4.7.1.2. 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.

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

4.7.2. **Radiología simple,** Centro Médico La Costa atención 24 horas.

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

4.7.2.2. Traslados de equipos en internación en los Sanatorios del Grupo San Roque, cobertura total.

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

4.7.3. **Estudios de videoendoscopia:** Centro Médico La Costa, incluye uso de sala de procedimientos, uso de equipo e internación en caso necesario. Ver anexo III.

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

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

4.7.4.1. 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 electrónico.

4.7.4.2. 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.

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

4.7.5. **Ecografías Medicina Interna:** Centro Médico La Costa, no requiere visación previa.

4.7.5.1. 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.

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

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

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

4.7.8. **Medicamentos, Contrastes y descartables:** Cargo paciente.

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

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

4.8.1.1. Ondas cortas, magnetoterapia, láser.

4.8.1.2. Ultrasonido, Infrarrojo, Tracción cervical.

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

4.8.3. Fisioterapia de origen no Traumática (lumbalgia, cervicalgia, dorsalgia, respiratoria y otras), cobertura total con prestadores en convenio, hasta 10 sesiones beneficiario/año de contrato.

4.9. ARANCEL DIFERENCIADO

4.9.1. 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 en su totalidad.

4.9.1.1. Análisis de Laboratorio Especializados, no incluidos en anexo 1

4.9.1.2. Estudios Diagnósticos Especializados, no incluidos en anexo 3

4.9.1.3. Ecografías, no incluidas en anexo 4

4.9.1.4. Cirugías y Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos en las especialidades de Neurocirugía, Cardiovascular, Endocrinología, Cirugía Torácica, Máxilo-Facial. Microcirugías, implantes, trasplantes, plastias y otras cirugías y procedimientos no contemplados en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado

4.9.1.5. Anatomía Patológica: Biopsias extemporáneas y estudios de Biología Molecular

4.9.1.6. Radioterapia y Quimioterapia

4.9.1.7. Procedimientos Terapéuticos por Litotripsia, Rayos Láser, Hemodinamia Intervencionista

4.9.1.8. Estudios Diagnósticos y Tratamientos con Cobertura total que excedan los topes estipulados

4.9.1.9. Enfermedades neoplásicas, después del primer acto quirúrgico

4.9.1.10. Patologías quirúrgicas asociadas al recién nacido pre-termino.

4.9.1.11. Tratamientos de Fisioterapia en Sanatorio y/o domicilio. Hidroterapia

4.9.1.12. Internaciones clínico-quirúrgicas en las especialidades de Neurocirugía, Vascular Periférica, Endocrinología, Cirugía Torácica, Máxilo Facial

4.9.1.13. Enfermedades crónicas y/o estado de gravidez de la beneficiaria y/o su adherente, pre-existente a su incorporación al plan contratado. Malformaciones congénitas y alteraciones genéticas.

4.9.1.14. Internación en la Unidad de Terapia Intensiva, con el detalle estipulado en la Cobertura, cuando ésta exceda los 15 días por año de Contrato por Beneficiario.

4.9.1.15. Terapias de sustitución renal

4.9.1.16. Tratamientos de Odontología, Fonoaudiología, Foniatría y Psicología

4.9.1.17. Honorarios Médicos en la especialidad de Psiquiatría, después de la tercera consulta en consultorio.

4.9.1.18. Gastos relacionados y derivados de Tratamientos por Obesidad Mórbida incluyendo Cirugía bariátrica.

4.9.1.19. Tratamientos y Cirugías Electivas y Paliativas

4.9.1.20. Soporte nutricional especializado (enteral y/o parenteral)

4.9.1.21. Embarazos y partos consecuentes o producto de los tratamientos de fertilización asistida, incluyendo: los estudios de diagnósticos, como por ejemplo: Ecografía, 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.

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

4.9.1.23. Honorarios y gastos derivados de Trasplantes (donante/receptor).

4.9.1.24. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación en competencias o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole.

