

PLAN MEDICAL EMPRESARIAL

Servicios con Cobertura	Cantidad	Vigencia
Cobertura Ambulatoria:		
• Consultas en consultorio	Ilimitada	Inmediata
• Estudios Laboratoriales de rutina (anexo I)	Ilimitados	Inmediata
• Estudios Laboratoriales especializados (anexo I)	Ilimitados	60 días
• Radiología simple (anexo II)	Ilimitada	Inmediata
• Radiología contrastada (anexo III)	Ilimitada	60 días
• Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)	Ilimitados	60 días
• Ecografías Medicina Interna (anexo IV)	Ilimitadas	60 días
• Estudios de Salud Fetal	Ilimitados	60 días
• Honorarios Anestesiólogo en estudios diagnósticos	Ilimitado	60 días
• Fisioterapia Traumática (anexo V)	20 ses/benef/año/Cto.	60 días
• Urgencias en Sanatorio		Inmediata
○ 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:	Hasta Gs. 50.000	
○ Servicios de Enfermería:		
▪ Nebulizaciones con medicamentos		
▪ Aplicación de inyectables		
▪ Toma de Presión Arterial		
▪ Enema		
• Servicio Domiciliario Asunción y Gran Asunción	Ilimitado	Inmediata
○ Consultas		
○ Atención de urgencias y/o emergencias		
○ Medicamentos y descartables utilizados		
○ Electrocardiograma		
• Traslados en ambulancia Asunción y Gran Asunción	Ilimitado	Inmediata
Cobertura Sanatorial:		
○ Unidad cama:	30 días benef/año/Cto.	Inmediata
▪ Urgencia		
▪ Programadas		150 días
○ Honorarios médicos Clínicos y/o Quirúrgicos:		
▪ Urgencia		Inmediata
▪ Programadas		150 días
○ Anatomía Patológica, biopsias simples		150 días
○ Transfusiones sanguíneas (honorarios) por evento	Hasta 10	150 días
○ Derechos Operatorios:		
▪ Urgencia		Inmediata
▪ Programados		150 días

Servicios con Cobertura	Cantidad	Vigencia
<ul style="list-style-type: none"> ○ Uso de equipo de videolaparoscopia ○ Uso de equipo de artroscopia ○ Medicamentos y descartables por evento ○ Unidad de Terapia Intensiva <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adultos: Sanatorio San Roque y Sanatorio La Costa ▪ Pediátrica/Neonatal: Sanatorio La Costa <ul style="list-style-type: none"> • Honorarios Terapista en convenio • Estudios Laboratoriales (anexo I) • Estudios Radiológicos (anexo II) • Estudios Diagnósticos especializados (anexo III) • Ecografías (anexo IV) 	 Hasta Gs. 600.000 15 días benef/año/Cto.	 150 días 150 días 150 días 150 días
Cobertura de Maternidad:		
<ul style="list-style-type: none"> • Internación de la madre • Nursery • Uso de Carpa de Oxígeno, Luminoterapia e incubadora • Derecho a sala de parto o quirófano • Honorarios Médicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Obstetra ○ Ayudantes (Cesárea) ○ Pediatra ○ Anestesiólogo ○ Transfusionista (Cesárea) • Medicamentos y descartables (evento sin complicaciones) • Estudios Laboratoriales (anexo I) • Estudios Radiológicos (anexo II) • Estudios Diagnósticos especializados (anexo III) • Ecografías (anexo IV) 	 Según indicación Médica Según indicación médica Hasta 15 días Hasta Gs. 600.000	 300 días

CARENCIAS ESTABLECIDAS PARA:

