



# PLAN PREMIUM

Año 2022

Material de Consulta para el Beneficiario

**tit**ASISMED  
...Toda la Vida



## BENEFICIARIO PREMIUM

Nuestros BENEFICIARIOS PREMIUM cuentan con  
Línea de atención privilegiada:  
**0992 205 622**  
(horario fuera de oficina y días feriados)

En horario de oficina: **288 7715**

Whatsapp Corporativo: **+595 21 288 7000**



### VISACIONES

#### VÍA WHATSAPP CORPORATIVO



Marcar: **288 7000 opción 1**

#### VÍA E-MAIL



Solicitar a la siguiente dirección:  
**visaciones@asismed.com.py**

#### VÍA APP ASIMED



Las visaciones serán enviadas vía email, hasta 4 horas posteriores a la recepción del pedido.

Las visaciones vía Whatsapp, email y APP se realizan las 24h. de lunes a domingo.

En La Costa Artigas, La Costa Lynch y Santa Julia no requiere visación previa.

### PRESUPUESTOS PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS

#### VÍA WHATSAPP CORPORATIVO



Marcar: **288 7000 opción 1**

#### VÍA E-MAIL



Solicitar a la siguiente dirección:  
**presupuestos@asismed.com.py**

Los presupuestos serán enviados al beneficiario vía e-mail, según corresponda, hasta 72 horas (días hábiles) posteriores a la recepción del pedido.

Estos servicios se realizan de 08 a 18:00 h. de lunes a viernes, y de 08 a 12:00 h. los días sábados



### HORARIO DE ATENCIÓN EN OFICINAS DE ASIMED

#### EDIFICIO CORPORATIVO

##### LUNES A VIERNES:

- Horario de Atención  
08 a 18:00 h.

##### SÁBADOS:

- Horario de Atención  
08 a 12:00 h.

#### OFICINA MCAL. LÓPEZ

##### LUNES A VIERNES:

- Horario de Atención  
08 a 18:00 h.

##### SÁBADOS:

- Horario de Atención  
08 a 12:00 h.

Asismed Edificio Corporativo: Diego de Silva N° 1215 y Tte. Insaurralde • Tel.: 288 7000

Asismed Mcal. López: Avda. Mcal. López N° 468 c/ Perú • Tel.: 288 7950

[www.asismed.com.py](http://www.asismed.com.py)



**PLAN  
PREMIUM**

***Sienta la experiencia de la satisfacción total***

Cobertura hasta US\$ 120.000 por evento por beneficiario

## ***Atención privilegiada al beneficiario PREMIUM***



### **ACCESIBILIDAD EN:**

- La Coordinación y reserva de turnos con médicos especialistas.
- El agendamiento de estudios diagnósticos y terapias de rehabilitación con prestadores en convenio.



### **INFORMACIÓN RELACIONADA CON:**

- Los servicios y beneficios del plan: prestadores en convenio, visiones, presupuestos para eventos programados, coberturas en urgencias, atención domiciliaria.
- Los beneficios por antigüedad.
- Los deducibles en ambulatorio e internación (atención con profesionales y/o centros fuera de la red de prestadores en convenio).
- Los trámites de renovación de contrato.



### **GESTIÓN:**

- Para la reserva de suite en internaciones programadas (sujeto a disponibilidad).
- Recepción de las órdenes médicas (vía telefónica, vía mail y whatsapp), tramitación y remisión de los presupuestos para cirugías programadas.
- Supervisión y control de calidad del servicio médico/sanatorial durante la internación.
- En caso de extravío de su credencial de salud, coordinará la obtención de una credencial.



### **COORDINACIÓN EN:**

- Los servicios y beneficios que forma parte de la cobertura de viajero.
- Los traslados en ambulancia post internación.

**COBERTURA TOTAL HASTA US\$ 120.000 POR EVENTO****BENEFICIOS AMBULATORIOS:**

- Consultas
- Análisis de Laboratorio simples y especializados
- Anatomía Patológica, incluye biopsias extemporáneas
- Radiología simple y contrastada
- Estudios de diagnóstico especializados
- Medicamentos y contrastes en estudios
- Ecografías simples y con Doppler
- Estudios de Medicina Nuclear
- Estudios perinatales
- Procedimientos intervencionistas
- Fisioterapia
- Urgencias y emergencias en Sanatorio:
  - Consulta con médico de guardia
  - Procedimientos con médico de guardia
  - Cirugías menores
  - Medicamentos y descartables
  - Uso de sala de procedimientos
  - Procedimientos de enfermería
- Atención domiciliaria:
  - Consultas
  - Atención de urgencias
  - Atención de emergencias
  - Medicamentos y descartables
  - Electrocardiograma
- Traslado en ambulancias



### BENEFICIOS SANATORIALES:

- Internaciones clínicas y/o quirúrgicas
  - Unidad cama
  - Derechos operatorios
  - Honorarios médicos clínicos y/o quirúrgicos
  - Análisis de Laboratorio simples y especializados
  - Radiología simple y contrastada
  - Estudios Diagnósticos especializados
  - Ecografías simples y con Doppler
  - Fisioterapia en internación
  - Uso de equipos
  - Medicamentos en internación
  - Materiales descartables en internación
- Maternidad:
  - Internación de la madre
  - Nursery
  - Carpa de Oxígeno
  - Luminoterapia
  - Incubadora
  - Derecho a sala de parto o quirófano
  - Honorarios médicos
  - Medicamentos
  - Materiales descartables
- Unidad de Terapia Intensiva
  - Unidad cama
  - Equipos propios de la unidad
  - Honorarios médico terapeuta coordinador
  - Honorarios médico de guardia de la unidad
  - Honorarios enfermera de guardia de la unidad
  - Honorarios Nutricionista
  - Análisis de Laboratorio simples y especializados
  - Radiografías simples y contrastadas
  - Ecografías simples y con Doppler
  - Estudios de Medicina Nuclear
  - Estudios diagnósticos especializados
  - Medicamentos
  - Materiales descartables
- Seguro de Viajero

### EVENTOS CLINICOS Y/O QUIRURGICOS NO CONVENCIONALES:

- Neurocirugía
- Cirugía Cardíaca
- Politraumatizado
- Cirugía Vasculár Periférica
- Cardiología Intervencionista - Hemodinamia
- Nefrología - Hemodiálisis (I.R.A.)
- Oncología: quirúrgica y clínica
- Cirugía Plástica Reparadora
- Oftalmología Intervencionista
- Radiología Intervencionista

### BENEFICIOS CUBIERTOS:

- Honorarios Médicos
- Internación clínica/quirúrgica
- Internación Unidad de Terapia Intensiva
- Derechos Operatorios
- Medicamentos
- Materiales descartables
- Análisis de Laboratorio simple y especializado
- Radiología simple y contrastada
- Ecografía simple y con Doppler
- Estudios de Medicina Nuclear
- Estudios Diagnósticos especializados
- Quimioterapia
- Radioterapia - Acelerador Lineal
- Fisioterapia

**CONDICIONES GENERALES DE COBERTURA Y BENEFICIOS****PLAN PREMIUM**

(vigentes año 2021)

Este documento contempla las condiciones generales que rigen la cobertura individual de los servicios médicos sanatoriales bajo el sistema de Medicina prepaga de la Empresa Asismed S.A.

**Riesgos Cubiertos:** La cobertura será total en cada evento, entendiéndose por evento a los efectos del presente Contrato: "A todos los gastos incurridos por un individuo, debido a una misma enfermedad o lesión cubierta y los cuales son acumulados para completar el límite de cobertura de US\$ 120.000 (ciento veinte mil dólares americanos) inclusive en las sucesivas o alternadas renovaciones del contrato".

Asismed S.A., reconocerá los beneficios que a continuación se describen, una vez aprobada la Solicitud de Ingreso, la que deberá ser acompañada por una Declaración Jurada de Salud, en la que el beneficiario deberá dejar constancia de gozar de buena salud en el momento de solicitar su ingreso y no sufrir ni haber sufrido ninguna enfermedad o trastorno recurrente, ni lesión o debilidad física.

En los casos en que el beneficiario certifique una condición de salud diferente a la antes descrita, Asismed S.A., tiene la facultad de ofrecer el Plan en condiciones especiales, dejando constancia de las mismas.

**1. IDENTIFICACION:**

- 1.1. La Empresa proporcionará a cada Beneficiario, una Tarjeta de Identificación de carácter intransferible, que lo acreditará como tal y que deberá exhibir junto con su documento de identidad toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos por el Plan.
- 1.2. La Tarjeta/Credencial de Identificación consignará:
  - 1.2.1. Nombre del Beneficiario, sea titular o adicional.
  - 1.2.2. Número de Cédula de Identidad.
  - 1.2.3. Fecha de nacimiento.
  - 1.2.4. Plan de Cobertura, vigente a la fecha de la firma del contrato o a la renovación del mismo.
  - 1.2.5. Número de Beneficiario.
  - 1.2.6. Fecha de ingreso.
- 1.3. La pérdida o extravío de la Tarjeta de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa adjuntando copia de la denuncia realizada ante la Autoridad competente.
- 1.4. Si 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.
- 1.5. 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.
- 1.6. 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.



## 2. DE LAS COBERTURAS MEDICAS CON PRESTADORES EN CONVENIO CON ASIMED S.A.

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

### 2.1. CONSULTAS, COBERTURA TOTAL

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 horario establecido por el profesional médico.

- 2.1.1. El Beneficiario/paciente deberá convenir con el médico el día y la hora en que deberán concurrir al consultorio.
- 2.1.2. El Beneficiario/paciente se obliga a cancelar con la debida anticipación las citas convenidas a las que no podrán concurrir al consultorio.
- 2.1.3. 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.
- 2.1.4. 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. 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.

### 2.2. HONORARIOS MEDICOS CLINICOS/QUIRURGICOS

- 2.2.1. Cobertura total de honorarios correspondientes a profesionales que figuren en la Guía Médica de profesionales en convenio.
- 2.2.2. Las órdenes de internación programadas, deberán ser visadas previamente en las oficinas de ASIMED S.A.
- 2.2.3. Cirugía con técnicas convencionales mayores y menores (con excepción de las excluidas expresamente).
- 2.2.4. Cirugías videolaparoscópicas.
- 2.2.5. Cirugías artroscópicas.
- 2.2.6. Cirugías videoendoscópicas .
- 2.2.7. Presencia del Hemoterapeuta en la sala de operaciones.
- 2.2.8. Presencia del Clínico o Pediatra en la sala de operaciones a solicitud del Cirujano.
- 2.2.9. Transfusiones sanguíneas.
- 2.2.10. Anatomía Patológica, incluye Biopsias extemporáneas.
- 2.2.11. Interconsultas con especialistas en convenio a solicitud del médico tratante.

### 2.3. INTERNACIONES, COBERTURA TOTAL

- 2.3.1. Las órdenes de internación programadas emitidas por el médico tratante, deberán ser presentadas en las oficinas de la Empresa o remitidas vía correo electrónico a ([presupuestos@asimed.com.py](mailto:presupuestos@asimed.com.py)), para la emisión de su Presupuesto.
- 2.3.2. Las internaciones se realizarán, principalmente en el Sanatorio San Roque y Santa Julia (excluidas las Pediátricas y Ginecoobstétricas), Sanatorio La Costa y el Hospital Universitario San Lorenzo, en habitaciones semi-suite y suite, que cuentan con: teléfono, aire acondicionado, T.V. 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.
- 2.3.3. Serán parte de la cobertura, los análisis de laboratorio, radiografías, ecografías y estudios diagnósticos, no existiendo recargos por estudios realizados fuera de horario. Sólo se reconocerá cobertura, cuando los estudios sean realizados por prestadores en convenio.



2.3.4. Medicamentos y materiales descartables en internaciones clínicas y/o quirúrgicas. No incluye medicamentos de uso habitual (receta ambulatoria).

2.3.5. Derechos operatorios de baja, mediana y de alta complejidad.

2.3.6. Si el Beneficiario/paciente requiere por su condición, internación en la Unidad de Terapia Intensiva adultos o pediátrica, la cobertura incluye la unidad cama y sus correspondientes equipos (monitor, desfibrilador, saturómetro, respirador y electrocardiógrafo), honorarios del Médico Terapeuta Coordinador y de los especialistas convocados por el médico terapeuta incluyendo honorarios por soporte nutricional especializado (enteral o parenteral), médico y enfermera de guardia de la Unidad, análisis de laboratorio (anexo I), radiología (anexo II), ecografías (anexo III) y estudios diagnósticos especializados (anexo IV).

2.3.7. En el supuesto que el Sanatorio no disponga de habitaciones libres, o que el médico tratante precisare que la internación sea en otro Centro sanatorial, se procederá a la derivación de la Beneficiario/paciente previa autorización de la Empresa, a otro Centro sanatorial en convenio.

2.3.8. Son parte de la cobertura sanatorial el uso de los siguientes equipos: Bomba de Contrapulsación, máquina de anestesia, incubadora de transporte, videolaparoscopia, artroscopio, arco en C, microscopio, videoendoscopia, equipo de hemodinamia, ecógrafo, saturómetro, electrocardiógrafo, fuente de luz, monitores, goteo electrónico, carpa de oxígeno, colchón de aire/agua, bomba de infusión, facoemulsificador, rayos X, ecocardiógrafo, litotriptor.