4.9.1.25. 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 Beneficiaria Titular o cónyuge del Beneficiario Titular.

4.9.1.26. Internación psiquiátrica y/o psicológica

4.9.1.27. Pruebas relacionadas con Genética (Ej. Prueba de paternidad)

5. DE LAS LIMITACIONES EN LA COBERTURA

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

5.1.1. Prestaciones médicas y/o sanatorias de cualquier tipo, incluyendo Honorarios Médicos, estudios diagnósticos, gastos de internación por eventos relacionados y/o derivados de las siguientes condiciones:

5.1.1.1. Por la ingestión y/o bajo los efectos del alcohol.

5.1.1.2. Abuso de drogas ilegales y/o de medicamentos de prescripción, al igual que de otras sustancias tóxicas.

5.1.1.3. Intento de suicidio y sus secuelas ya sean físicas o mentales.

5.1.1.4. Estados de enajenamiento mental.

5.1.1.5. Alcoholicismo crónico.

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

5.1.1.7. Tratamientos originados por lesiones o enfermedades producidas por epidemias oficialmente declaradas y fenómenos de la naturaleza que sean declarados catástrofe nacional por las autoridades competentes.

5.1.1.8. Maniobras delictuosas o criminales, riñas, actos de guerra, desordenes populares, actos o atentados terroristas de cualquier naturaleza.

5.1.1.9. Aborto provocado y cualquier otra lesión causada de manera intencional por el beneficiario a sí mismo.

5.1.1.10. 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 dichas patologías.

5.1.1.11. Cirugías estéticas o de embellecimiento, podología, dermoestética y cosmiatría.

- 5.1.1.12. Tratamientos de esterilidad, fertilidad y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación de D.I.U. (dispositivo intrauterino).
- 5.1.1.13. Servicios que debido a extrema urgencia sean utilizados por los 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.
- 5.1.1.14. Trasplante de órganos.
- 5.1.2. Materiales, instrumentales, dispositivos, insumos y/o medicamentos no considerados en la cobertura y/o que excedan los toques consignados en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado:
 - 5.1.2.1. Todo material no recuperable que se utilice para tratamientos clínico/quirúrgicos, incluyendo los utilizados en procedimientos ambulatorios.
 - 5.1.2.2. Contrastes, isótopos radioactivos.
 - 5.1.2.3. Plasma y sangre, así como bolsas de transfusión.
 - 5.1.2.4. Productos y preparados nutrición enteral y/o parenteral.
 - 5.1.2.5. Marcapasos, gafas, biomateriales, órtesis, prótesis, endoprótesis, implantes, explantes, espirales (coils), fibras (láser) y otros dispositivos.
 - 5.1.2.6. Materiales/insumos específicos de uso no habitual o que no sean proveídos por el sanatorio en convenio con la Empresa.
 - 5.1.2.7. 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, aun cuando ellos sean comercializados por farmacias u otras instituciones.
 - 5.1.2.8. Silla de ruedas, catres clínicos, balón de oxígeno y otros elementos de uso hospitalario que paciente pueda requerir fuera del ámbito sanatorial.
- 5.1.3. Habitación que pudiera ser utilizada por los familiares, mientras el paciente se encuentre internado en la unidad de terapia intensiva, incluyendo gastos de acompañante en general.
- 5.1.4. Traslados aéreos. Servicios utilizados fuera de la República de la Paraguay.
- 5.1.5. No serán cubiertos por la Empresa todos aquellos gastos derivados de tratamientos, prácticas o cirugías enunciadas a continuación:
 - 5.1.5.1. Que se encuentren en estado experimental.
 - 5.1.5.2. Que no sean avalados científicamente.
 - 5.1.5.3. Que se opongan a normas legales vigentes.
 - 5.1.5.4. Curas de adelgazamiento, reposo, rejuvenecimiento o similares. Celuloterapia, acupuntura, digitopuntura o similar. Medicinas alternativas.
- 5.1.6. Vacunas, excepto las proveídas por el MSP y BS y que se encuentren disponibles en el vacunatorio del Centro Médico La Costa.
- 5.1.7. Todo lo que no esté debidamente expresado en el Contrato y sus anexos.