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

CONDICIONES GENERALES DE PRESTACION Y BENEFICIOS PLAN MEDICAL EMPRESARIAL

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

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

1.1. PLAN MEDICAL EMPRESARIAL

2. REQUISITOS:

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

3. DEFINICIONES:

- 3.1. **ACCIDENTE:** Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevisto, fortuito, súbito y violento por cuya consecuencia un beneficiario puede sufrir lesiones corporales que requieran atención médica o le causen la muerte.
- 3.2. **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 BASICA:** 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:** Paciente que deja el establecimiento/servicio hospitalario, ya sea por alta, por defunción (óbito), o por traslado (transferencia).
- 3.15. **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.
- 3.16. **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 SAN ROQUE a través de su Departamento Médico.
- 3.17. **ENFERMEDADES O DESORDENES CONGENITOS:** Son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten.
- 3.18. **ENFERMEDADES CRÓNICAS:** Son aquellas persistentes o que continúan durante un periodo de tiempo igual o superior a 6 semanas.
- 3.19. **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.
- 3.20. **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.
- 3.21. **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.
- 3.22. **INTERNACION:** Admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un periodo igual o mayor a 24 horas.
- 3.23. **NIVELES:** Valor arancelado pactado entre la Empresa y el Prestador.
- 3.24. **PACIENTE INTERNADO:** Paciente que, admitido en el hospital, pasa a ocupar una cama por un período mayor de 24 horas.
- 3.25. **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 periodo los servicios sujetos a carencia de cobertura se beneficiaran con Aranceles Diferenciados.
- 3.26. **PLAN DE SALUD:** Es el Menú de Prestaciones Médicas, Sanatorias y Diagnósticas establecidas en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado.
- 3.27. **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.
- 3.28. **URGENCIA MEDICA:** 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, sanatorios 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.
 - 4.2.5. Número de Beneficiario.
 - 4.2.6. Fecha de Ingreso.
- 4.3. La pérdida o extravío de la Tarjeta/Credencial de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa adjuntando copia de la denuncia realizada ante la Autoridad competente.
- 4.4. La utilización de la Tarjeta/Credencial de Identificación por terceros con el consentimiento del Beneficiario Titular o Adicional, facultará a la Empresa a proceder a la exclusión del beneficiario y a efectuar la cancelación de la cobertura respecto del mismo.
- 4.5. Es obligación del Beneficiario Titular, comunicar por escrito a la Empresa, cualquier cambio de domicilio o número

telefónico. De no hacerlo, será válida toda comunicación enviada al domicilio indicado en la solicitud de ingreso, o en el último domicilio comunicado.

- 4.6. Todo beneficiario tiene la obligación de comunicar, dentro de los 7 (siete) días de acaecido el hecho, cualquier cambio que se produjere en su nómina de Beneficiarios Adicionales, ya sea por, nacimientos, casamientos, defunciones o mayoría de edad de aquellos hijos solteros dependientes del mismo, bajo pena de considerar que el Beneficiario Titular ha incumplido con las obligaciones que asume.

5. DE LAS COBERTURAS MEDICAS:

La cobertura médica contempla las prestaciones médicas 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, de la Agenda de Profesionales en Convenio, en los días y honorarios por ellos establecidos.
- 5.1.2. Los Beneficiarios deberán convenir con el médico el día y la hora en que deberá concurrir al consultorio.
- 5.1.3. Los Beneficiarios se obligan a cancelar con la debida anticipación las citas convenidas a las que no podrá concurrir.
- 5.1.4. Los Beneficiarios deberán concurrir munidos de la Tarjeta/Credencial de Identificación otorgada por la Empresa, conjuntamente con su Documento de Identidad. En caso contrario el médico podrá negarse a realizar la prestación o a exigir el pago de sus honorarios en forma particular.
- 5.1.5. Los 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.
- 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 Agenda de Prestadores en Convenio.
- 5.2.2. Los honorarios médicos en internación, estarán directamente relacionados con la cantidad máxima de días con cobertura sanatorial.
- 5.2.3. Cuando los honorarios clínicos correspondan a médicos que no forman parte del plantel de prestadores en convenio, los mismos serán de cargo del beneficiario/paciente.
- 5.2.4. En los casos en que el Cirujano no sea médico en convenio y sus ayudantes pertenezcan al plantel de profesionales en convenio con la Empresa, sólo se cubrirán los honorarios de estos últimos hasta los montos señalados por el arancel en convenio.
- 5.2.5. Los honorarios del Anestesiólogo en convenio, tendrán cobertura total hasta los montos fijados por la Sociedad Paraguaya de Anestesiología.
- 5.2.6. Los honorarios correspondientes a médicos con Nivel de Arancel Diferenciado, serán de cargo del beneficiario; la cobertura se limitará sólo a la parte sanatorial, de acuerdo al punto 5.3.
- 5.2.7. Los honorarios médicos de profesionales en Nivel Copago, tendrán cobertura parcial quedando los excedentes de cargo del beneficiario/paciente.
- 5.2.8. Formarán parte de la cobertura los honorarios profesionales, de médicos en convenio en las siguientes especialidades:
 - 5.2.8.1. **Anatomía Patológica**, estudios habituales de biopsias y/o piezas operatorias, excluye biopsias extemporáneas.
 - 5.2.8.2. **Alergología**, consultas en consultorio (vacunas y test alérgicos de cargo del beneficiario/paciente).
 - 5.2.8.3. **Anestesiología**, hasta los montos fijados por la Sociedad Paraguaya de Anestesiología.
 - 5.2.8.4. **Clínica Médica**.
 - 5.2.8.5. **Cirugía General**: Intervenciones quirúrgicas convencionales mayores y menores (con excepción de las excluidas expresamente).
 - 5.2.8.6. **Cirugías Videolaparoscópicas** para vesícula y apéndice.
 - 5.2.8.7. **Cirugías Artroscópicas** diagnósticas y/o terapéuticas de rodilla (meniscos).
 - 5.2.8.8. **Cirugías Oncológicas**, cuando el carcinoma se refiere a tumores sólidos y solamente en el primer acto quirúrgico. Los honorarios médicos por complicaciones derivadas de la cirugía, serán de cargo del beneficiario/paciente de acuerdo a los aranceles en convenio.
 - 5.2.8.9. **Cirugías Plástica Reparadora**, en eventos agudos (Accidentes) y con el profesional en convenio con ASISMED para este tipo de eventos.