#### **2.4. MATERNIDAD, COBERTURA TOTAL**

2.4.1. La cobertura contempla el seguimiento durante el embarazo hasta el alumbramiento, con el siguiente detalle de beneficios:

2.4.1.1. Consultas en consultorio.

2.4.1.2. Ecografías.

2.4.1.3. Estudios diagnósticos generales y perinatales.

2.4.1.4. Análisis de laboratorio.

2.4.1.5. Honorarios médicos: Gineco-obstetra, Pediatra, Anestesiólogo. En caso de Cesárea, ayudante, instrumentador, Transfusionista.

2.4.1.6. Internación de la madre.

2.4.1.7. Internación en Nursery del recién nacido.

2.4.1.8. Cuna térmica, luminoterapia convencional, incubadora y carpa de oxígeno (hasta 72 horas).

2.4.1.9. Medicamentos. No incluye medicamentos de uso habitual (receta ambulatoria).

2.4.1.10. Materiales descartables.

2.4.1.11. Derecho a Sala de Partos o Quirófano.

2.4.2. La incorporación de los recién nacidos deberá ser realizada dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento y las condiciones de ingreso se ajustarán a lo determinado en el ítem "Riesgos Cubiertos" de las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios Plan PREMIUM.

2.4.3. No tendrán cobertura, de conformidad con lo establecido en la cláusula "Exclusiones y Riesgos No Cubiertos" las prestaciones médicas y sanatoriales relacionadas con tratamientos de esterilidad y/o fertilidad, los estudios diagnósticos realizados para los tratamientos de fertilización asistida y/o seguimiento de los mismos, los embarazos consecuentes o producto de estos tratamientos, el parto normal o por cesárea y el tratamiento de el/los recién nacido/s inclusive en la unidad de cuidados intensivos.

#### **2.5. URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS EN SANATORIO, COBERTURA TOTAL**

2.5.1. Los Sanatorios San Roque, La Costa y Santa Julia, Hospital Universitario San Lorenzo disponen las 24 horas de médicos de guardia en las especialidades de:

2.5.1.1. Clínica Médica.

2.5.1.2. Cirugía General.





- 2.5.1.3. Pediatría (exclusivamente en La Costa y Hospital Universitario San Lorenzo).
- 2.5.1.4. Gineco-obstetricia (exclusivamente en La Costa y Hospital Universitario San Lorenzo).
- 2.5.2. Consultas y los procedimientos realizados por el médico de guardia.
- 2.5.3. Medicamentos y descartables utilizados.
- 2.5.4. Estudios diagnósticos derivados de la urgencia:
  - 2.5.4.1. Análisis laboratoriales.
  - 2.5.4.2. Radiología.
  - 2.5.4.3. Ecografías.
  - 2.5.4.4. Estudios diagnósticos especializados.
- 2.5.5. Procedimientos videoendoscópicos terapéuticos.
- 2.5.6. Estudios diagnósticos especializados.
- 2.5.7. Procedimientos de enfermería, complementarios a la consulta médica.
- 2.5.8. Si el médico de guardia considera necesaria la participación de otros profesionales, se deberá solicitar la concurrencia de profesionales en convenio.
- 2.5.9. 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/paciente; sólo se cubrirá el procedimiento.
- 2.5.10. 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.
- 2.5.11. 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.
- 2.5.12. 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.
  - 2.5.12.1.1. Horario hábil de oficina: 021-288-7000.
  - 2.5.12.1.2. Fuera de horario de oficina: 0971-272111 o al 0981-461896.
  - 2.5.12.2. Cuando no sea posible el traslado, la cobertura sanatorial será según lo indicado en el punto 2.3, los análisis laboratoriales se deberán solicitar al Laboratorio San Roque (021-248-9900).

## 2.6. URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CONSULTAS DOMICILIARIAS, COBERTURA TOTAL

- 2.6.1. La cobertura de la atención domiciliaria se realizará a través de SASA "Urgencias y Emergencias", debiendo presentar el Beneficiario/paciente su Tarjeta/credencial de Identificación y su cédula de identidad en el momento de la atención, los teléfonos habilitados para acceder a este Servicio son: 561-000, 610-629 y 609-730, e incluye:
  - 2.6.2. Atención de urgencia y/o emergencias.
  - 2.6.3. Traslados al Sanatorio derivados de la urgencia y/o emergencia.
  - 2.6.4. Electrocardiograma a domicilio.
  - 2.6.5. Medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia.
  - 2.6.6. Consulta médica a domicilio.
  - 2.6.7. Zona de cobertura: Asunción y Gran Asunción.

## 2.7. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS AMBULATORIOS, COBERTURA 100 %

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

- Nombre del paciente.
- Estudio solicitado, no tendrán cobertura estudios agregados a la orden médica.
- Fecha de emisión, firma y sello del médico tratante.



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

**2.7.1. Estudios Laboratoriales : Anexo I**

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

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

2.7.1.3. El servicio incluye atención de urgencias 24 horas y toma de muestras en domicilio, sin recargo a través del Laboratorio San Roque (021-248-9900).

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

**2.7.2. Radiología simple: Anexo II**

2.7.2.1. Centros Diagnósticos La Costa y San Roque, atención 24 horas. Centro Diagnóstico La Costa Lynch y Santa Julia (lunes a viernes 07:00 a 20:00, sábados 07:00 a 14:00).

2.7.2.2. Las órdenes emitidas por el médico tratante para estos estudios no requieren visación previa.

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

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

**2.7.3. Estudios de videoendoscopia: Anexo III**

2.7.3.1. Centro Diagnóstico La Costa y Santa Julia, incluye uso de sala de procedimientos, uso de equipo e internación en caso necesario.

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

**2.7.4. Estudios Diagnósticos Especializados: Anexo III**

2.7.4.1. Centro Diagnóstico La Costa, no requiere visación previa.

2.7.4.2. 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 al correo [visaciones@asimed.com.py](mailto:visaciones@asimed.com.py) y/o whatsapp 0972-288700.

2.7.4.3. 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.

**2.7.5. Ecografías Medicina Interna - Anexo IV**

2.7.5.1. Centro Diagnóstico La Costa, Centro Diagnóstico La Costa Lynch y Santa Julia, no requiere visación previa

2.7.5.2. 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 vía correo electrónico ([visaciones@asimed.com.py](mailto:visaciones@asimed.com.py)) y/o whatsapp 0972 288 700.

**2.7.6. Estudios Obstétricos y Salud Fetal - Anexo IV**

2.7.6.1. Centro Diagnóstico La Costa y Centro Diagnóstico Santa Julia , no requiere visación previa.

2.7.6.2. Otros centros en convenio, previa visación.

**2.7.7.** La visación de las órdenes de estudios y/o procedimientos ambulatorios terapéuticos, podrá ser realizada dentro de los horarios hábiles indicados en la Guía Médica de Prestadores en convenio en las oficinas de la Empresa, o vía correo electrónico [visaciones@asimed.com.py](mailto:visaciones@asimed.com.py) y/o whatsapp 0972 288 700.

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

**2.7.9. Contrastes:** Cobertura total.



## 2.8. TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA TRAUMATOLOGICA, COBERTURA TOTAL

- 2.8.1. Los tratamientos de fisioterapia serán cubiertos tanto en ambulatorio como durante la internación del paciente.
- 2.8.2. Hidroterapia, cobertura hasta 20 sesiones beneficiario/año de contrato. Pacientes con secuelas neurológicas, cobertura hasta 10 sesiones beneficiario/año de contrato.
- 2.8.3. Centro de Fisioterapia y Rehabilitación La Costa, (Artigas y Lynch) las órdenes emitidas por el médico tratante no requieren visación previa.
- 2.8.4. Otros centros en convenio, visación previa.

## 2.9. OTRAS CIRUGIAS Y PROCEDIMIENTOS: Cobertura total con prestadores en convenio.

2.9.1. Son parte integrante de la cobertura los honorarios médicos, gastos sanatoriales y estudios diagnósticos por enfermedades o eventos relacionados con:

- 2.9.1.1. Cardiocirugía.
- 2.9.1.2. Neurocirugía.
- 2.9.1.3. Cirugía Vascul ar Periférica.
- 2.9.1.4. Cardiología Intervencionista.
- 2.9.1.5. Nefrología: diálisis en I.R.A.
- 2.9.1.6. Oftalmología Intervencionista.
- 2.9.1.7. Oncología Clínica.
- 2.9.1.8. Cirugía Oncológica.
- 2.9.1.9. Cirugía Torácica.
- 2.9.1.10. Politraumatizado.
- 2.9.1.11. Internación psiquiátrica por eventos agudos.
- 2.9.1.12. Cirugía Láser (no estética).

### 2.9.2. La Cobertura comprende:

- 2.9.2.1. Honorarios Médicos en internación por evento quirúrgico: cirujano, ayudantes, instrumentador, monitoreo clínico intraoperatorio, anestesiólogo, hemoterapeuta, médicos interconsultores.
- 2.9.2.2. Honorarios Médicos en internación por evento clínico: clínico, visitas especialista, interconsultores a solicitud del médico de cabecera.
- 2.9.2.3. Honorarios Médicos en la Unidad Terapia Intensiva: Terapeuta Coordinador, médico de guardia de la unidad, enfermería de guardia de la unidad e interconsultores a solicitud del Terapeuta.
- 2.9.2.4. Sanatorios en convenio para Internación: Sanatorio San Roque y Sanatorio Santa Julia (adultos), Sanatorio La Costa y Hospital Universitario San Lorenzo (adultos, ginecoobstetricia y pediatría).
- 2.9.2.5. Internación clínica, quirúrgica y Unidad de Terapia Intensiva: Sanatorio San Roque, Sanatorio Santa Julia, Sanatorio La Costa y Hospital Universitario San Lorenzo.
- 2.9.2.6. Derechos Operatorios.
- 2.9.2.7. Medicamentos en internaciones clínicas/ quirúrgicas. No incluye medicamentos de uso habitual (receta ambulatoria).
- 2.9.2.8. Materiales Descartables en internaciones clínicas/ quirúrgicas.
- 2.9.2.9. Estudios Diagnósticos, según anexos, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cubiertas, siempre que hayan sido solicitados por un profesional médico
- 2.9.2.10. Anatomía Patología, incluyendo biopsias extemporáneas.
- 2.9.2.11. Radioterapia, Acelerador Lineal.
- 2.9.2.12. Honorarios profesionales por soporte nutricional especializado (enteral o parenteral).
- 2.9.2.13. Hemodiálisis (I.R.A.).
- 2.9.2.14. Estudios y procedimientos Intervencionistas, según anexos.



## 2.10. DE LOS SERVICIOS EN EL INTERIOR DEL PAIS, COBERTURA TOTAL

2.10.1. Para los beneficiarios, con residencia circunstancial en el interior del país, ASISMED S.A., cuenta con convenios médicos, sanatoriales, laboratoriales y radiológicos en las siguientes ciudades, haciéndose extensiva la cobertura de este Contrato con excepción de los beneficios detallados en el punto 2.9. Ver Guía de Prestadores en Convenio.

## 3. COBERTURA INTERNACIONAL: Seguro de Viajero

3.11. Según condicionado.

## 4. DEDUCIBLE:

Corresponde a la suma de dinero que deberá asumir el beneficiario/paciente al utilizar profesionales y/o servicios dentro del territorio nacional, que no cuenten con convenio con ASISMED S.A. y que formen parte de las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios Plan PREMIUM.

**4.1. GASTOS AMBULATORIOS:** Monto deducible US\$ 100 o su equivalente en guaraníes.

4.1.1. Se consideran gastos ambulatorios, todos aquellos servicios que no requieran internación, incluyendo: consultas, estudios diagnósticos, procedimientos médicos diagnósticos y/o terapéuticos, tratamientos de fisioterapia, uso de sala de procedimientos o quirófano, uso de equipos, medicamentos y descartables utilizados en el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.

4.1.2. En tratamientos de fisioterapia, se reconocerán los excedentes de hasta un máximo de 30 sesiones/año de contrato.

4.1.3. Requisito excluyente: presentar orden médica a nombre del paciente, que consigne el diagnóstico, tipo de tratamiento y la duración del mismo.

**4.2. GASTOS DE INTERNACION:** Monto deducible US\$ 500 o su equivalente en guaraníes.

4.2.1. Estos gastos están referidos a todos aquellos servicios relacionados con un evento que requiera internación, honorarios médicos, estudios diagnósticos, derechos operatorios, uso de equipos, medicamentos y descartables. No incluye medicamentos de uso habitual (receta ambulatoria).

4.2.2. Requisito excluyente: presentación de la orden emitida por el médico tratante donde conste: diagnóstico e indicaciones específicas.