6. FINALIZACION DE LA COBERTURA

- 6.1. 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:
 - 6.1.1. Para determinar pacientes con muerte cerebral se aplicará el protocolo de muerte cerebral establecido por el INAT.
 - 6.1.1.1. 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. Pacientes en estado de coma y/o estado vegetativo persistente, cuya condición supere las 4 semanas sin lograr recuperación total de conciencia:
 - 6.1.2.1. El estado vegetativo persistente 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.
 - 6.1.2.2. El coma es un estado grave de pérdida de consciencia, constituye un síndrome y una expresión de un fuerte trastorno de las funciones cerebrales.
 - 6.1.3. En estos casos 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.

ANEXO I: ESTUDIOS LABORATORIALES

Cobertura Total

RUTINA	Asto	Cultivo de punta de catéter
Acido Úrico	Azúcares Reductores	Cultivo p/ Gérmenes Comunes
Acido Úrico (o)	Beta HCG Cuantitativo (1/año)	Cultivo para Aerobiosis
Colesterol Total	Bicarbonato actual	Cultivo para Anaerobiosis
Creatinina	Bilirrubina Directa	Cultivo para BAAR
Creatinina (o)	Bilirrubina Indirecta	Cultivo para Campylobacter
Glicemia	Bilirrubina Total	Cultivo para Hongos
Glicemia (o)	Bilis, cultivo y ATB	Cultivo para Hongos de biopsia
Hemograma c/eritrosediment.	Búsqueda de Ácaros	Cultivo para Listeria
Orina	C.E.A.	Curva de Glicemia (embarazo)
Recuento Glóbulos Blancos	C3	Curva de Glicemia 3 horas
Recuento Glóbulos Rojos	C4	Curva de Glicemia 4 horas
Tipificación	Calcio	Curva de Glicemia 5 horas
Triglicéridos	Calcio (o)	Dehidrostesterona
Urea	Calcio Iónico	Detección de cristales
Urea (o)	Calcitonina	DHEA sulfato (DHEA-SO4)
ESPECIALIZADOS	Cálculo Urinario	Electroforesis de Hemoglobina
Acido Acetil Salicílico	Campylobacter, cultivo y ATB	Electroforesis de Lipoproteínas
Acido Fenilpirúvico	Células L.E.	Electroforesis de Proteínas
Acido Fólico	Cetonemia	Electroforesis de Proteínas LCR
Acido Láctico	Cetonuria	Electrolitos (NA, CL, K)
Acido Valproico	CH 50	Electrolitos (o)
Acido Vanil Mandélico	Chagas Ac IgM	Enzimas Cardiacas
ACTH	Chagas-Ac IgG	Eritrosedimentación
Aglutininas Anti A	Chlamydias Ac	Esperma, Cultivo y ATB
Aglutininas Anti B	Chlamydias orina	Espermograma
Albumina	Chlamydias sec conjuntival	Espudo, coloración de Ziehl
Aldolasa	Chlamydias sec genital	Espudo, Cultivo p/ Gérmenes Comunes
Alfa 1 antitripsina	Citomegalovirus col Giemsa	Espudo, Cultivo p/Eosinófilos-
Alfafetoproteína (AFP)	CK – MB	Mastocitos
Amilasa	CK Total	Espudo, Cultivo para BAAR
Amilasa (o)	Clearance de Creatinina	Espudo, Cultivo y ATB
Amonio	Clearance de Urea	Espudo, frotis
ANA (Antic. Antinucleares)	Cloruros	Estudio capilar invest. Hongos
Ant. Anticitomegalovirus IgG	Cloruros (o)	Examen en Fresco
Ant. Anticitomegalovirus IgM	Cloruros L.C.R.	Exceso de base
Ant. Antitoxoplasma IgG	CMV IgG	Excreción de Creatinina
Ant. Antitoxoplasma IgM	CMV IgM	Factor Reumatoideo (Artritest)
Anti Core IgG HBC – ac(1/año)	Coagulograma	Fenil Alanina
Anti Core IgM HBC – ac(1/año)	Cobre	Fenil Cetonuria
Anti Trypanosoma IgG	Colesterol Total	Fenil Hidantoina
Anti Trypanosoma IgM	Colinesterasa	Ferritina
Antibiograma	Coloración con Tinta China	Fibrinogeno
Antic. Anti Hidatídico	Coloración de Giemsa	Fibrinólisis
Antic. Anti DNA	Coloración de Gram	Fórmula Leucocitaria
Antic. Anti HIV	Coloración de Ziehl-Neelsen	Fosfatasa Acida Total
Antic. Anti Rubeola IgG	Coobs indirecto cuantitativo	Fosfatasa Alcalina
Antic. Anti Rubeola IgM	Coombs Directo	Fosfatidilglicerol en Líquido Amniótico
Antic. Antigliadina	Coombs Indirecto	Fosfolípidos
Antic. Antilisteria	Coprocultivo	Fósforo
Antic. Antimúsculo liso	Coprofuncional	Fósforo (o)
Antic. Antitiroglobulinas	Coproporfirinas	Fragilidad de los Hematíes
Antic. Antitiroideos	Cortisol (1/año)	Frotis
Antic. Chagas IGG	Cortisol AM (1/año)	Frotis de Sangre Periférica
Antic. Chagas IGM	Cortisol PM (1/año)	Fructosamina
Anticardiolipina IgM	Cortisol Urinario (1/año)	FSH
Anticardiolipina IgG	Crioaglutininas	FT3 (T3 Libre)
Antíg. Carcino Embrionario CEA	Crioglobulinas	FT4 (T4 libre)
Antígeno de superficie	Criptococcus	FTA-ABS en L.C.R. (1/año)
Antígenos Febriles	Cuerpos Cetónicos	FTA-ABS IgG (1/año)
Artritest (Factor Reumatoideo)	Cuerpos Cetónicos (o)	FTA-ABS IgM (1/año)
Aspecto del Suero	Cultivo	FTI (1/año)