- 5.2.8.10. **Cardiología Clínica.**
- 5.2.8.11. **Hematología**, consultas.
- 5.2.8.12. **Dermatología**: consultas en consultorio, incluye biopsias de piel y procedimientos menores en consultorio (no incluye procedimientos dermoestéticos, láser, medicamentos y materiales).
- 5.2.8.13. **Diabetología y Endocrinología**, consultas.
- 5.2.8.14. **Cirugía Pediátrica**: Enfermedades Congénitas en niños nacidos durante la vigencia del presente Contrato: Pie Bot, Hidrocefalia (no incluye válvula ni materiales), Ano imperforado (1er. Tiempo), Hernias inguinales, Hernia umbilical y Labio Leporino (1er. Tiempo).
- 5.2.8.15. **Flebología**, consultas en consultorio.
- 5.2.8.16. **Gastroenterología**:
 - 5.2.8.16.1. Consultas.
 - 5.2.8.16.2. Estudios Diagnósticos: según anexo III.
 - 5.2.8.16.3. Procedimientos Gastroenterológicos terapéuticos por Videoendoscopia:
 - 5.2.8.16.3.1. Extracción de cuerpos extraños del tubo digestivo.
 - 5.2.8.16.3.2. Polipectomía Endoscópica alta/baja.
 - 5.2.8.16.3.3. Colangiopancreatografía Retrógrada.
- 5.2.8.17. **Ginecología y Obstetricia**, incluye cirugías por videolaparoscopia e histeroscopia, no relacionadas con diagnósticos de infertilidad.
- 5.2.8.18. **Geriatría**, consultas.
- 5.2.8.19. **Infectología**.
- 5.2.8.20. **Hepatología**.
- 5.2.8.21. **Mastología**.
- 5.2.8.22. **Monitoreo del clínico** en intervenciones quirúrgicas a solicitud escrita del médico tratante.
- 5.2.8.23. **Nefrología**, consultas.
- 5.2.8.24. **Neumología**.
- 5.2.8.25. **Neurología clínica**.
- 5.2.8.26. **Nutrición**, consultas (Centro Médico La Costa).
- 5.2.8.27. **Oftalmología**:
 - 5.2.8.27.1. Consultas.
 - 5.2.8.27.2. Cataratas (no incluye lente intraocular)
 - 5.2.8.27.3. Glaucoma.
 - 5.2.8.27.4. Chalazión.
 - 5.2.8.27.5. Heridas penetrantes simple del globo ocular.
 - 5.2.8.27.6. Cuerpo extraño corneal.
 - 5.2.8.27.7. Heridas de párpado.
 - 5.2.8.27.8. Enucleación.
 - 5.2.8.27.9. Lavado de vías lagrimales.
 - 5.2.8.27.10. Heridas penetrantes complicadas del globo ocular.
 - 5.2.8.27.11. Sutura conjuntiva.
 - 5.2.8.27.12. Papiloma de párpado.
 - 5.2.8.27.13. Inyección retrobulbar.
 - 5.2.8.27.14. Heridas vías lagrimales.
 - 5.2.8.27.15. Pterigión (no láser).
- 5.2.8.28. **Transfusiones**, hasta 10 transfusiones por evento. (no incluye irradiación del material, perfiles inmunológicos, ni materiales de transfusión).
- 5.2.8.29. **Urología**, incluye R.T.U. de Próstata.
- 5.2.8.30. **Pediatría**.
 - 5.2.8.30.1. Vacunatorio: exclusivamente en Sanatorio La Costa (área de Urgencias), las vacunas indicadas y proveídas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (de acuerdo a disponibilidad).
- 5.2.8.31. **Psiquiatría**, sólo consultas en consultorio hasta 3 por beneficiario/año de contrato. Otras consultas, arancel en convenio de cargo del paciente/beneficiario.
- 5.2.8.32. **Otorrinolaringología**, incluye procedimientos menores: lavado de oídos, cauterización nasal, extracción de cuerpo extraño en oído y nariz.
- 5.2.8.33. **Proctología**.

5.2.8.34. **Reumatología**, consultas.