4.3. Una vez superado el deducible correspondiente, se procederá al reembolso de los gastos siguientes.

4.4. Tanto los deducibles como los reembolsos, se aplicarán por evento, en lo referente a gastos de internación.

4.5. El reconocimiento de los gastos se efectuará contra la presentación del o los comprobantes legales de pago, a nombre del beneficiario/paciente, los que deberán expresar claramente el detalle de los servicios realizados y la fecha de atención. Esta documentación deberá ser presentada a ASISMED S.A., dentro de los primeros 48 (cuarenta y ocho) horas de ocurrido el evento. El reembolso de los gastos que superen los correspondientes deducibles se realizará dentro de las siguientes 72 horas hábiles.

## 5. DE LAS LIMITACIONES EN LA COBERTURA:

5.1. Toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas.

5.2. Lesiones que sobrevengan en estado de enajenamiento mental, ebriedad o bajo la influencia de estupefacientes, alcaloides, alcohol con sus alteraciones agudas o secuelas crónicas.

5.3. Tratamiento de lesiones provocadas voluntariamente por el beneficiario o que sean consecuencia de tentativas de suicidio, participación en riñas, revolución, subversión, tumultos populares, guerra declarada o no, conflictos laborales o por crímenes u otros delitos o infracciones.

5.4. Tratamientos homeopáticos, acupuntura, quiropraxia y cualquier otra práctica considerada medicina alternativa o natural.



- 5.5. Tratamientos y/o estudios/análisis, operaciones que se hallen en etapa experimental aun cuando sean reconocidos por instituciones oficiales o científicas o tratamientos que no se realicen en territorio paraguayo.
- 5.6. Gastos que pudieran ser reintegrados al beneficiario por otras organizaciones, aseguradoras médicas o similares, o cuando debieran ser cubiertas por el empleador del beneficiario o se originasen por acción u omisión de terceros o derivados de los mismos.
- 5.7. 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.
- 5.8. Cirugías electivas y tratamientos de cirugía plástica o estética, salvo la inmediata o inicial que pudiera ser necesaria a raíz de un accidente. Dermoestética y/o cosmiatría.
- 5.9. Lesiones causadas por fenómenos naturales como: sismos, inundaciones, epidemias o cualquier otra catástrofe.
- 5.10. Gastos extras dentro o fuera de la internación no relacionados con la atención médica del paciente, ejemplo: comunicaciones telefónicas, servicio de acompañante, boutique, enfermería privada etc.
- 5.11. Provisión de anteojos, lentes de contacto, audífonos, cama ortopédica, silla de ruedas en domicilio, prótesis e implantes de cualquier tipo, Stent, Coil, sustancias viscoelásticas, uso de instrumental y materiales específicos de cada especialidad, órtesis, marcapasos, resincronizadores y otros dispositivos, endoprótesis, mallas, lente intraocular, materiales de osteosíntesis, materiales radioactivos, materiales de transfusión, fórmulas y/o preparados nutricionales (bolsas), fibras (láser).
- 5.12. Internación y honorarios médicos por cirugías y curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo, de sueño, cámara hiperbárica.
- 5.13. Internaciones posteriores al alta médica.
- 5.14. Dietología, cosmetología y podología.
- 5.15. Tratamientos e internaciones de pacientes psiquiátricos.
- 5.16. Pruebas relacionadas con Genética (Ej. Prueba de paternidad).
- 5.17. Las enfermedades declaradas por el beneficiario como preexistentes a la firma de este Contrato, tendrán una carencia de 6 meses. Las enfermedades Oncológicas, Renales Crónicas y Hepatopatías, tendrán una carencia mínima de 12 meses. Las enfermedades preexistentes no declaradas no formarán parte de la cobertura contemplada en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios Plan PREMIUM.
- 5.18. Maternidad antes de cumplidos los 360 días de antigüedad como beneficiaria. Recién nacido que no haya sido inscripto en el Plan PREMIUM dentro de las 72 horas de su nacimiento, y de conformidad con lo establecido en la cláusula 2.4.2.
- 5.19. Medicamentos y materiales descartables específicos de receta ambulatoria.
- 5.20. Cobertura internacional, con excepción de la incluida en el Seguro de Viajero.
- 5.21. Accidentes y/o enfermedades, relacionados con la práctica de deportes de alto riesgo, ejemplo: ala delta, boxeo, paracaidismo, etc. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación en competencias o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole.
- 5.22. Sangre y sus derivados.
- 5.23. Materiales, insumos y medicamentos, que no sean proveídos por farmacias u otros centros habilitados en la República del Paraguay o que no cuenten con el debido registro en el MSPyBS.
- 5.24. Pacientes con serología positiva para H.I.V., tratamiento de enfermedades derivadas del S.I.D.A.
- 5.25. Transporte aéreo de pacientes.
- 5.26. Vacunas, excepto las proveídas por el MSPyBS disponibles en el vacunatorio del Centro Médico La Costa.



- 5.27. Tratamiento por psicólogo y/o psicoanalista incluyendo todo tipo de Test.
- 5.28. Odontología.
- 5.29. Patologías congénitas y/o genéticas.
- 5.30. Terapias de sustitución renal.
- 5.31. Tratamientos y/o Terapias paliativas.
- 5.32. Lesiones que surjan como consecuencia de accidentes de tránsito ocasionados en transgresión de las leyes vigentes.

## 6. FINALIZACIÓN 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 o en estado vegetativo que superen los 10 (diez) días posteriores a la suspensión de la sedación.
    - 6.1.2.1. El estado vegetativo es una condición clínica en que la persona no da ningún signo evidente de consciencia de sí o del ambiente, y parece incapaz de interactuar con los demás o de reaccionar a estímulos adecuados.
    - 6.1.2.2. El coma es un estado grave de pérdida de consciencia, constituye un síndrome y una expresión de un fuerte trastorno de las funciones cerebrales.
    - 6.1.2.3. 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

## ANÁLISIS DE LABORATORIO

% DE SATURACION DE HIERRO	ANDROSTENEDIONA
17 BETA ESTRADIOL	ANFETAMINAS (O)
17 CESTOSTEROIDES	ANTI - GBM IGG (membrana basal glomerular)
17 HIDROXICORTICOSTEROIDES	ANTI - GBM IGM (membrana basal glomerular)
17 HIDROXIPROGESTERONA NEONATAL	ANTI CARDIOLIPINA IGA
17 OH PROGESTERONA	ANTI CARDIOLIPINA IGG
17 OH PROGESTERONA NEONATAL	ANTI CARDIOLIPINA IGM
25 OH VIT D	ANTI CCP
5 HIDROXI - INDOL ACETICO	ANTI CELULAS PARIETALES
ACIDO ACETIL SALICILICO - AAS	ANTI LA
ACIDO CITRICO (SEMEN)	ANTI RNP
ACIDO FENIL PIRUVICO	ANTI RO
ACIDO FOLICO	ANTI SM
ACIDO HIPURICO	ANTI TRYPANOSOMA IGG
ACIDO LACTICO	ANTI TRYPANOSOMA IGM
ACIDO METILHIPURICO	ANTIBIOGRAMA PARA ANAEROBIOS Y AEROBIOS
ACIDO PIRUVICO	ANTIC ANTI ACETIL COLINA
ACIDO URICO	ANTIC ANTI DNA
ACIDO URICO (O)	ANTIC ANTI HIV
ACIDO VALPROICO	ANTIC ANTI LISTERIA
ACIDO VANIL MANDELICO - AVM	ANTIC ANTI MUSCULO LISO
ACTH	ANTIC ANTI RUBEOLA – IGG
ADA (Adenosina Deaminasa)	ANTIC ANTI RUBEOLA – IGM
ADENOVIRUS - AG (SECRECION NASAL)	ANTIC ANTI SCL-70
ADENOVIRUS EN HECES (MET:	ANTIC ANTI TOXOPLASMA IGG
INMUNOCROMATOGRAFIA)	ANTIC ANTI TOXOPLASMA IGM
ADENOVIRUS IGG	ANTIC ANTIENDOMISIO IGA
ADENOVIRUS IGM	ANTIC ANTIENDOMISIO IGG
AGLUTININA ANTI A	ANTIC ANTIGLIADINA DEAMINADA IGA
AGLUTININA ANTI B	ANTIC ANTIGLIADINA DEAMINADA IGG
AGUA – ANALISIS BACTERIOLOGICO	ANTIC ANTIGLIADINA IGA
AGUA – EST FISICO QUIMICO Y BACTERIOLOGICO	ANTIC ANTIGLIADINA IGG
ALATOP	ANTIC ANTIMICROSOMALES (ATPO)
ALBUMINA	ANTIC ANTIMITOCONDRIALES
ALBUMINA (O)	ANTIC ANTINUCLEARES (ANA IGA)
ALDOLASA	ANTIC ANTINUCLEARES (ANA IGG)
ALDOSTERONA	ANTIC ANTINUCLEARES (ANA IGM)
ALFA I ANTITRIPSINA	ANTIC ANTINUCLEARES (ANA)
ALFAFETOPROTEINA (AFP)	ANTIC ANTIRETICULINA
ALFAFETOPROTEINA EN SUERO MATERNO (AFP)	ANTIC ANTITIROGLOBULINAS
AMICACINA	ANTIC ANTITIROIDEOS (TPO-Peroxidasa-Ac. Igl y Tiroglobulina)
AMILASA - ALFA AMILASA - AMILASEMIA	ANTIC JO 1
AMILASA (O) - ALFA AMILASA (O) - AMILASURIA	ANTICOAGULANTE LUPICO
AMINOFILINA	ANTICUERPOS ANTI FOSFOLIPIDOS
AMONIO	ANTICUERPOS IRREGULARES
ANCA C	ANTIDEPRESIVO TRICICLICO
ANCA P	



ANTIFOSFOLIPIDOS IGG, suero  
ANTIFOSFOLIPIDOS IGM, suero  
ANTIGENEMIA P/ CITOMEGALOVIRUS PP65  
ANTIGENO PARA CITOMEGALOVIRUS  
ANTIGENO PARA CRIPTOCOCCUS  
ANTIGENOS FEBRILES  
ANTIRRECEPTOR DE TSH  
ANTITROMBINA III (3)  
APOLIPOPROTEINA A  
APOLIPOPROTEINA B  
ASCA IgA (ANTIC. IgA anti-Saccharomycescerevisiae)  
ASCA IgG (ANTIC. IgG anti-Saccharomycescerevisiae)  
ASPECTO DEL SUERO  
ASPERGILUS  
ASTO  
AUTOVACUNA  
AZUCARES REDUCTORES (BENEDIC) - AZUCARES REDUCTORES (O)  
B2 GLICOPROTEINA IGG  
B2 GLICOPROTEINA IGM  
BCA IGG  
BENZODIAZEPINA (O)  
BENZODIAZEPINA CUANTITATIVA  
BETA 2 - MICROGLOBULINA  
BETA CROSS LAPS  
BICARBONATO ACTUAL  
BILIRRUBINA DIRECTA  
BILIRRUBINA INDIRECTA  
BILIRRUBINA TOTAL - BILIRRUBINA T, D e I  
BILIS – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
BLASTOS  
BM - CLOSTRIDIUM(PCR)  
BM HLA B27(PCR)  
BM- MYCOBACTERIUM LEPRAE-DETECC. Y TEST DE SUSCEPTIBILIDAD A DROGAS  
BM- ROTAVIRUS A ( PCR)  
BM-ADENOVIRUS (ADV) DETECCION (PCR)  
BM-ADENOVIRUS POR PCR (LCR)  
BM-ALFAVIRUS, DETECCION (PCR)  
BM-ASTROVIRUS, DETECCION (PCR)  
BM-BK VIRUS (BKV) DETECCION (PCR)  
BM-BOCAVIRUS HUMANO (HBoV) DETECCION PCR  
BM-BORDETELLA PERTUSIS, DETECCION (PCR)  
BM-CAMPYLOBACTER, DETECCION (PCR)  
BM-CHLAMYDIA TRACHOMATIS, DETECCION (PCR)  
BM-CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE, DETECCION (PCR)  
BM-CITOMEGALOVIRUS (CMV) CUANTIFICACION POR PCR  
BM-CITOMEGALOVIRUS (CMV) LCR, DETECCION (PCR)  
BM-CITOMEGALOVIRUS (CMV), DETECCION (PCR)  
BM-CORONAVIRUS HUMANO (HCoV), DETECCION (PCR)  
BM-DENGUE VIRUS (DENV), DETECCION (PCR)  
BM-ENTEROVIRUS, DETECCION (PCR)  
BM-EPSTEIN BARR VIRUS (EBV), DETECCION (PCR)  
BM-HAEMOPHILUS INFLUENZAE, DETECCION (PCR)  
BM-HEPATITIS B (HBV), DETECCION (PCR)  
BM-HEPATITIS B VIRUS (HBV), CARGA VIRAL (REAL TIME PCR)  
BM-HEPATITIS C VIRUS (HCV), CARGA VIRAL (REAL TIME PCR)  
BM-HEPATITIS C VIRUS (HCV), DETECCION (PCR)  
BM-HEPATITIS C VIRUS (HCV), GENOTIPIFIACION (REAL TIME PCR)  
BM-HERPES 6, DETECCION (PCR)  
BM-HERPES VIRUS SIMPLEX 1 Y 2 (HSV1 + HSV2) DETECCION (PCR)  
BM-HERPES VIRUS SIMPLEX 1 Y 2 (HSV1 + HSV2)LCR DETECCION (PCR)  
BM-HIV CARGA VIRAL (REAL TIME PCR)  
BM-HPV (VIRUS PAPILOMA HUMANO) DETECCION (PCR) Y TIPIFICACION(RFLP)  
BM-INFLUENZA A VIRUS (FLUA) DETECCION (PCR)  
BM-INFLUENZA B VIRUS (FLUB) DETECCION (PCR)  
BM-LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN SANGRE  
BM-LEGIONELLA PNEUMOPHILA, DETECCION (PCR)  
BM-METANEUMOVIRUS DETECCION (P.C.R)  
BM-MICROBACTERIAS TIPIFICACION P.C.R.  
BM-MORAXELLA CATARRHALIS, DETECCION (PCR)  
BM-MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS Y SUSCEPTIB. A DROGAS DE 2º LINEA  
BM-MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS Y SUSCEPTIBILIDAD A DROGAS 1RA. LINEA  
BM-MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, DETECCION (PCR)  
BM-MYCOPLASMA GENITALIUM, DETECCION (PCR)  
BM-MYCOPLASMA HOMINIS, DETECCION (PCR)  
BM-MYCOPLASMA HOMINYIS + UREAPLASMA UREALITICO (PCR)  
BM-MYCOPLASMA PNEUMONIAE (PCR)  
BM-NEISSERIA GONORRHOEA, DETECCION (PCR)  
BM-NEISSERIA MENINGITIS, DETECCION (PCR)  
BM-NOROVIRUS, DETECCION (PCR)  
BM-PANEL BACTERIANO RESPIRATORIO (PCR)  
BM-PANEL BACTERIANO SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, LCR, DETECCION (PCR)