G.O.T.
G.P.T.
Gamma GT
Gamma Globulina
Gases Arteriales
Gasometría Venosa
Glicemia Pre y Post – Prandial
Globulina
Gravindex
Guayaco
HAV IgG
HAV IgM
HBA 1 C (Hemoglobina Glicosilada)
HBE – Ac
HBS – Ac
HBS – Ag (Antígeno de Superficie)
HCG Cualitativo
HCG Cuantitativo (1/año)
HCV – Hepatitis C (1/año)
HDL Colesterol
Heces Benedict
Heces Frotis
Heces, Ex. Parasitología Seriado
Heces, Examen Parasitológico
Heces, Flora Microbiana
Heces, Hongos
Heces, Microscopía Funcional
Hematocrito
Hematrocrito c/muestra
Hemocultivo en Aerobiosis
Hemocultivo en Anaerobiosis
Hemoglobina
Hemoglobina Fetal
Hemoglobina Glicosilada
Hemograma completo
Hemoparásitos (gota gruesa)
Hemoparásitos, observ. Directa
Hepatitis C
Herpes – Ac
Herpes en Sec. Genital
HEV – Ac
Hidatidosis
Hierro
Hierro % saturación
Hierro Sérico
HIV- P24
Hongos, Cultivo e Identificación
Hongos, Examen en Fresco
Identificación de Parásitos
IGA
IGA Secretoria
IGD
IGE Total
IGG
IGM
Indíces de Riesgo
L.C.R., Citoquímico
L.C.R., Cultivo para BAAR
L.C.R., Cultivo para Hongos
L.C.R., Cultivo y ATB
Látex en L.C.R.
Látex en líquido pleural
Látex en Líquidos biológicos
Latex 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
LDH
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
Magnésio
Magnésio (o)
Magnesio Eritrocitario
Microalbuminuria
Mielocultivo
Monotest
Mucoproteínas
Mycoplasma, cultivo e identif.
Nitrógeno Ureico
Orina sedimento
NTX - Pylilinks
Orina, cultivo
Oxiurus
P.C.R. (Proteína Creativa)
P.C.R. Cuantitativa
P.D.F.
P.P.D.
PAP (Fosfatasa Acida prostática)
PAS- Antíg. Prostático Específico
Perfil de Coagulación-Coagulograma
Perfil Hepático- Hepatograma
Perfil Lipídico – Lipidograma
Ph
Ph Heces
Ph Orina