5.2.9. La presencia del Hemoterapeuta en la sala de operaciones, será sin cargo para el beneficiario/paciente.

5.2.10. Los honorarios de Médicos Interconsultores solicitados por el Médico Tratante, se cubrirán sólo cuando se trate de Médicos en Nivel C. Total y hasta un máximo de 2 (dos) visitas por especialista. Los honorarios de profesionales Médicos Interconsultores solicitados por el paciente y/o su representante, aún cuando sean profesionales en convenio con la Empresa, no tendrán cobertura.

5.3. INTERNACIONES

5.3.1. Cada Beneficiario/paciente tiene derecho a Cobertura total por un máximo de 30 días/año/contrato, en los Sanatorios San Roque y La Costa, otros sanatorios en convenio previa autorización/hoja de cobertura.

5.3.2. Las internaciones se realizarán, principalmente en los Sanatorios San Roque y La Costa, en habitaciones individuales que cuentan con: teléfono, aire acondicionado, TV Color con sistema de cable, cama para el acompañante y baño privado. Incluye además, la dieta convencional del paciente, 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 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, dieta del paciente y enfermera de guardia de la Unidad, análisis de laboratorio y radiología simple.

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 y/o La Costa no dispongan de habitaciones libres, se procederá a la derivación del Beneficiario/paciente previa autorización de la Empresa, a otro Centro en convenio (ver Agenda de Profesionales).

5.3.6. Serán parte de la cobertura, los estudios diagnósticos según se detallan en los anexos correspondientes. Sólo se reconocerá cobertura, cuando los estudios sean realizados por prestadores en convenio.

5.3.7. Las órdenes de internación emitidas por el médico tratante para cirugías programadas, deberán ser presentadas previamente en las oficinas de la Empresa o remitidas por fax, para la emisión de la cobertura y Presupuesto conforme al Plan contratado.

5.3.8. Medicamentos y materiales descartables en internación clínica y/o quirúrgica: hasta Gs. 600.000.- (Guaraníes seiscientos mil), por evento.

5.3.9. Derechos operatorios cirugías convencionales, videolaparoscópicas, videoendoscópicas y artroscópicas: Cobertura total en los Sanatorios San Roque y La Costa.

5.3.10. Derechos operatorios e internaciones, cobertura total en los Sanatorios San Roque y La Costa:

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 Vascular 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 y La Costa, 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. Videolaparoscopia.

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. Honorarios médicos, drogas oncológicas, medicamentos, descartables y otros gastos derivados de la internación: cargo del beneficiario/paciente.

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

- 5.4.1. La cobertura contempla:
 - 5.4.1.1. Honorarios médicos en convenio, incluyendo analgesia en parto normal. Profesionales Nivel Copago, ASISMED cubre parcialmente los honorarios
 - 5.4.1.2. Internación de la madre, según lo determine el médico tratante.
 - 5.4.1.3. Internación del recién nacido (Nursery), según lo determine el médico tratante.
 - 5.4.1.4. Cuna térmica, luminoterapia convencional, carpa de oxígeno, incubadora simple y de transporte, hasta 15 días.
 - 5.4.1.5. Medicamentos y Materiales Descartables, Cobertura Total hasta Gs. 600.000. No forman parte de la cobertura leche maternizada, biberones, chupetes, pañales desechables, faja y otros artículos no considerados materiales descartables clínico/quirúrgicos.
 - 5.4.1.6. Derecho a Sala de Partos o Quirófano.
- 5.4.2. Las complicaciones durante la maternidad (embarazo y/o alumbramiento) serán cubiertas de acuerdo a las condiciones generales de prestación y beneficios en lo que corresponde a Honorarios Médicos, Internaciones, Estudios Diagnóstico y/o cualquier otro servicio contemplado en el Plan con sus coberturas y limitaciones.
- 5.4.3. Los hijos nacidos bajo la cobertura de ASISMED, deberán ser inscritos durante la primera semana de su nacimiento, a fin de poder conservar igual antigüedad a la de su madre.
- 5.4.4. La cobertura de maternidad, sólo es extensiva a la cónyuge del Beneficiario Titular o directamente a la Titular del Contrato.
- 5.4.5. No tendrán cobertura, de conformidad con lo establecido en las limitaciones de cobertura, las prestaciones médicas y sanatorias 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 sanatorios de urgencia en el Sanatorio San Roque y La Costa:
 - 5.5.2.1. Suturas.
 - 5.5.2.2. Curaciones.
 - 5.5.2.3. Drenajes de abscesos, hematomas, etc.
 - 5.5.2.4. Extracción de uña encarnada.
 - 5.5.2.5. Extracción de cuerpo extraño.
 - 5.5.2.6. Enyesados simples. No incluye yeso acrílico.
 - 5.5.2.7. Taponamiento nasal.
- 5.5.3. La cobertura de medicamentos y materiales descartables para procedimientos realizados por el médico de guardia o especialista convocado a solicitud del beneficiario por el médico de guardia es hasta Gs. 50.000, por

evento.