BM-PANEL DIARREAS, DETECCION (PCR)	CADMIO sangre
BM-PANEL HAEMOPHILUS INFLUENZA + STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (PCR)	CADENAS LIBRES O CADENAS LIGERAS
BM-PANEL HAEMOPHILUS INFLUENZA + STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE + MORAXELLA CATARRHALIS (PCR)	CALCIO
BM-PANEL RESPIRATORIO, DETECCION (PCR)	CALCIO (O)
BM-PANEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, LCR, DETECCION (PCR)	CALCIO IONICO
BM-PANEL VIRAL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, LCR, DETECCION (PCR)	CALCIO O (ESPONTANEA)
BM-PANEL VIRUS DIARREAS, DETECCION PCR	CALCITONINA
BM-PANEL VIRUS RESPIRATORIO, DETECCION (PCR)	CALCULO URINARIO
BM-PARAINFLUENZA VIRUS (PIV), DETECCION (PCR)	CAMPYLOBACTER - CULTIVO
BM-PARVOVIRUS B 19, DETECCION (PCR)	CARBAMAZEPINA
BM-PERFIL CHLAMYDIA + MYCOPLASMA H. + UREAPLASMA (PCR)	CARBOXIHEMOGLOBINA
BM-PERFIL CHLAMYDIA+MYCOPLASMA H+UREAPLASMA, DETECCION (PCR)	CARIOTIPO
BM-RHINOVIRUS HUMANO (HRV), DETECCION (PCR)	CATECOLAMINA
BM-SALMONELLA (PCR)	CD4
BM-SAPOVIRUS (PCR)	CD8
BM-SHIGELLA, (PCR)	CEA (ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO)
BM-STAPHYLOCOCCUS-MRSA-DETECCION Y CARACTERIZACION	CENTROMERO
BM-STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, DETECCION (PCR)	CERULOPLASMINA
BM-TOXOPLASMOSIS, DETECCION (PCR)	CETONEMIA
BM-UREAPLASMA UREALYTICUM, DETECCION (PCR)	CETONURIA
BM-VARICELA ZOSTER VIRUS (VZV), DETECCION (PCR)	CH 100 (COMPLEMENTO HEMOLITICO)
BM-VIRUS JC (POLYOMAVIRUS), DETECCION (PCR)	CHAGAS AC (METODO LATEX)
BM-VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (RSV), DETECCION (PCR)	CHAGAS AC IGG
BNP (peptido natri uretrico)	CHAGAS AC IGM
BORRELIA BURGDORFERI (LYME) IGG	CHLAMYDIAS AC IGG
BORRELIA BURGDORFERI (LYME) IGM	CHLAMYDIAS AC IGM
BRUCELLA ABORTUS Igg	CHLAMYDIAS ORINA
BUN	CHLAMYDIAS PNEUMONIAE (SEC. NASAL)
BUSQUEDA DE ACAROS	CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGG (sangre)
C3	CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGM (sangre)
C4	CHLAMYDIAS SECRESION CONJUNTIVAL
CA 125	CHLAMYDIAS SECRESION GENITAL
CA 15,3	CICLOSPORINA
CA 19,9	CIM (CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA) C/U
CA 27,29	CISTINA (O)
CADMIO orina	CITOMEGALOVIRUS – COLOR GIEMSA
	CITRATO (O)
	CK – MB
	CK - MM
	CK – TOTAL
	CLEARANCE DE CREATININA
	CLEARANCE DE UREA
	CLORUROS
	CLORUROS - LCR
	CLORUROS (O)
	CLOTEST
	CMV – IGG (ANT ANTICITOMEGALOVIRUS)
	CMV – IGM (ANT ANTICITOMEGALOVIRUS)
	CMV EN BAL
	COBRE (O)
	COBRE orina



COBRE sangre	CULTIVO PARA BAAR
COCCIDIODINA INTRADERMORREAC	CULTIVO PARA CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE
COLESTEROL HDL	CULTIVO PARA GERMENES COMUNES
COLESTEROL LDL	CULTIVO PARA LISTERIA
COLESTEROL TOTAL	CURVA DE GLUCOSA (03 HORAS)
COLESTEROL VLDL	CURVA DE GLUCOSA (04 HORAS)
COLINESTERASA	CURVA DE GLUCOSA (05 HORAS)
COLORACION DE GIEMSA	CURVA DE GLUCOSA (EMBARAZO)
COLORACION DE GRAM	DEHIDROTESTOSTERONA
COLORACION DE KINYOUN	DENGUE IGG CROMATOGRAFIA
COLORACION DE TINTA CHINA	DESHIDROGENASA (G6PD) NEONATAL
COLORACION DE ZIEHL – NEELSEN	DETECCION DE CRISTALES
COMPLEMENTO HEMOLITICO (CH 50)	DGP-2 AC IGA
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA	DGP2 IGG
CORPUSCULAR MED	DHEA SULFATO (DHEA-SO4)
COOMBS DIRECTO	DIGITOXINA
COOMBS INDIRECTO	DIGOXINA
COOMBS INDIRECTO CUANTITATIVO	DIMERO D
COPROCULTIVO	DIMERO D CUANTITATIVO
COPROFUNCIONAL	DOPAMINA
COPROPORFIRINAS	DOPAMINA (O)
CORTISOL	DOSAJE DE AMITRIPTILINA
CORTISOL AM	DOSAJE DE HORMONA ANTIIDIURETICA
CORTISOL PLASMATICO	DOSAJE DE NTX - PYRILINKS (OSTEOPOROSIS)
CORTISOL PM	DOSAJE RENINA
CORTISOL URINARIO	DOSAJES PARA DIGITALICOS
COTININA	DQ2-DQ8 (PCR)
COXIELLA BURNETTI IGG	EBV - EA IGG
COXIELLA BURNETTI IGM	EBV - EA IGM
COXSACKIE -(PCR)	EBV - EBNA IGG
COXSACKIE (SEC. NASAL)	EBV - EBNA IGM
COXSACKIE A EN LCR	EBV – VCA IGG
COXSACKIE A IGG	EBV – VCA IGM
COXSACKIE A IGM	ECHO VIRUS IGG
COXSACKIE B EN LCR	ECHO VIRUS IGM
COXSACKIE B IGG	EFEDRINA
COXSACKIE B IGM	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA
CRASIS SANGUINEA COMPLETA (PERFIL DE	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS
COAGULACION - COAGULOGRAMA)	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS
CREATININA	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS (LCR)
CREATININA (O)	ELECTROLITOS - IONOGRAMA (NA + K + CL)
CRIOAGLUTININAS	ELECTROLITOS (O)
CRIOGLOBULINAS	ENTEROVIRUS IGG
CRIPCOCOCUS (LATEX PARA TORULA)	ENTEROVIRUS IGM
CRYPTOSPORIDIUM	ENTEROVIRUS EN LCR (incluidos herpes I y II)
CRISTALES DE CHARCOT DE LEYDEN	ENZIMAS CARDIACAS (GOT - CK TOTAL - CK MB -
CUERPOS CETONICOS	LDH)
CUERPOS CETONICOS (O)	ERITROSEDIMENTACION
CULTIVO DE BAAR EN LCR	ESPERMA - CHLAMYDIAS
CULTIVO EN AEROBIOSIS	ESPERMA – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
CULTIVO EN ANAEROBIOSIS	ESPERMOGRAMA



ESPUTO – COLORACION DE ZIEHL	GALACTOSEMIA
ESPUTO – CULTIVO PARA BAAR	GAMMA GLOBULINA
ESPUTO – CULTIVO PARA GERMESES COMUNES (ESPUTO, CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA)	GAMMA GT
ESPUTO – EOSINOFILOS – MASTOCITOS	GASES ARTERIALES (GASOMETRIA ARTERIAL)
ESPUTO - FROTIS	GASES VENOSOS (GASOMETRIA VENOSA)
ESTEATOCRITOS	GASTRINA
ESTRADIOL	GENTAMICINA
ESTRIOL LIBRE	GLOBULINA
ESTUDIO CAPILAR – INVESTIGACION DE HONGOS	GLUCOSA
EXCRESION DE CREATININA	GLUCOSA (O) – GLUCOSURIA
FACTOR DE CRECIMIENTO IGF1	GLUCOSA 6 FOSFATO DE DESHIDROGENASA (G6PD)
FACTOR IX	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL
FACTOR REUMATOIDEO (ARTRITEST)	GOT / AST
FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPOS IGA (ARTRITEST)	GPT / ALT
FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPOS IGG (ARTRITEST)	GRAVINDEX
FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPOS IGM (ARTRITEST)	H.O.M.A.
FACTOR V LEYDEN	HAMBURGER
FACTOR VIII	HANTA VIRUS IGG
FENCICLIDINA	HANTA VIRUS IGM
FENIL ALANINA	HAPTOGLOBINA
FENIL CETONURIA	HAV – IGG (ANTIC HEPATITIS A)
FENILHIDANTOINA	HAV – IGM (ANTIC HEPATITIS A)
FENITOINA	HBC – AC IGG (ANTI CORE)
FENOBARBITAL	HBC – AC IGM (ANTI CORE)
FENOLES	HBC AC (ANTI CORE TOTAL)
FERRITINA	HBE – AC (Hepatitis E Anticuerpo)
FIBRINOGENO	HBE - AG
FIBRINOLISIS	HBS – AC
FORMULA LEUCOCITARIA	HBS – AG (ANTIGENO DE SUPERFICIE - HEPATITIS B)
FOSFATASA ACIDA PROSTATICA - PAP	HCG CUANTITATIVO TUMORAL (MARCADOR TUMORAL)
FOSFATASA ACIDA TOTAL	HCG LIBRE
FOSFATASA ALCALINA	HCG SUB UNIDAD BETA
FOSFOLIPIDOS	HCG SUB UNIDAD BETA CUANTITATIVA
FOSFORO	HCV – AC (ANTIC HEPATITIS C)
FOSFORO (O)	HCV – AC (ANTIC HEPATITIS C) IGM
FRAGILIDAD DE LOS HEMATIES	HECES – BENEDICT
FRAGILIDAD OSMOTICA	HECES – EXAMEN PARASITOLOGICO
FROTIS	HECES – EXAMEN PARASITOLOGICO SERIADO
FROTIS DE SANGRE PERIFERICA (FSP)	HECES – FLORA MICROBIANA
FROTIS DE SANGRE PERIFERICA HEMATOLOGICA	HECES – FROTIS
FROTOSAMINA	HECES – HONGOS
FSH	HECES – MICROSCOPIA FUNCIONAL
FSH SERIADOS	HELICOBACTER PYLORI IGA
FTA - ABS EN LCR IGG	HELICOBACTER PYLORI IGG
FTA - ABS EN LCR IGM	HELICOBACTER PYLORI IGM
FTA – ABS IGG AC	HEMATOCRITO
FTA – ABS IGM AC	HEMOCULTIVO EN AEROBIOSIS (cada muestra)
FTI	HEMOCULTIVO EN ANAEROBIOS (cada muestra)
G6PDH NEONATAL	HEMOGLOBINA
GALACTOSA NEONATAL	HEMOGLOBINA FETAL