Plaquetas
Plasma Seminal, Bioquímica
Pneumocystis Caninii
Porfobilinógeno
Potasio
Potasio (o)
Proteína C Reactiva Cuantitativa
Proteínas de Bence Jones
Proteínas Totales
Proteínas Totales (o)
Proteínas Totales A/G
Protorfirinas
Prueba de Lazo
PTH
Punta de Catéter. Cultivo y ATB
Raspado de lengua, Hongos
Reacción de Hudleson
Reacción de Paul Bunnell
Reacción de Waaler Rose
Reacción de Widal
Recuento de Addis
Recuento de Hamburguer
Recuento de Plaquetas
Reticulocitos
Retracción del Coágulo
Rotavirus
Rubéola IgG
Rubéola IGM
Sangre Oculta o Guayaco
Secreción Bucal, Cultivo
Secreción Conjuntival, Cult. y ATB
Secrec. Endocervical, Cult. y ATB
Secrec. Vulvo vaginal, cultivo y ATB
Secreción Bucal, cultivo
Secreción Conjuntival, Cult. y ATB
Secreción Faringea, Cult. y ATB
Secreción Faringea, Frotis
Secreción Nasal, Citología
Secreción Nasal, Cultivo y ATB
Secreción Orica, 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 y Endocervical
Secreción vaginal, Cult. Y ATB
Secreción Vaginal, Fresco y Gram
Secreción Vaginal, Frotis
Secreción Vaginal, Ph
Secrec. Endocervical, cultivo y antibiograma
Secrec. Vulvo vaginal, Cult. y ATB
Sódio
Sódio (o)
Streptococcus Grupo A
Streptococcus Grupo B
Sustancias Reductoras
T.T.P.A
T3
T3 Libre
T3 Total
T3 Uptake
T4

T4 Libre	Tiempo de Coagulación y Sangría	Úlcera genital, Cultivo y ATB
T4 Néonatal	Tiempo de Protrombina (TP)	Ureplasma
T4 Total	Tiempo de Recalcificación	Urobilina
T4 Uptake	Tiempo de Sangría	Urobilinógeno
Test de Absorción Xilosa	Timol	VDRL Cualitativo
Test de Coombs directo	Tine Test	VDRL Cuantitativo
Test de Coombs indirecto	Tiroglobulina	VDRL en L.C.R.
Test de Dengue IGG	Toxina A p/Clostridium Diffic.	Virocitos
Test de Dengue IGM	Transferrina	VLDL Colesterol
Test de O'Sullivan	Troponina (1/año)	Yersenia Cultivo
Test del Sudor	TSH	
Tiempo de Coagulación	TSH Neonatal	

ANEXO II: RADIOLOGIA SIMPLE, todos las posiciones

Cobertura Total

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

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.