5.5.4. Los estudios diagnósticos derivados de la urgencia, realizadas por prestadores en convenio, serán de cobertura total (según anexos) y no se cobrarán recargos por fuera de horario:

5.5.4.1. Estudios laboratoriales.

5.5.4.2. Radiología simple.

5.5.4.3. Electrocardiograma.

5.5.4.4. Ecografías.

5.5.4.5. Tomografías computarizadas.

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

5.5.5.1. Nebulizaciones, con medicamentos.

5.5.5.2. Aplicación de inyectables. No incluye antibióticos.

5.5.5.3. Toma de Presión Arterial.

5.5.5.4. Enema evacuador, sin medicamento.

5.5.6. Los medicamentos de receta ambulatoria, por indicación del médico tratante e inclusive las emitidas por el médico de guardia o especialista convocado, serán de cargo del beneficiario; sólo se cubrirá el procedimiento.

5.5.7. Si el médico de guardia considera necesaria la participación de otros profesionales, se deberá solicitar la concurrencia de profesionales en convenio. No se reconocerán honorarios de médicos que no estén en convenio.

5.5.8. El servicio de ambulancias para traslados en Asunción y Gran Asunción, será de Cobertura total, cuando las condiciones del paciente le impidan llegar por sus propios medios al Sanatorio San Roque o La Costa.

5.5.8.1. En aquellos casos de extrema urgencia los Beneficiarios podrán concurrir a los Sanatorios en convenio. Si la urgencia deriva en una internación, se deberá comunicar antes de las 2 horas siguientes al ingreso, con el fin de disponer su eventual traslado al Sanatorio San Roque o La Costa, si las condiciones lo permiten.

5.5.8.1.1. Horario hábil: 021-298 000.

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 (221-851).

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%.

5.7.1. **Estudios Laboratoriales:** Laboratorio San Roque y Laboratorio La Costa las 24 horas, Laboratorio San Roque Villa Morra (lunes a viernes 06:30 a 19:00, sábados 06:30 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 (221-851). 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.

5.7.2.1. Las órdenes emitidas por el médico tratante para estos estudios no necesitan 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 y La Costa, cobertura total.

5.7.2.3. Otros centros en convenio: previa visación y emisión de la cobertura 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, previa visación y emisión de la cobertura 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 (298-000).

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

5.7.4.3. Resonancia Magnética Nuclear cobertura hasta 1 estudio por grupo familiar por año.

5.7.5. **Ecografías Medicina Interna:** Centro Diagnóstico La Costa, se adjunta detalle de Estudios, ver anexo IV.

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 (298-000).

5.7.6. **Estudios Obstétricos y Salud Fetal:** Centro Diagnóstico La Costa. Se adjunta detalle de los estudios cubiertos. Ver anexo III y IV.

5.7.6.1. Otros centros en convenio, previa visación.

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

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.

5.9.1.3. Alergia: Test para Inhalantes, Test para Alérgenos, Test para Medicamentos.

5.9.1.4. Procedimientos Terapéuticos por Videondoscopia, 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, 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. Neurorradiología.

5.9.1.21. Esclerosis de Várices.

5.9.1.22. Estudios Diagnósticos y Tratamientos con Cobertura total que excedan los toques 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 clínico-quirúrgicas en las especialidades de Neurocirugía, Vascular Periférica, Cardiovascular, Diabetología, Endocrinología, Oncología Clínica, Maxilo-Facial, Cirugía Torácica.

5.9.1.26. Honorarios médicos en enfermedades pre-existentes, crónicas y congénitas, 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. Foniatría.
- 5.9.1.30. Fonoaudiología.
- 5.9.1.31. Psicología.
- 5.9.1.32. Honorarios Médicos por microcirugías, plastias, implantes.
- 5.9.1.33. Trasplantes.
- 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 por cirugías bariátricas.
- 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.

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.
- 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. 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 tratamientos 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 descartables y medicamentos no considerados en la cobertura incluyendo los utilizados en procedimientos ambulatorios, plasma, sangre, oxígeno, órtesis, prótesis, gases anestésicos, marcapasos, gafas, materiales de osteosíntesis, Stent, Coils, bizcoat y/o similares, uso de instrumental y materiales específicos de cada especialidad, materiales de transfusión.
- 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. Trasplantes, implantes, explantes, injertos, plastías 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. Malformaciones y/o enfermedades congénitas y/o genéticas y/o crónicas.