HEMOGLOBINA GLICOSILADA - HBA1C (GLUCOHEMOGLOBINA)	INMUNOFIJACION DE PROTEINAS EN ORINA
HEMOGRAMA CON ERITROSEDIMENTACION	INMUNOFIJACION DE PROTEINAS EN SANGRE
HEMOPARASITOS – GOTA GRUESA	INMUNOGLOBULINAS (IGA - IGM - IGG)
HEMOPARASITOS – OBSERVACION DIRECTA	INMUNOGLOBULINAS EN LCR (IGA - IGM -IGG)
HEPATITIS DELTA AC	INR
HEPATITIS B VIRUS (HBV), carga viral	INSULINA BASAL
HERPES – SECRESION GENITAL	INSULINEMIA CON TEST DE T GLUCOSA
HERPES 1 IGG	LATEX EN LCR
HERPES 1 IGM	LATEX EN LIQUIDO PLEURAL
HERPES 2 IGG	LATEX EN ORINA
HERPES 2 IGM	LATEX PARA LEGIONELLA PNEUMOFILA
HERPES 6 IGG	LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO A
HERPES 6 IGM	LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO B
HERPES I IFD	LATEX PARA STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE
HERPES II IFD	LAVADO BRONCO ALVEOLAR – CULTIVO Y ATB
HEV - AC (ANTIC HEPATITIS E)	LAVADO GASTRICO PARASITOS
HIDATIDOSIS (ANT ANTIHIDATIDICO)	LCR – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
HIERRO HEPATICO	LCR CITOQUIMICO
HIERRO SERICO	LDH
HISTOPLASMINA INTRADERMOREAC	LEGIONELLA IGG
HISTOPLASMOSIS	LEGIONELLA IGM
HIV – P24	LEGIONELLA PNEUMOFILA (IFD)
HLA B27	LEISHMANIA IGG
HOMOCISTINA EN ORINA - HOMOCISTINURIA	LEISHMANIA IGM
HOMOCYSTEINA	LEPTOSPIROSIS
HONGOS – CULTIVO E IDENTIFICACION	LESION DE PIEL – CULTIVO HONGOS
HONGOS – EXAMEN EN FRESCO	LESION DE UÑAS - CULTIVO HONGOS
HORMONA DE CRECIMIENTO - GH	LESION GENITAL
HTLV1-2	LESION GENITAL - CAMPO OSCURO
IDENTIFICACION DE PARASITOS	LESION GENITAL – COLORACION DE FONTANA
IGA	LESION GENITAL – COLORACION DE GRAM
IGA SECRETORIA	LH
IGD	LH SERIADO
IGE TOTAL	LINFA CUTANEA COLORACION DE ZIEHL
IGF-1 TIPO INSL (somatomedina)	LIPASA
IGF-I TIPO 3 (proteína ligadora)	LIPIDOS TOTALES
IGG	LIQUIDO (OTROS) - CITOQUIMICO
IGM	LIQUIDO AMNIOTICO – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
INDICE HEMATIMETRICOS	LIQUIDO ARTICULAR – CRISTALES
INDICE ANDROGENICO LIBRE	LIQUIDO ARTICULAR – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
INDICES DE RIESGOS	LIQUIDO ARTICULAR CITOQUIMICO
INFLUENZA A (SEC. NASAL) I.F.D.	LIQUIDO ASCITICO – CRISTALES
INFLUENZA A / B (SEC. NASAL - TEST RAPIDO)	LIQUIDO ASCITICO – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
INFLUENZA A IGG	LIQUIDO GASTRICO – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
INFLUENZA A IGM	LIQUIDO GASTRODUODENAL - PARASITOS
INFLUENZA AH1N1	LIQUIDO PERITONEAL – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
INFLUENZA B (SEC. NASAL) I.F.D.	LIQUIDO PLEURAL – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
INFLUENZA B IGG	LIQUIDO PLEURAL CITOQUIMICO
INFLUENZA B IGM	LITIO
INMUNOELECTROFORESIS	LKM - 1 AC
	MAGNESIO



MAGNESIO (O)	PARATHORMONA - PTH
MAGNESIO ERITROCITARIO	PAROTIDITIS IGG
MAR TEST IGG	PAROTIDITIS IGM
MARIHUANA (O)	PARVOVIRUS
MERCURIO orina	PARVOVIRUS B19 (IGG/IGM) Inmunocromatografía
MERCURIO sangre	PAS - ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO -
META ANFETAMINAS	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO TOTAL
METADONA	PAS LIBRE - FREE PSA
METAHEMOGLOBINA	PAUL BUNNEL
METANEFRINAS	PCR CARDIOESPECIFICA
METAPNEUMOVIRUS (SEC. NASAL)	PCR PARA HERPES –VIRUS EN LCR
METOTREXATE	PDF
MICROALBUMINURIA	PEPTIDO C
MIELOCULTIVO AEROBIOS	PEPTIDO NATRIURETICO ARTERIAL (BNP)
MIELOCULTIVO ANAEROBIOS	CUANTITATIVO
MIOGLOBINA	PERFIL AUTOINMUNE
MIOGLOBINA (O)	PERFIL ENA
MONOTEST	PERFIL HEPATICO - HEPATOGRAMA (GOT - GPT -
MORFINA (O)	FOSFATASA ALCALINA - BILIRRUBINA - GAMMA GT)
MUCOPROTEINAS	PERFIL INMUNOHEMATOLOGICO
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	PERFIL LIPIDICO - LIPIDOGRAMA (COLESTEROL TOTAL
MYCOPLASMA - CULTIVO E IDENTIFICACION	- HDL - LDL - VLDL - TRIGLICERIDOS)
MYCOPLASMA HOMINIS (secrecion genital o	PERFIL RENAL
esperma)	PERFIL TIROIDEO
MYCOPLASMA HOMINIS EN ORINA	PH – HECES
MYCOPLASMA PNEUMONIAE (SEC.NASAL) ( IFD)	PH – ORINA
MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG	PH-SANGRE
MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGM	PLASMA SEMINAL – BIOQUIMICA
N DNA DS-AC	PLOMO
NEISSERIA	PLOMO orina
NICOTINA	PLOMO sangre
NITROGENO UREICO	PM - 1
NOROVIRUS	PNEUMOCYSTITIS CARINII
ORINA – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	PNEUMONIA ATIPICA IgM
ORINA - RUTINA	PORFOBILINOGENO
ORINA 1ER CHORRO – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	POTASIO
ORINA CHORRO MEDIO – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	APOTASIO (O)
OSMOLARIDAD URINARIA	PPD
OSTEOCALCINA	PRE-ALBUMINA
OXALATO	PREPARACION DE CELULAS LE
OXICARBAMAZEPINA	PRO - BNP
OXIURIUS	PROCALCITONINA
P.C.R- SECRECION URETRAL PARA UREAPLASMA	PROGESTERONA
PALUDISMO IGG	PROLACTINA
PALUDISMO IGM	PROLACTINA (30 minutos)
PAPP-A	PROTEINA C
PARACOCCIDIOIDES	PROTEINA C REACTIVA - PCR
PARAINFLUENZA 1	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA
PARAINFLUENZA 2	PROTEINA DE BENCE – JONES
PARAINFLUENZA 3	PROTEINA S
PARAINFLUENZA IGG	PROTEINAS – RELACION A/G
PARAINFLUENZA IGM	PROTEINAS TOTALES



PROTEINAS TOTALES (O)	RAST PARA PENICILINA V
PROTOPORFIRINA	RAST PARA PICADURA DE INSECTO
PRUEBA DE CONCENTRACION	RAST PARA POLEN DE PASTO
PRUEBA DE DILUCION	RAST PARA TOMATE
PRUEBA DE LAZO	RAST PARA YEMA DE HUEVO
PRUEBA TOLERANCIA A LA LACTOSA	RAZON PSA
PUNTA DE CATETER – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	REACCION DE HUDDLESON
QUANTIFERON	REACCION DE WIDAL
QUANTIFERON TB GOLD	RECEPTORES ESTROGENICOS
RASPADO DE LENGUA – CULTIVO PARA HONGOS	RECUESTO DE ADDIS
RAST - ABEJA	RECUESTO DE GLOBULOS BLANCOS
RAST - AVISPA	RECUESTO DE GLOBULOS ROJOS
RAST - CHOCOLATE	RECUESTO DE HAMBURGUER
RAST - CLARA DE HUEVO	RECUESTO DE PLAQUETAS
RAST - EPITELIO DE GATO	RELACION CALCIO/CREATININA
RAST - EPITELIO DE PERRO	RELACION UREA/CREATININA
RAST - FRUTILLA	RELACION LDH (LIQ.PLEURAL)
RAST - LECHE DE VACA	RELACION MICROALBUMINURIA/CREATININA
RAST - PENICILINA	RELACION PT (LIQ.PLEURAL)
RAST - PESCADO	RELACION UREA/CREATININA
RAST - POLEN	RESISTENCIA OSMOTICA ERITROCITARIA
RAST - POLVO DE CASA	RETICULOCITOS
RAST - TRIGO	RETRACCION DEL COAGULO
RAST d1 Dermatophagoides-pteronyssynus	RK39
RAST d2 Dermatophagoides-farinae	ROTAVIRUS
RAST DE SOJA	SALICILATO
RAST F76 ALFALACTOALBUMNINA	SANGRE OCULTA O GUAYACO
RAST F77 BETALACTOGLOBULINA	SAP Sec. anal: cultivo p/ streptococcusagalactiae
RAST F78 CASEINA	Grupo B
RAST PARA ACAROS	SAP Sec. vaginal. cultivo p/streptococcusagalactiae
RAST PARA ASCARIS	Grupo B
RAST PARA BLOMIA TROPICALIS	SARAMPION IGG
RAST PARA CANDIDA ALBICANS	SARAMPION IGM
RAST PARA CITRICOS	SCREENING DE DROGAS TERAPEUTICAS
RAST PARA CUCARACHA	SECRESION CONJUNTIVAL – CULTIVO Y
RAST PARA EPITELIO DE ANIMAL	ANTIBIOGRAMA
RAST PARA GLUTEN	SECRESION ENDOCERVICAL – CULTIVO Y
RAST PARA HONGOS	ANTIBIOGRAMA
RAST PARA HORMIGA	SECRESION FARINGEA – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
RAST PARA HUEVO	SECRESION GENITAL – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
RAST PARA HUMEDAD	SECRESION NASAL – CITOLOGIA
RAST PARA LATEX	SECRESION NASAL – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
RAST PARA MAIZ	SECRESION PROSTATICA – FROTIS
RAST PARA MANI	SECRESION PURULENTO – CULTIVO Y
RAST PARA MEZCLA DE ACAROS	ANTIBIOGRAMA
RAST PARA MEZCLA DE ALIMENTOS	SECRESION TRAQUEAL – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
RAST PARA MOHO Y LEVADURAS	SECRESION URETRAL – CULTIVO THAYER – MARTIN
RAST PARA MOSQUITO	SECRESION URETRAL – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
RAST PARA NARANJA	SECRESION URETRAL – FROTIS
RAST PARA PARASITOS	SECRESION VAGINAL – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
RAST PARA PENICILINA G	SECRESION VAGINAL – EXAMEN FRESCO Y GRAM
	SECRESION VAGINAL PH



SECRESION VAGINAL Y ENDOCERVICAL-CULT Y ANTIBIOGRAMA	TESTOSTERONA BIODISPONIBLE
SECRESION VULVO VAGINAL – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	TESTOSTERONA LIBRE
SECRESIONES (OTRAS) - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	TESTOSTERONA TOTAL
SEROLOGIA PARA PAPER A IGG	TIBC (CAPACIDAD DE FIJACION DE HIERRO)
SEROLOGIA PARA PAPER A IGM	TIEMPO DE COAGULACION
SHBG	TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA
SIMS - HUNNER	TIEMPO DE PROTROMBINA - TP
SN	TIEMPO DE SANGRIA
SODIO	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA ACTIVADA (TTPA)
SODIO (O)	TINE TEST
SSA	TIPIFICACION
SSB	TIROGLOBULINA
STREPTOZIMA	TOXINA PARA CLOSTRIDIUM DIFFICILE
SUB-CLASES IGG	TRANSFERRINA
SWIM-UP	TRANSGLUTAMINASA TISULAR AC
T3 LIBRE	TRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA
T3 TOTAL	TRANSGLUTAMINASA TISULAR IGG
T3 UPTAKE	TRIGLICERIDOS
T4 LIBRE	TRIPSINA INMUNO REACTIVA NEONATAL
T4 NEONATAL	TRIPSINOGENO
T4 TOTAL	TROPONINA I
T4 UPTAKE	TROPONINA I CUANTITATIVA
TEOFILINA	TROPONINA I ULTRASENSIBLE
TEST DE ABSORCION A LA XILOSA	TROPONINA T
TEST DE APT	TSH
TEST DE ARBORIZACION	TSH NEONATAL
TEST DE ESTIMULACION CON ACTH	ULCERA GENITAL – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
TEST DE ESTIMULACION (LH-RH)	UREA
TEST DE ESTIMULACIONCON GLUCAGON	UREA (O)
TEST DE ESTIMULACION CON METOCLOPRAMIDA	UREAPLASMA - UREPLASMA
TEST DE ESTIMULACION CON TRH	UROBILINA – UROBILINOGENO
TEST DE ESTIMULACION DE HGH (CLONIDINA)	UROPORFIRINA
TEST DE INHIBICION CON DEXAMETASONA	VAN DE KAMER
TEST DE O'SULLIVAN	VANCOMICINA
TEST DE QUILOMICRONES	VARICELA IGG
TEST DE ROSA DE BENGALA	VARICELA IGM
TEST DE TZANCK	VARICELA ZOSTER
TEST DEL SUDOR	VDRL
TEST DE ESTIMULACION DE HGH (EJERCICIOS)	VDRL CUANTITATIVO
TEST PARA AMINAS	VDRL EN LCR
TEST PARA CHIKUNGUNYA IGM (Elisa)	VIROCITOS
TEST PARA CHIKUNGUNYA	VIRUS SINSICIAL AG (VSR)
INMUNOCROMATOLOGICO	VIRUS SINSICIAL IGG (VSR)
TEST PARA DENGUE AG	VIRUS SINSICIAL IGM (VSR)
TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO AG	VITAMINA B12
TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO IGG	VITAMINA B6
TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO IGM	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO
TEST PARA DENGUE IGG (Met. Elisa)	VITAMINA D (calcitriol)
TEST PARA DENGUE IGM (Met.Elisa)	WALER ROSE
TEST PARA HELICOBACTER PYLORI EN BIOPSIA	YERSENIA - CULTIVO
	ZINC