Anoscopia	Ecobiometría
Audiometría	Ecocardiograma c/Doppler B-D
Broncoscopia	Ejercicios Ortópticos hasta 10 sesiones
Broncofibroscopia	Electrocardiograma
Broncografía	Electroencefalograma
Campo Visual	Endoscopia Digestiva Alta
Cavum Contrastado	Endoscopia Nasal
Cistoscopia	Ergometría
Cistografía	Esófago, Estómago y Duodeno
Colangiografía Endovenosa	Espinografía
Colangiografía Operatoria	Espirometría
Colangiografía Post-operatoria	Estómago doble contraste
Colangiografía Retrógrada simple	Estómago y Duodeno
Colecistografía Oral	Fistulografía
Colon Contrastado	Flebografía
Colon Doble Contraste	Galactografía bilateral 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	Histerosalpingografía
Densitometría Osea	Holter 24 horas
Dental Semiseriada	Impedanciometría
Dental Seriada	Intestino Delgado
Doppler Fetal	Laringofibroscopia
Doppler Vascular Periférico	Laringografía contrastada
Eco-Sres/ Eco Esfuerzo	Laringoscopia

Linfografía 2 lados
 Linfografía cada lado
 Logoaudiometría
 Mama (Pieza Operatoria)
 Mamografía
 Mamografía unilateral
 Mamografía bilateral
 Melografía
 Monitoreo Fetal
 Otomicroscopía
 Ortopantomografía
 Papanicolau
 Paquimetría
 Perfil Biofísico fetal
 Pielografía Ascendente
 Pielografía Endovenosa o Riñón contrast.
 Punción biópsica y/o evacuadora
 Rectosigmoidoscopia
 Resonancia Nuclear Magnética (2G.F/año): exclusivamente en el Centro Médico La Costa
 RMN de Cráneo
 RMN de Rodilla
 RMN de Columna Cervical
 RMN de Columna Dorsal
 RMN de Columna Lumbar
 RMN de Abdomen Superior
 RMN de Abdomen Inferior
 RMN de Hombro
 RMN de Cadera
 RMN de Pelvis
 RMN de Tobillo
 RMN de ATM
 RMN de Codo
 RMN de Brazo

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

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 de Bazo
 Ecografía de Hígado, Vías Biliares y Vesícula
 Ecografía de Brazo
 Ecografía Intaoperatoria
 Ecografía de Mamas
 Ecografía de Pelvis
 Ecografía de Píloro
 Ecografía Prostática Intracavitaria
 Ecografía de Tiroides
 Ecografía de Tórax Ecografía Testicular
 Ecografía Transvaginal

Ecografía Ginecológica
 Ecografía Obstétrica
 Ecografía Ocular
 Ecografía Morfol. Contad.Cromosom
 Ecografía Morfológica
 Ecografía Pancreática
 Ecografía Pediátrica
 Ecografía Prostática
 Ecografía Testicular
 Ecografía Renal
 Ecografía de Caderas

ANEXO V: FISIOTERAPIA AMBULATORIA TRAUMÁTICA

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

Ultrasonido
 Fomentaciones
 Infrarrojo
 Ondas cortas
 Tracción cervical
 Ultrasonido

ANEXO DE PRIMAS MENSUALES EN GS.

MEDICAL EMPRESARIAL	
GRUPO FAMILIAR INTEGRADO POR	PRIMAS C/IVA
Titular sólo hasta 59 años	280.000
Titular, cónyuge y hasta 3 hijos, hasta 20 años	770.000
Titular y cónyuge (ambos hasta 64 años)	480.000
ADHERENTES	PRIMAS C/IVA
Hijos hasta 20 años c/u	170.000
Hijos de 21 años en adelante c/u	250.000
Padres y/o Suegros del Titular hasta 70 años c/u	470.000

***Obs.:** Se realizará el cambio de prima según el rango etario que corresponda a cada beneficiario. Esta nueva prima registrará inmediatamente al mes siguiente de haber cumplido años de edad.