6.1.2.7. Etilismo.

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

6.1.2.9. Maternidad para quien no sea titular o cónyuge del titular.

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

6.1.2.11. Procedimientos y cirugías percutáneas.

6.1.2.12. Terapias de sustitución renal.

6.1.2.13. Para pacientes en estado de descerebración (Glasgow 4 ó menos) internados en Terapia Intensiva o en sala común y cuyo diagnóstico sea irreversible, se aplicará el protocolo la muerte cerebral del paciente, lo que pondrá fin a la cobertura por parte de ASISMED SAN ROQUE, quedando a cargo de sus familiares el traslado del mismo o asumir los gastos que represente mantenerlo en el Sanatorio.

6.1.2.14. 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.

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

ANEXO I: ESTUDIOS LABORATORIALES

Cobertura Total

RUTINA

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

ESPECIALIZADOS

Acido Acetil Salicílico	Anti Core IgM HBC – ac(1/año)	Bilirrubina Total
Acido Fenilpirúvico	Anti Trypanosoma IgG	Bilis, cultivo y ATB
Acido Fólico	Anti Trypanosoma IgM	C.E.A.
Acido Láctico	Antic. Anti DNA	C3
Acido Valproico	Antic. Anti HIV	C4
Acido Vanil Mandélico	Antic. Anti Rubeola IgG	Calcio
ACTH	Antic. Anti Rubeola IgM	Calcio (o)
Aglutininas Anti A	Antic. Antimúsculo liso	Calcio Iónico
Aglutininas Anti B	Antic. Antitiroglobulinas	Calcitonina
Albúmina	Antic. Antitiroideos	Cálculo Urinario
Aldolasa	Anticardiolipina IgM (1/año)	Campylobacter, cultivo y ATB
Alfa 1 antitripsina	Anticardiolipina IgG (1/año)	Células L.E.
Alfafetoproteína (AFP)	Antíg. Carcino Embrionario CEA	Cetonemia
Amilasa	Antígenos Febriles	Cetonuria
Amilasa (o)	Artritis (Factor Reumatoideo)	Chagas Ac IgM
Amonio	Aspecto del Suero	Chagas-Ac IgG
ANA (Antic. Antinucleares)	Asto	Chlamydias Ac
Ant. Anticítomegalovirus IgG	Azúcares Reductores	Chlamydias orina
Ant. Anticítomegalovirus IgM	Beta HCG Cuantitativo (1/año)	Chlamydias sec conjuntival
Ant. Antitoxoplasma IgG	Bicarbonato actual	Chlamydias sec genital
Ant. Antitoxoplasma IgM	Bilirrubina Directa	Citomegalovirus col Giemsa
Anti Core IgG HBC – ac(1/año)	Bilirrubina Indirecta	CK – MB