## ANEXO II: RADIOLOGIA SIMPLE Y CONTRASTADA

BRNCOGRAFIA 1 lado	RX BRAZO - HUMERO 3 posiciones
BRNCOGRAFIA 2 lados	RX BRAZO - HUMERO 4 posiciones
CISTOGRAFIA	RX CADERA O PELVIS 1 posición
CISTOGRAFIA CON URETROCISTOGRAFIA	RX CADERA O PELVIS 2 posiciones
COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA O BILIGRAFINA	RX CADERA O PELVIS 3 posiciones
COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA (incluye equipo portátil traslado)	RX CADERA O PELVIS 4 posiciones
COLANGIOGRAFIA POST-OPERATORIA	RX CARA 1 posición
COLANGIOGRAFIA RETROGRADA CON PAPILOTOMIA	RX CAVUM 1 posición
COLANGIOGRAFIA RETROGRADA SIMPLE	RX CAVUM 2 posiciones
COLECISTOGRAFIA ORAL	RX CAVUM CONTRASTADO
COLUMNA PANORAMICA - ESPINOGRAFIA 1 posición	RX CLAVICULA 1 posición
COLUMNA PANORAMICA - ESPINOGRAFIA 2 posiciones	RX CLAVICULA 2 posiciones
ESCANOMETRIA	RX CLAVICULA 3 posiciones
ESOFAGO - ESOFAGOGRAMA	RX CLAVICULA 4 posiciones
FISTULOGRAFIA (hasta 2 placas)	RX CODO 1 posición
PIELOGRAFIA ENDOVENOSA O RIÑÓN	RX CODO 2 posiciones
CONTRASTADO	RX CODO 3 posiciones
PIELOGRAFIA ENDOVENOSA O RIÑÓN	RX CODO 4 posiciones
CONTRASTADO MINUTADO	RX COLON DOBLE CONTRASTE (o enema baritado)
PIELOGRAFIA O UROGRAMA DE EXCRESION	RX COLON ENEMA OPACO
PIELOGRAFIA O UROGRAMA DE EXCRESION MINUTADO	RX COLUMNA CERVICAL 1 posición
PLANIGRAFIA O TOMOGRAFIA LINEAL	RX COLUMNA CERVICAL 2 posiciones
ARTICULACIONES TEMPOROMAXILAR	RX COLUMNA CERVICAL 3 posiciones
PLANIGRAFIA O TOMOGRAFIA LINEAL LARINGE-RODILLA-TOBILLO	RX COLUMNA CERVICAL 4 posiciones
PLANIGRAFIA O TOMOGRAFIA LINEAL MASTOIDES O TEMPORALES	RX COLUMNA CERVICAL 5 posiciones
PLANIGRAFIA O TOMOGRAFIA LINEAL TORAX-ABDOMEN	RX COLUMNA CERVICAL 6 posiciones
RX ABDOMEN SIMPLE	RX COLUMNA CERVICO DORSAL 3 posiciones
RX ABDOMEN SIMPLE 2 posiciones	RX COLUMNA DORSAL 1 posición
RX ANTEBRAZO 1 posición	RX COLUMNA DORSAL 12 posiciones
RX ANTEBRAZO 2 posiciones	RX COLUMNA DORSAL 2 posiciones
RX ANTEBRAZO 3 posiciones	RX COLUMNA DORSAL 3 posiciones
RX ANTEBRAZO 4 posiciones	RX COLUMNA DORSAL 4 posiciones
RX APENDICE	RX COLUMNA DORSAL 5 posiciones
RX ARBOL URINARIO simple	RX COLUMNA DORSAL 6 posiciones
RX ARTICULACIONES SACROILIACAS 1 posición	RX COLUMNA DORSAL 7 posiciones
RX ARTICULACIONES SACROILIACAS 2 posiciones	RX COLUMNA DORSAL 8 posiciones
RX ARTICULACIONES SACROILIACAS 3 posiciones	RX COLUMNA DORSO LUMBAR 3 posiciones
RX ARTICULACIONES TEMPORO-MAXILARES 2 posiciones	RX COLUMNA LUMBAR 1 posición
RX ARTICULACIONES TEMPORO-MAXILARES 4 posiciones	RX COLUMNA LUMBAR 12 posiciones
RX BRAZO - HUMERO 1 posición	RX COLUMNA LUMBAR 2 posiciones
RX BRAZO - HUMERO 2 posiciones	RX COLUMNA LUMBAR 3 posiciones
	RX COLUMNA LUMBAR 4 posiciones
	RX COLUMNA LUMBAR 5 posiciones
	RX COLUMNA LUMBAR 6 posiciones
	RX COLUMNA LUMBAR 7 posiciones
	RX COLUMNA LUMBAR 8 posiciones
	RX CONTROL RADIOLOGICO O RADIOSCOPICO DE MANIOBRAS - SCOPIA
	RX COSTILLA - PARRILLA COSTAL 1 posición





RX COSTILLA - PARRILLA COSTAL 2 posiciones	RX ORBITA 2 posiciones
RX COSTILLA - PARRILLA COSTAL 3 posiciones	RX ORBITA 3 posiciones
RX COSTILLA - PARRILLA COSTAL 4 posiciones	RX PIE 1 posición
RX CRANEO 1 posición	RX PIE 2 posiciones
RX CRANEO 2 posiciones	RX PIE 3 posiciones
RX CRANEO 3 posiciones	RX PIE 4 posiciones
RX CRANEO 4 posiciones	RX PIERNA 1 posición
RX CRANEO 5 posiciones	RX PIERNA 2 posiciones
RX CRANEO 6 posiciones	RX PIERNA 3 posiciones
RX DEDO (manos o pies) 2 posiciones	RX PIERNA 4 posiciones
RX ESOFAGO - ESTOMAGO DUODENO (seriada esófago-gastroduodeno)	RX RODILLA 1 posición
RX ESTERNON 1 posición	RX RODILLA 10 posiciones
RX ESTERNON 2 posiciones	RX RODILLA 2 posiciones
RX ESTOMAGO - DUODENO (doble contraste) Seriada Gastroduodenal	RX RODILLA 3 posiciones
RX ESTOMAGO Y DUODENO	RX RODILLA 4 posiciones
RX HOMBRO 1 posición	RX RODILLA 6 posiciones
RX HOMBRO 2 posiciones	RX RODILLA MAS ROTULA 2 posiciones
RX HOMBRO 3 posiciones	RX RODILLA MAS ROTULA 3 posiciones
RX HOMBRO 4 posiciones	RX SACO LAGRIMAL 1 lado
RX INTESTINO DELGADO O TRANSITO INTESTINAL	RX SACO LAGRIMAL 2 lados
RX INTESTINO DELGADO O TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	RX SACRO-COXIS 1 posición
RX LARINGE (laringografía) CONTRASTADA	RX SACRO-COXIS 2 posiciones
RX MANO 1 posición	RX SENOS FACIALES O PARANASALES 1 posición
RX MANO 2 posiciones	RX SENOS FACIALES O PARANASALES 2 posiciones
RX MANO 3 posiciones	RX SENOS FACIALES O PARANASALES 3 posiciones
RX MANO 4 posiciones	RX TALON 2 posiciones
RX MANO 6 posiciones	RX TALON ambos lados
RX MASTOIDE 1 posición	RX TEST DE DEGLUCION O DEGLUTOGRAMA
RX MASTOIDE 2 posiciones	RX TOBILLO 1 posición
RX MASTOIDE 4 posiciones	RX TOBILLO 2 posiciones
RX MASTOIDE 6 posiciones	RX TOBILLO 3 posiciones
RX MAXILAR INFERIOR 1 posición	RX TOBILLO 4 posiciones
RX MAXILAR INFERIOR 2 posiciones	RX TORAX - ABDOMEN
RX MUÑECA 1 posición	RX TORAX 1 posición
RX MUÑECA 2 posiciones	RX TORAX 2 posiciones
RX MUÑECA 3 posiciones	RX TORAX 3 posiciones
RX MUÑECA 4 posiciones	RX TORAX 4 posiciones
RX MUÑECA 6 posiciones	RX VESICULA SIMPLE
RX MUSLO O FEMUR 1 posición	SIALOGRAFIA 1 lado
RX MUSLO O FEMUR 2 posiciones	SIALOGRAFIA 2 lados
RX MUSLO O FEMUR 4 posiciones	URETROCISTOGRAFIA
RX ORBITA 1 posición	UROGRAMA ASCENDENTE

**ANEXO III: ECOGRAFIAS CON Y SIN DOPPLER**

ECO DOPPLER GINECO-TRANSVAGINAL  
 ECO DOPPLER MAMAS  
 ECO DOPPLER PELVIANO O GINECOLOGICO  
 ECO DOPPLER TESTICULAR  
 ECO DOPPLER TIROIDES  
 ECO DOPPLER TRANSRECTAL  
 ECO-DOPPLER AORTA ABDOMINAL  
 ECO-DOPPLER HEPATICO  
 ECO-DOPPLER MIEMBRO (incluye test allen)  
 ECO-DOPPLER RENAL  
 ECO-DOPPLER VASOS CUELLO  
 ECOENCEFALOGRAMA  
 ECOGRAFIA ABDOMINAL COMPLETA  
 ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR  
 ECOGRAFIA CAROTIDA

ECOGRAFIA DE BAZO  
 ECOGRAFIA DE CADERAS  
 ECOGRAFIA DE MAMAS  
 ECOGRAFIA DE MEDICINA INTERNA  
 ECOGRAFIA DE MIEMBROS cada lado  
 ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS  
 ECOGRAFIA DE TIROIDES  
 ECOGRAFIA DE TORAX (pleural)  
 ECOGRAFIA GINECOLOGICA  
 ECOGRAFIA HIGADO, VIAS BILIARES, VESICULA  
 ECOGRAFIA MUSCULO TENDINOSA  
 ECOGRAFIA OBSTETRICA  
 ECOGRAFIA OSTEOARTICULAR

**ANEXO IV: ESTUDIOS DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS****SALUD FETAL**

AMNIOCENTESIS TERAPEUTICA  
 AMNIOSCOPIA  
 BIOPSIA CORIAL  
 CORDOCENTESIS  
 DOPPLER ARTERIA UTERINA  
 DOPPLER FETAL  
 DOPPLER VAGINAL OBSTETRICO  
 ECOCARDIOGRAFIA CON DOPPLER B-D PRE-NATAL  
 ECOGRAFIA FETAL  
 ECOGRAFIA MORFOLOGICA (marcadores cromosómicos)  
 ECOGRAFIA MORFOLOGICA FETAL  
 ECOGRAFIA TRANS-NUCAL  
 FLUJOMETRIA DOPPLER  
 MONITOREO FETAL  
 MONITOREO FETAL INTRAPARTO  
 PERFIL BIOFISICO FETAL  
 PERFIL DEL EMBRION  
 PERFIL HEMODINAMICO FETAL  
 SCREENING DE ANEUPLOIDIAS

**INVESTIGACIONES MAMARIAS**

FOCALIZACION MAMARIA  
 GALACTOGRAFIA - DUCTOGALACTOGRAFIA cada lado  
 GALACTOGRAFIA BILATERAL CON MARCADO (incluye mamografía)  
 MAGNIFICACION  
 MAMA (pieza operatoria)  
 MAMA REPERAGE PARA BIOPSIA

MAMOGRAFIA  
 PUNCION BIOPSICA (core)

**TOMOGRAFIA COMPUTADA (T.A.C.)**

ANGIO-TOMOGRAFIA  
 COLANGIO-TAC (región vesicular)  
 T.A.C. ABDOMEN COMPLETO  
 T.A.C. ABDOMEN SUPERIOR  
 T.A.C. ARBOL URINARIO  
 T.A.C. ATM  
 T.A.C. COLUMNA CERVICAL  
 T.A.C. COLUMNA DORSAL  
 T.A.C. COLUMNA LUMBAR  
 T.A.C. COLUMNA POR SEGMENTO  
 T.A.C. CON MIELOGRAFIA (mielotomografía)  
 T.A.C. CON PUNCION  
 T.A.C. DE CARA  
 T.A.C. DE CRANEO  
 T.A.C. DE LARINGE  
 T.A.C. DE MIEMBROS INFERIORES  
 T.A.C. DE OIDO  
 T.A.C. DE ORBITAS  
 T.A.C. DE SENOS PARANASALES  
 T.A.C. HELICOIDAL  
 T.A.C. MIEMBROS SUPERIORES  
 T.A.C. PARA BIOPSIA PERCUTANEA  
 T.A.C. PARA DRENAJES PERCUTANEOS  
 T.A.C. PARA INFILTRACION (punción)  
 T.A.C. PELVIS  
 T.A.C. PEQUEÑAS PARTES