CK Total	Espermograma	Heces Benedict
Clearance de Creatinina	Espudo, coloración de Ziehl	Heces Frotis
Clearance de Urea	Espudo, Cultivo p/ Gérmenes Comunes	Heces, Ex. Parasitología Seriado
Cloruros	Espudo, Cultivo p/Eosinófilos-Mastocitos	Heces, Examen Parasitológico
Cloruros (o)	Espudo, Cultivo para BAAR	Heces, Flora Microbiana
Cloruros L.C.R.	Espudo, Cultivo y ATB	Heces, Hongos
CMV IgG	Espudo, frotis	Heces, Microscopía Funcional
CMV IgM	Estudio capilar invest. Hongos	Hematocrito
Coagulograma	Examen en Fresco	Hematrocrito c/muestra
Cobre	Factor Reumatoideo (Artritest)	Hemocultivo en Aerobiosis
Colinesterasa	Fenil Cetonurio	Hemocuñtivo en Anaerobiosis
Coloración con Tinta China	Fenil Hidantoína	Hemoglobina
Coloración de Giemsa	Ferritina	Hemoparásitos (gota gruesa)
Coloración de Gram	Fibrinogeno	Hemoparásitos, observ. directa
Coloración de Ziehl-Neelsen	Fibrinolisis	Hepatitis C (1/año)
Coobs indirecto cuantitativo	Fórmula Leucocitaria	Herpes – Ac
Coombs Directo	Fosfatasa Acida Total	Herpes en Sec. Genital
Coombs Indirecto	Fosfatasa Alcalina	HEV – Ac (1/año)
Coprocultivo	Fosfatidilglicerol en Líquido	Hidatidosis
Coprofuncional	Amniótico	Hierro % saturación
Coproporfirinas	Fosfolípidos	Hierro Sérico
Cortisol (1/año)	Fósforo	Hongos, Cultivo e Identificación
Cortisol AM (1/año)	Fósforo (o)	Hongos, Examen en Fresco
Cortisol PM (1/año)	Fragilidad de los Hematíes	Identificación de Parásitos
Cortisol Urinario (1/año)	Frotis de Sangre Periférica	IGA (1/año)
Crioaglutininas	Fructosamina	IGA Secretoria (1/año)
Crioglobulinas	FT3 (T3 Libre)	IGD (1/año)
Criptococcus	FT4 (T4 libre)	IGE Total (1/año)
Cuerpos Cetónicos	FTA-ABS en L.C.R. (1/año)	IGG
Cultivo	FTA-ABS IgG (1/año)	IGM
Cultivo de punta de catéter	FTA-ABS IgM (1/año)	Indices de Riesgo
Cultivo p/ Gérmenes Comunes	FTI (1/año)	L.C.R., Citoquímico
Cultivo para Aerobiosis	G.O.T.	L.C.R., Cultivo para BAAR
Cultivo para Anaerobiosis	G.P.T.	L.C.R., Cultivo para Hongos
Cultivo para BAAR	Gamma GT	L.C.R., Cultivo y ATB
Cultivo para Campylobacter	Gamma GLobulina	Latex en líquido pleural
Cultivo para Hongos	Gases Arteriales	Látex en Líquidos biológicos
Cultivo para Hongos de biopsia	Gasometría Venosa	Latex en líquidos biológicos
Curva de Glicemia (embarazo)	Glicemia Pre y Post – Prandial	Latex en orina
Curva de Glicemia 3 horas	Globulina	Latex p/aspergillus antígeno
Curva de Glicemia 4 horas	Gravindex	Latex p/cándida antígeno
Curva de Glicemia 5 horas	Guayaco	Latex p/cryptococcus antig.
Dehidrostestosterona	HAV IgG	Latex p/streptococcus Grupo A
Detección de cristales	HAV IgM	Latex p/streptococcus Grupo B
DHEA sulfato (DHEA-SO4)	HBA 1 C (Hemoglobina Glicosilada)	Lavado Broncoalveolar cultivo
Electroforesis de Hemoglobina	HBE – Ac	Lavado Broncoalveolar p/BAAR
Electroforesis de Lipoproteínas	HBS – Ac	Lavado Broncoalveolar p/Hongos
Electroforesis de Proteínas	HBS – Ag (Antígeno de Superficie)	Lavado Gástrico Parásitos
Electroforesis de Proteínas LCR	HCG Cualitativo	LDL Colesterol
Electrolitos (NA, CL, K)	HCG Cuantitativo (1/año)	Legionella Pneumófila
Electrolitos (o)	HCV – Hepatitis C (1/año)	Lesión de Piel, Cult. p/Hongos
Enzimas Cardiacas	HDL Colesterol	Lesión de Piel, Hongos ex direc.
Eritrosedimentación		Lesión de uñas, cultivo p/hongos
Esperma, Cultivo y ATB		Lesión Genital, Campo obscuro

Lesión Genital, Col. de Fontana
 Lesión Genital, Colorac de Gram
 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
 Microalbuminuria
 Mielocultivo
 Monotest
 Mucoproteínas
 Mycoplasma, cultivo e identif.
 Orina sedimento
 Orina, cultivo
 Oxiurus
 P.C.R. (Proteína Creativa)
 P.C.R. Cuantitativa
 P.D.F.
 P.P.D.
 PAP (Fosfatasa Ácida prostática)
 PAS- Antíg. Prostático Específico
 Perfil de Coagulación-Coagulograma

Perfil Hepático- Hepatograma
 Perfil Lipídico – Lipidograma
 Ph
 Plaquetas
 Plasma Seminal, Bioquímica
 Pneumocystis Caninii
 Porfobilinógeno
 Potasio
 Potasio (o)
 Proteínas de Bence Jones
 Proteínas Totales
 Proteínas Totales (o)
 Proteínas Totales A/G
 Prueba de Lazo
 Raspado de lengua, Hongos
 Reacción de Hudleson
 Reacción de Paul Bunnell
 Reacción de Waaler Rose
 Reacción de Widal
 Recuento de Addis
 Recuento de Hamburguer
 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 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, 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
 Sustancias Reductoras
 T.T.P.A
 T3
 T3 Uptake
 T4
 Test de Absorción Xilosa
 Test de O´ Sullivan
 Test del Sudor
 Tiempo de Coagulación
 Tiempo de Protrombina (TP)
 Tiempo de Recalcificación
 Tiempo de Sangría
 Timol
 Tine Test
 Tiroglobulina
 Toxina A p/Clostridium Diffic.
 Transferrina
 Troponina (1/año)
 TSH
 Úlcera genital, Cultivo y ATB
 Ureplasma
 Urobilina
 Urobilinógeno
 VDRL Cualitativo
 VDRL Cuantitativo
 VDRL en L.C.R.
 Virocitos
 VLDL Colesterol