T.A.C. PUNCION DE QUISTE  
T.A.C. TORAX  
T.A.C. VENTANA OSEA

### **TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE: 128 Cortes**

(exclusivamente en el Centro Médico La Costa)

ANGIO- TOMOGRAFIA  
ARTRO-TOMOGRAFIA  
COLANGIO- TAC (región vesicular)  
T.C.M.S ABDOMEN COMPLETO  
T.C.M.S ABDOMEN SUPERIOR  
T.C.M.S COLUMNA CERVICAL  
T.C.M.S COLUMNA DORSAL  
T.C.M.S COLUMNA LUMBAR  
T.C.M.S COLUMNA POR SEGMENTO  
T.C.M.S CON PUNCION  
T.C.M.S CORONARIO  
T.C.M.S DE CRANEO  
T.C.M.S DE CUELLO  
T.C.M.S DE MIEMBROS  
T.C.M.S DE OIDO  
T.C.M.S DE ORBITAS  
T.C.M.S DE TORAX DE ALTA RESOLUCION TACAR  
T.C.M.S PARA INFILTRACION (PUNCION)  
T.C.M.S PELVIS  
T.C.M.S PEQUEÑAS PARTES  
T.C.M.S PUNCION DE QUISTE  
T.C.M.S SACRO-COXIS  
T.C.M.S SENOS PARANASALES  
T.C.M.S TORAX  
T.C.M.S VENTANA OSEA  
T.C.M.S. A.T.M.  
T.C.M.S. DE CARA  
T.C.M.S. HELICOIDAL

### **ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS**

DOPPLER COLOR CAROTIDEO O VERTEBRAL  
DOPPLER COLOR CAROTIDEO Y VERTEBRAL  
ECO STRESS - ECO ESFUERZO  
ECO STRESS CON DOBUTAMINA  
ECOCARDIOGRAFIA CON CONTRASTE  
ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER TISULAR  
ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER TISULAR DE ESFUERZO  
ECOCARDIOGRAMA CON DOPPLER COLOR  
ECOCARDIOGRAMA CON TRANSDUCTOR  
TRANSESOFOGICO  
ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO CON DOPPLER COLOR  
ELECTROCARDIOGRAMA  
ERGOMETRIA  
ERGOMETRIA CON OXIMETRIA DE PULSO  
HOLTER 24 HORAS

MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION  
ARTERIAL (MAPA)  
TILT-TEST

### **ESTUDIOS DE CITOCOLPOSCOPIA**

ASPIRADO ENDOMETRIAL  
CICLO HORMONAL SERIADO  
COLPOSCOPIA  
PAP DE CUELLO  
PAP DE CUELLO MAS COLPOSCOPIA  
PAP DE ENDOMETRIO  
PAP DE MAMA  
PAP DE PUNCION DE MAMA  
PAP MAS ASPIRADO ENDOMETRIO  
PAP MAS COLPOSCOPIA MAS ENDOMETRIO  
PAP MAS PAP DE MAMA  
TEST DE HPV (captura hibrida)  
VULVOSCOPIA O VAGINOSCOPIA

### **DENSITOMETRIA OSEA**

ANALISIS MINERAL OSEO DE CUERPO ENTERO  
DENSITOMETRIA OSEA  
PERFIL OSTEOPOROTICO

### **RESONANCIA MAGNETICA (RMI)**

ANGIO RESONANCIA  
ARTORRESONANCIA  
COLANGIO RESONANCIA  
DEFECO - RMI  
MIELORRESONANCIA  
RMI A.T.M.  
RMI COLUMNA TOTAL  
RMI CON DIFUSION  
RMI CON ESPECTROGRAFIA  
RMI CON LCR  
RMI CON PERFUSION  
RMI CON TRACTOGRAFIA  
RMI CUELLO  
RMI CUERPO ENTERO  
RMI DE ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR  
RMI DE BRAZO  
RMI DE CADERA  
RMI DE CARA  
RMI DE CODO  
RMI DE COLUMNA  
RMI DE COLUMNA POR SEGMENTO  
RMI DE CORAZON  
RMI DE CRANEO  
RMI DE ENCEFALO  
RMI DE HOMBRO  
RMI DE MAMA



RMI DE MEDIASTINO  
RMI DE MUÑECA  
RMI DE MUSLO/PIERNA  
RMI DE OIDO  
RMI DE ORBITA  
RMI DE PARTES BLANDAS  
RMI DE PELVIS  
RMI DE PIE  
RMI DE RODILLA  
RMI DE SILLA TURCA  
RMI DE TOBILLO  
RMI FETAL  
RMI HIPOFISIS  
RMI NERVIOS CIATICOS  
RMI PEQUEÑAS PARTES  
RMI PLEXO BRAQUIAL  
RMI SENOS PARANASALES  
URORRESONANCIA

### **RADIOTERAPIA**

BRAQUITERAPIA  
CURATIVO LOCAL AREA TUMORAL, LINFOMA -  
ACELERADOR  
CURATIVO LOCAL AREA TUMORAL, LINFOMAS -  
COBALTO  
CURATIVO LOCAL MAS AREA GANGLIONAR Y/O  
REGIONAL - ACCELERADOR  
CURATIVO LOCAL MAS AREA GANGLIONAR Y/O  
REGIONAL - COBALTO  
MAMA - ACCELERADOR  
MAMA - COBALTO  
MAMA MAS AREAS GANGLIONARES - ACCELERADOR  
MAMA MAS AREAS GANGLIONARES - COBALTO  
TRATAMIENTO CON YODO 131

### **MEDICINA NUCLEAR**

CAPTACION I-131  
CENTELLOGRAFIA CEREBRAL CON SPECT  
CENTELLOGRAFIA CON GALIO 67  
CENTELLOGRAFIA DE SACO LAGRIMAL - SPECT  
CENTELLOGRAFIA DE SANGRADO GASTRO INTESTINAL  
CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES O MAPEO  
CENTELLOGRAFIA DIVERTICULO DE MECKEL  
CENTELLOGRAFIA GLANDULA SALIVAR  
CENTELLOGRAFIA HEPATICA  
CENTELLOGRAFIA MEDULA OSEA  
CENTELLOGRAFIA OSEA SIMPLE  
CENTELLOGRAFIA OSEA TRIPLE FASE  
CENTELLOGRAFIA PULMONAR  
CENTELLOGRAFIA REFLUJO GASTROESOFAGICO

CENTELLOGRAFIA REFLUJO VESICO-URETRAL  
CENTELLOGRAFIA RENAL CON DMSA  
CENTELLOGRAFIA RENAL CON DTPA  
CENTELLOGRAFIA RENAL CON DTPA Y  
FUROSEMIDA  
CENTELLOGRAFIA TESTICULAR  
CENTELLOGRAFIA VIAS BILIARES Y VESICULA  
CISTERNOGRAFIA O VENTRICULOGRAFIA  
CEREBRAL  
FLEBOGRAFIA  
LINFOGRAFIA  
PERFUSION MIOCARDICA TALIO - DIPYRIDAMOL  
- SPECT  
PERFUSION MIOCARDICA TALIO - SPECT  
PERFUSION MIOCARDICA TALIO CON  
REINYECCION - SPECT  
SPECT CON GALIO 67 (infecciones)  
SPECT CON GALIO 67 (tumores)  
SPECT CON I-131 MIBG (suprarrenales)  
SPECT DE PARATIROIDES  
TEST DE SUPRESION CON HORMONA TIROIDEA  
TRATAMIENTO CON IODO RADIOACTIVO  
VENTRICULOGRAFIA EN REPOSO - SPECT

### **ESTUDIOS ENDOVASCULARES**

AORTOGRAFIA TRANSLUMBAR  
ARTERIOGRAFIA MIEMBROS INFERIORES  
ARTERIOGRAFIA AORTICA, TORACICA, LUMBAR O  
ABDOMINAL  
ARTERIOGRAFIA BRONQUIAL O PULMONAR  
ARTERIOGRAFIA CEREBRAL (4 Troncos) CON O  
SIN GADOLINIO  
ARTERIOGRAFIA CEREBRAL Y  
PARENQUIMOGRAFIA  
ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA  
ARTERIOGRAFIA DE TRONCOS SUPRA-AORTICOS  
(4 Troncos)  
ARTERIOGRAFIA DIGESTIVA  
ARTERIOGRAFIA MEDULAR  
ARTERIOGRAFIA MIEMBROS SUPERIORES  
ARTERIOGRAFIA RENAL  
CAVOGRAFIA INFERIOR O SUPERIOR  
DISCOGRAFIAS  
ESPLENOPORTOGRAFIA ENDOVASCULAR POR VIA  
ARTERIAL  
ESPLENOPORTOGRAFIA PERCUTANEA  
FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES O  
INFERIORES  
FLEBOGRAFIA INTRA Y EXTRA CEREBRAL



### CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA - HEMODINAMIA

ANGIOPLASTIA COMPLEJA  
 ANGIOPLASTIA SIMPLE  
 AORTOGRAMA  
 CATETERISMO CARDIACO  
 ELECTROFISIOLOGIA  
 ELECTROFISIOLOGIA + ABLACION POR  
 RADIOFRECUENCIA  
 ESTUDIO HEMODINAMICO COMPLETO

### GASTRO-COLOPROCTOLOGIA

Estudios Endoscópicos  
 ANORRECTOSCOPIA  
 ANOSCOPIA  
 COLANGIO-PANCREATOGRAMA-RETROGRADA  
 ENDOSCOPICA (ERCP)  
 COLONOSCOPIA  
 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA  
 RECTOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE  
 RECTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA  
 Procedimientos Terapéuticos  
 ENTEROSCOPIA (p/ sangrado oculto)  
 ESCLEROSIS DE LESION SANGRANTE O VARICES  
 ESOFAGICAS POR SESION  
 ESFINTEROTOMIA O PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA  
 EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN EL TUBO  
 DIGESTIVO  
 GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)  
 LITOTRIPSIA ENDOSCOPICA (p/ litiasis coledociana-  
 incluye equipo)  
 MUCOSECTOMIA (endoscópica)  
 POLIPECTOMIA ALTA  
 POLIPECTOMIA BAJA

### NEUMOLOGIA

BRONCOSCOPIA + PUNCION AGUJA DE WANG  
 BRONCOSCOPIA C/CEPILLO PROTEGIDO  
 BRONCOSCOPIA RIGIDA  
 BRONCOSCOPIA RIGIDA  
 BRONCOSCOPIA TERAPEUTICA  
 ESPIROMETRIA CON PROVOCACION BRONQUIAL  
 ESPIROMETRIA DIAGNOSTICA  
 ESPIROMETRIA TEST BRONCODILATADOR  
 FARINGOLARINGOSCOPIA  
 FIBROBRONCOSCOPIA CON BIOPSIA ENDOBRONQUIAL  
 FIBROBRONCOSCOPIA CON BIOPSIA TRANSBRONQUIAL  
 FIBROBRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONQUIAL O  
 BRONCOALVEOLAR  
 FIBROBRONCOSCOPIA EN UTI (aspirado bronquial)  
 OSCILOMETRIA  
 PLETISMOGRAFIA CORPORAL

### POLISOMNOGRAFIA

POTENCIALES EVOCADOS DEL NERVIOS FACIAL.  
 PUNCION PULMONAR TRANSTORACICA (PPT)  
 TEST DE DIFUSION DE MONOXIDO DE CARBONO  
 (DLCO)  
 TEST DE MARCHA DE 6 MIN

### NEUROFISIOLOGIA

BLINK REFLEX  
 ELECTROCOCLEOGRAMA  
 ELECTROENCEFALOGRAMA  
 ELECTROMIOGRAFIA DE LOS 4 MIEMBROS  
 ELECTROMIOGRAFIA UNO O DOS MIEMBROS  
 ELECTRONEURONOGRAFIA  
 MAPEO CEREBRAL  
 POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO  
 POTENCIAL EVOCADO SOMATOSENSITIVO  
 POTENCIAL EVOCADO VISUAL  
 POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE  
 TRONCO CEREBRAL (BERA)  
 POTENCIALES EVOCADOS DEL NERVIOS FACIAL