ANEXO II: RADIOLOGIA SIMPLE, todos las posiciones

Cobertura Total

Abdomen simple
 Antebrazo
 Apéndice
 Arbol Urinario simple
 Brazo
 Cadera
 Cara
 Cavum
 Clavícula
 Codo

Columna Cervical
 Columna Dorsal
 Columna Lumbar
 Columna Panorámica
 Costilla
 Cráneo
 Cráneo para Ortodoncia
 Dedo
 Dental
 Dental oclusal

Embarazo
 Fémur
 Hombro
 Húmero
 Mano
 Mastoides
 Maxilar
 Muñeca
 Muslo

Orbita	Sacro-coxis	Tobillo
Pelvis	Sacroiliacas	Tórax
Pie	Scopía arco en C	Vesícula simple
Pierna	Scopía con TV	Control radiol.maniobras
Rodilla	Senos faciales	Traumatológicas

ANEXO III: ESTUDIOS DIAGNOSTICOS ESPECIALIZADOS Cobertura Total

Honorarios anestesiólogo a solicitud escrita del médico tratante: Cobertura Total

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

Medicamentos, contrastes y descartables, cargo paciente.

Anoscopia	Galactografía c/lado con previa	RMN de Codo
Audiometría	Galactografía s/placa simple 1 lado	RMN de Brazo
Broncoscopia	Histerosalpingografía	RMN de Encéfalo
Broncofibroscopia	Holter 24 horas	RMN de Cara
Broncografía	Impedanciometría	RMN de Mediastino
Campo Visual	Intestino Delgado	RMN de Muñeca
Cavum Contrastado	Laringofibroscopia	RMN de Oído
Cistoscopia	Laringografía contrastada	RMN de Orbita
Cistografía	Laringoscopia	RMN de Partes Blandas
Colangiografía Endovenosa	Linfografía 2 lados	RMN de Pie
Colangiografía Operatoria	Linfografía cada lado	RMN de Muslo
Colangiografía Post-operatoria	Logaudiometría	RMN de Pierna
Colangiografía Retrógrada simple	Mamografía unilateral	RMN de Senos Paranasales
Colecistografía Oral	Mamografía bilateral	RMN de Hipófisis
Colon Contrastado	Monitoreo Fetal	RMN de Cuello
Colon Doble Contraste	Otomicroscopia	Rinomanometría simple
Colon por Ingestión	Ortopantomografía	Senos faciales contrastados
Colonoscopia	Papanicolau	Sialografía Bilateral
Colposcopia	Perfil Biofisico fetal	T.A.C. (Tomografía Axial Comput.)
Curva Tensional	Pielografía Ascendente	T.A.C. de Abdomen Inferior
Densitometría Osea	Pielografía Endovenosa o Riñón	T.A.C. de Abdomen Superior
Dental Semiseriada	contrast.	T.A.C. de Columna Cervical
Dental Seriada	Punción biopsica y/o evacuadora	T.A.C. de Columna
Doppler Vascular Periférico	Rectosigmoidoscopia	Dorsal
Ecobiometría	Resonancia Nuclear Magnética (1	T.A.C. de Columna Lumbar
Ecocardiograma c/Doppler B-D	G.F/año): exclusivamente en el Centro	T.A.C. de Cráneo
Electrocardiograma	Médico La Costa	T.A.C. de Orbitas
Electroencefalograma	RMN de Cráneo	T.A.C. de Miembros
Endoscopia Digestiva Alta	RMN de Rodilla	T.A.C. de Pelvis
Endoscopia Nasal	RMN de Columna Cervical	T.A.C. de Pequeñas Partes
Ergometría	RMN de Columna Dorsal	T.A.C. de Senos Paranasales
Esófago, Estómago y Duodeno	RMN de Columna Lumbar	T.A.C. de Cara
Espirometría	RMN de Abdomen Superior	Test Ortóptico
Espinografía	RMN de Abdomen Inferior	Ejercicios ortópticos hasta 10
Fistulografía	RMN de Hombro	ses/benef./año.
Flebografía	RMN de Cadera	Timpanometría
Galactografía bilateral sin placa simple	RMN de Pelvis	Uretrocistografía
Galactografía bilateral previa	RMN de Tobillo	Urograma de Excreción
mamografía	RMN de ATM	

Procedimientos terapéuticos de Gastroenterología: Cobertura Total

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

ANEXO IV: ECOGRAFIAS **Cobertura Total**

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

ANEXO V: FISIOTERAPIA AMBULATORIA TRAUMATICA

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

Fomentaciones
Infrarrojo
Ondas cortas
Tracción cervical
Ultrasonido