### OFTALMOLOGIA

ANGIOFLUORESCENOGRAMA (A.F.G. / R.F.G.)  
 BIOMICROSCOPIA DEL NERVIOS OPTICO  
 CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO (campimetría)  
 CURVA DE PRESION INTRAOCULAR  
 ECOBIOMETRIA  
 EJERCICIOS ORTOOPTICOS  
 ESTUDIO DE ESTRABISMO  
 EXAMEN ORTOOPTICO  
 GONIOSCOPIA  
 MAPEAMIENTO DE RETINA CON DILATACION DE  
 PUPILA  
 PAM  
 PAPILOGRAFIA  
 PAQUIMETRIA  
 PERIMETRIA DOBLE FRECUENCIA  
 QUERATOMETRIA  
 SEGMENTOGRAFIA  
 TOMOGRAFIA CONFOCAL DE NERVIOS OPTICO  
 TOMOGRAFIA DE NERVIOS OPTICO (OCT)  
 TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE (O.C.T.3)  
 TOPOGRAFIA DE CORNEA

### OTORRINOLARINGOLOGIA

ACUFENOMETRIA  
 AUDIOMETRIA  
 ELECTRONISTAGMOGRAFIA  
 EMISIONES OTOACUSTICAS  
 ENDOSCOPIA NASAL



ESTUDIO FUNCIONAL LABERINTICO  
(Pruebas Vestibulares)  
EXAMEN FUNCIONAL DE NARIZ  
EXAMEN VESTIBULAR POR PRUEBA  
CALORICA  
IMPEDANCIOMETRIA  
LARINGOFIBROSCOPIA  
LARINGOSCOPIA DIRECTA DIAGNOSTICA  
LARINGOSCOPIA INDIRECTA  
DIAGNOSTICA  
LOGO AUDIOMETRIA  
MANIOBRA DE REPOSICION  
OTOMICROSCOPIA  
PRUEBAS SUPRALIMINARES

REPOSICION DE OTOCONIOS.  
TIMPANOMETRIA

**UROLOGIA**  
CISTOSCOPIA  
FLUJOMETRIA URINARIA  
PENESCOPIA  
URODINAMIA

**ESTUDIOS DE MOTILIDAD Y PHMETRIA**  
CISTOMETRIA + FLUJOMETRIA + EMG  
MANOMETRIA ANO-RECTAL  
MANOMETRIA ESOFAGICA ESTACIONARIA  
PH METRIA AMBULATORIA 24 HORAS

### GLOSARIO DE TERMINOS CONTRACTUALES

- **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.
- **ALTA:** Acto médico que determina la finalización de la modalidad de asistencia que venía siendo prestada al paciente hasta el momento, por cura, mejoría, alteración, 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.
- **ALTA SANATORIAL:** Acto médico que determina el egreso del paciente de un centro hospitalario/sanatorial pos internación con recomendaciones e indicaciones a fin de continuar su tratamiento en forma ambulatoria
- **ALTA MEDICA:** Acto médico que determina la condición del paciente de haber recuperado plenamente su salud y que puede continuar con sus actividades en forma normal, no requiriendo de un seguimiento posterior.
- **ALTA VOLUNTARIA:** Es el caso en el que el paciente, expresare su voluntad de no ser tratado o manifestare su intención de interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, y solicita su alta voluntaria, asumiendo las consecuencias y/o complicaciones derivadas de su decisión. Esta alta voluntaria también se aplica en caso de que sea un familiar o responsable del paciente, que decida retirar al mismo del sanatorio aún en contra del criterio médico.
- **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.
- **ASISTENCIA AMBULATORIA:** Modalidad de actuación realizada por uno o más integrantes del equipo de salud a pacientes en régimen de no internación
- **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.
- **BENEFICIARIO TITULAR:** Es la persona física, funcionario o empleado de la Contratante, titular del grupo familiar del Plan de cobertura médica contratado por la Contratante. que contrata uno de los planes de cobertura médica.
- **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.
- **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.



- **CENTRO MEDICO LA COSTA:** Denominación que se da al conjunto de los siguientes Centros Médicos: Centro Médico La Costa Artigas, Centro Médico Santa Julia y Centro Médico La Costa Lynch.
- **CENTRO MEDICO LA COSTA ARTIGAS:** Denominación que se da al Centro Médico ubicado en calle Artigas 1500 c/ Concepción Leyes de Chavez.
- **CENTRO MEDICO SANTA JULIA:** Denominación que se da al Centro Médico ubicado en calle Brasilia 1182 esq. Tte. Insaurralde.
- **CENTRO MEDICO LA COSTA LYNCH:** Denominación que se da al Centro Médico ubicado en calle Avda. Madame Lynch esq. Víctor Heyn.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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 S.A. a través de su Departamento Médico.
- **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.
- **ENFERMEDADES CRÓNICAS:** Son aquellas persistentes o que continúan durante un período de tiempo igual o superior a 6 semanas.
- **ENFERMEDADES O DESORDENES CONGENITOS:** Son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten.
- **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.
- **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.
- **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.
- **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN LORENZO (HUSL):** Denominación que se da al Hospital ubicado en Ruta 2 Mariscal Jose Félix Estigarribia, Km. 15.
- **INTERNACION:** Admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período igual o mayor a 24 horas.
- **SANATORIOS GRUPO SAN ROQUE:** Denominación que se da al conjunto de los siguientes sanatorios: Sanatorio San Roque; Sanatorio La Costa, Sanatorio Santa Julia y Hospital Universitario San Lorenzo (HUSL).
- **SANATORIO SAN ROQUE:** Denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Eligio Ayala esq. Pa’í Perez.
- **SANATORIO LA COSTA:** Denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Avda. Artigas 1500 c/ Concepción Leyes de Chavez



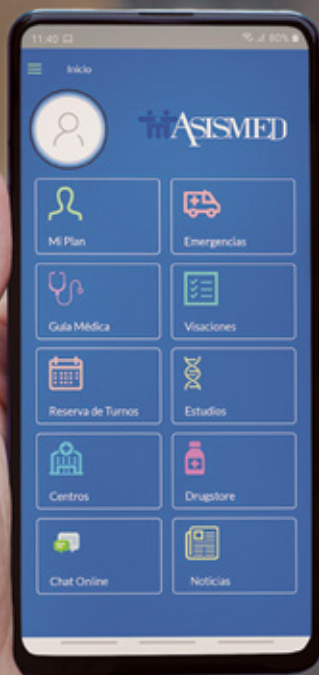
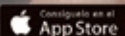
- **SANATORIO SANTA JULIA:** Denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Brasilia 1182 esq. Tte. Insaurrealde.
- **LAS ALTERACIONES O ENFERMEDADES** Que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. No se considerará como enfermedad a las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el beneficiario/paciente.
- **NIVELES:** Valor arancelado pactado entre la Empresa y el Prestador.
- **PACIENTE INTERNADO:** Paciente que, admitido en el hospital, pasa a ocupar una cama por un período mayor de 24 horas.
- **PERIODO DE CARENCIA:** Es el tiempo que debe transcurrir a partir del día de aceptación de su incorporación como beneficiario para gozar de los distintos servicios contemplados en el Plan contratado. Durante este período los servicios sujetos a carencia de cobertura se beneficiarán con Aranceles Diferenciados.
- **PLAN DE COBERTURA SALUD:** Es la que determina el alcance de las Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Diagnósticas establecidas en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado.
- **PRESTADORES MEDICOS EN CONVENIO:** Son los profesionales médicos con los cuales Asismed ha celebrado convenios arancelarios, cuyos nombres, domicilio y número telefónico se encuentran detallados por especialidad en la Agenda/Guía Lista de Profesionales Médicos, y ante quienes el beneficiario puede acudir a su libre elección y de conformidad al Plan de Cobertura médica contratada.
- **URGENCIA MÉDICA:** Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

DESCARGÁ LA APP Y REALIZÁ  
TUS GESTIONES MÉDICAS  
EN UN SOLO LUGAR

ASISMED

PUEDES REALIZAR LAS  
SIGUIENTES GESTIONES

- Reserva de turnos
- Resultados de estudios
- Visaciones
- Compras del drugstore
- Consultas en general







### NUEVO BENEFICIO DEL PLAN PREMIUM

COBERTURA DE PRÓTESIS Y MATERIALES DE OSTEOSÍNTESIS	RENOVACIÓN						
	1° año	2° año	3° año	4° año	5° año	6° al 9° año	a partir del 10° año
Cobertura inicial	US\$ 1.000						
Cobertura no utilizada		US\$ 1.500					
Cobertura utilizada en el período anterior		US\$ 1.000					
Cobertura no utilizada			US\$ 2.500				
Cobertura utilizada en el período anterior			US\$ 1.500				
Cobertura no utilizada				US\$ 3.000			
Cobertura utilizada en el período anterior				US\$ 2.500			
Cobertura no utilizada					US\$ 4.000		
Cobertura utilizada en el período anterior					US\$ 3.000		
Cobertura no utilizada						US\$ 5.000	
Cobertura utilizada en el período anterior						US\$ 4.000	
Cobertura no utilizada							US\$ 10.000
Cobertura utilizada en el período anterior							US\$ 5.000

### Condicionado

- Los topes incluyen IVA.
- Cobertura aplicable a un evento por beneficiario/año de contrato.
- Cobertura no transferible ni acumulable al siguiente período de contrato.
- Las prótesis y materiales de osteosíntesis deben ser proveídos exclusivamente por los sanatorios San Roque, La Costa, Santa Julia y Hospital Universitario San Lorenzo.
- Los gastos por prótesis y materiales de osteosíntesis realizados fuera de los sanatorios San Roque, La Costa, Santa Julia y Hospital Universitario San Lorenzo, no serán reembolsados.
- Esta cobertura sólo aplica para procedimientos quirúrgicos realizados por prestadores en convenio en los Sanatorios San Roque, La Costa, Santa Julia y Hospital Universitario San Lorenzo.

## Definición de Términos:

### **Prótesis:**

Significa piezas o aparatos que reemplazan, en forma permanente a un órgano, miembro o parte, reproduciendo sus formas y en lo posible realizando las mismas funciones. Se excluyen de esta cobertura las prótesis electrónicas o computarizadas con excepción del marcapasos.

### **Material de osteosíntesis:**

Cualquier elemento empleado por la síntesis o unión de los extremos de un hueso, para soldar elementos articulares o para la provocación quirúrgica de anquilosis (fijación) de una articulación.

### **Osteosíntesis:**

Procedimiento mediante el cual se unen fragmentos óseos con la utilización de elementos tales como tornillos, placas, tutores externos, clavos endomedulares entre otros.

## Ejemplos de prótesis y materiales de osteosíntesis:

### **Cardiovascular**

Stent Coronario  
Marcapasos  
Prótesis valvulares (Mecánicas o Biológicas)  
Tubo valvulado  
Endoprótesis Aórtica

### **Vascular Periférico**

Stent Vascular Periférico  
Endoprótesis Vascular Periférica

### **Neuro-Intervencionismo**

Coils  
Stent Difusor de Flujo  
Clip Vascular

### **Neuro-Cirugía**

Craneoplastia con Polímeros  
Clip Vascular

### **Traumatología**

Hilos Kirschner  
Clavos  
Tornillos y Placas

## DESCUENTOS PREFERENCIALES

todos los días para beneficiarios de Asismed

### Medicamentos nacionales

con principio activo nacional y  
fabricado en el país

Compras en efectivo  
con cheque y  
tarjeta de débito

Compras con  
tarjeta de crédito

**35%**

**32%**

### Medicamentos importados

medicamentos controlados,  
medicamentos con principio activos importados

Compras en efectivo  
con cheque y  
tarjeta de débito

Compras con  
tarjeta de crédito

**20%**

**17%**

### Otras secciones

(perfumería, cosméticos, regalos, etc)

Compras en efectivo  
con cheque y  
tarjeta de débito

Compras con  
tarjeta de crédito

**20%**

**17%**



Avda. Mcal. López

Lunes a sábado  
06:30 a 23:00hs  
Domingos y feriados  
09:00 a 23:00hs



Avda. España

Lunes a sábado  
06:30 a 23:00hs  
Domingos y feriados  
09:00 a 23:00hs



Avda. Artigas

Lunes a sábado  
06:30 a 23:00hs  
Domingos y feriados  
09:00 a 23:00hs



Tte. Insaurralde  
y Diego de Silva

Lunes a sábado  
06:30 a 22:00hs  
Domingos y feriados  
09:00 a 22:00hs



Av. Madame Lynch  
esq. Víctor Héyn

Lunes a sábado  
06:30 a 23:00hs  
Domingos y feriados  
09:00 a 23:00hs





Edificio Corporativo Asimed



Asimed Oficina Mcal. López



Drugstore Asimed Santa Julia



Drugstore Asimed Mcal. López



Drugstore Asimed La Costa



Drugstore Asimed Bahía



Drugstore Asimed La Torre



Drugstore La Costa Lynch



Sanatorio San Roque



Sanatorio La Costa



Sanatorio Santa Julia



Hospital Universitario San Lorenzo



Centro Médico La Costa Lynch



Laboratorio San Roque Villa Morra



Laboratorio San Roque Centro



Centro Oncológico Revita

**ASISMED**  
...Toda la Vida

ASISMED EDIFICIO CORPORATIVO  
Diego de Silva y Velázquez y Tte. Insaurralde  
Tel.: 288-7000  
Whatsapp Corporativo +595 21 288 7000  
[www.asimed.com.py](http://www.asimed.com.py)  
[asimed@asimed.com.py](mailto:asimed@asimed.com.py)

Descargue la APP Asimed:

