



PLAN VIP PLUS

Material de Consulta para el Beneficiario

ASISMED

... Toda la Vida

Reciba sus visaciones por whatsapp o email



Whatsapp corporativo +595 21 288 7000

Todas las consultas en un solo lugar. Informaciones fuera de horario hábil (Urgencias)

Visaciones

- **Vía whatsapp corporativo:**
288 7000 opción 1

- **Vía email:**
visaciones@asimed.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 24hs. de lunes a lunes

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

Presupuestos Para cirugías programadas

- **Vía whatsapp corporativo:**
288 7000 opción 1

- **Vía email:**
presupuestos@asimed.com.py

Los presupuestos serán enviados al beneficiario vía email, según corresponda, hasta 72 horas posteriores a la recepción del pedido.

Estos servicios se realizan de 8 a 18:00hs. de lunes a viernes y de 8 a 12:00hs. los días sábados.

Esta Guía Médica se halla sujeta a modificaciones en cuanto a inclusiones, exclusiones, cambios de dirección, teléfono y niveles de cobertura de Médicos en convenio.

Ante cualquier duda, sugerimos consultar con nuestro **Call Center 288 7000**

Asimed Edificio Corporativo: Diego de Silva 1215 y Tte. Insaurralde. Tel: 288 7000
Horario de atención: Lunes a viernes 08 a 18hs. Sábados 08 a 12hs.

Asimed Oficina Mcal. Lopez: Avda. Mcal. López 468 c/ Perú. Tel: 288 7950
Horario de atención: Lunes a viernes 08 a 18hs. Sábados 08 a 12hs.

Asimed Oficina Encarnación: Avda. Gral. Bernardino Caballero 248. Tel: 288 7770
Horario de atención: Lunes a viernes 07 a 18hs. Sábados 08 a 12hs.

Email: asimed@asimed.com.py | www.asimed.com.py



**Material de Consulta
para el Beneficiario**

PLAN **VIP**
PLUS

DETALLE DE COBERTURAS

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	30 días
• Radiología simple (anexo II)	Ilimitada	Inmediata
• Radiología contrastada (anexo III)	Ilimitada	30 días
• Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)	Ilimitados	30 días
• Ecografías Medicina Interna (anexo IV)	Ilimitadas	30 días
• Estudios de Salud Fetal	Ilimitados	30 días
• Honorarios Anestesiólogo en estudios diagnósticos	Ilimitado	30 días
• Fisioterapia Traumática (anexo V)	Ilimitado	30 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:		
• Sanatorios del Grupo San Roque		
• Otros Sanatorios en convenio, por evento		
• Servicios de Enfermería:		
• Nebulizaciones con medicamentos		
• Aplicación de inyectables		
• Toma de Presión Arterial		
• Enema		
• Servicio Domiciliario Asunción y Gran Asunción		
• Consultas	Ilimitado	Inmediata
• Atención de urgencias y/o emergencias		
• Medicamentos y descartables utilizados		
• Electrocardiograma		
• Traslados en ambulancia Asunción y Gran Asunción	Ilimitado	Inmediata
Cobertura Sanatorial:		
• Unidad cama:		
• Urgencia	60 días benef/año/Cto.	Inmediata
• 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 15	150 días
• Derechos Operatorios:		
• Urgencia		Inmediata
• Programados		150 días



Condiciones Generales de Prestación de Beneficios

PLAN **VIP**
PLUS

CONDICIONES GENERALES DE PRESTACION Y BENEFICIOS
PLAN VIP PLUS

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

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

1.1. PLAN VIP PLUS

2. REQUISITOS:

- 2.1. El interesado en contratar un determinado Plan de cobertura médica, deberá llenar la solicitud de admisión proveída 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, 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.
- 3.3. 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
- 3.4. ALTA MÉDICA:** 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.
- 3.5. 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.
- 3.6. 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.
- 3.7. ASISTENCIA AMBULATORIA:** modalidad de actuación realizada por uno o más integrantes del equipo de salud a pacientes en régimen de no internación
- 3.8. 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.
- 3.9. 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.
- 3.10. 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..

- 3.11. CENTRO MÉDICO LA COSTA ARTIGAS:** denominación que se da al Centro Médico ubicado en calle Artigas 1500 c/ Concepción Leyes de Chavez
- 3.12. CENTRO MÉDICO SANTA JULIA:** denominación que se da al Centro Médico ubicado en calle Brasilia 1182 esq. Tte. Insaurrealde.
- 3.13. CENTRO MÉDICO LA COSTA LYNCH:** denominación que se da al Centro Médico ubicado en calle Avda. Madame Lynch Esq. Victor Heyn.
- 3.14. COBERTURA MÉDICA:** 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.
- 3.15. 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.
- 3.16. 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.
- 3.17. CENTRO MÉDICO LA COSTA:** denominación que se da al CONJUNTO de los siguientes Centros Médicos: Centro Médico La Costa Artigas, Centro Médico Santa Julia, Centro Médico La Costa - Lynch
- 3.18. 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.
- 3.19. 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.
- 3.20. ENFERMEDADES CRÓNICAS:** son aquellas persistentes o que continúan durante un período de tiempo igual o superior a 6 semanas.
- 3.21. ENFERMEDADES O DESORDENES CONGENITOS:** son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten.
- 3.22. 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.
- 3.23. 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.
- 3.24. SANATORIO SAN ROQUE:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Eligio Ayala esq. Pa'i Pérez
- 3.25. SANATORIO LA COSTA:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Avda. Artigas 1500 c/ Concepción Leyes de Chávez
- 3.26. SANATORIO SANTA JULIA:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Brasilia 1182 esq. Tte. Insaurrealde.
- 3.27. 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.
- 3.28. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN LORENZO (HUSL):** denominación que se da al Hospital ubicado en calle Km 15 – Ruta 2 Mcal. Jose Félix Estigarribia
- 3.29. INTERNACION:** admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período igual o mayor a 24 horas.
- 3.30. 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)

3.31. 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.

4. IDENTIFICACIÓN:

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

4.2. La Tarjeta/Credencial de Identificación consignará:

4.2.1. Nombre del Beneficiario, sea Titular o Adicional.

4.2.2. Número de Cédula de Identidad.

4.2.3. Fecha de Nacimiento.

4.2.4. Plan de Cobertura, vigente a la fecha de la firma del contrato o a la renovación del mismo.

4.2.5. Número de Beneficiario.

4.2.6. Fecha de Ingreso.

4.3. La pérdida o extravío de la Tarjeta/Credencial de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa adjuntando copia de la denuncia realizada ante la Autoridad competente.

4.4. La utilización de la Tarjeta/Credencial de Identificación 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 MÉDICAS:

La cobertura médica contempla las prestaciones médicas descritas a continuación:

5.1. CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS: Cobertura Total.

5.1.1. Las consultas serán realizadas en el consultorio privado del médico elegido por el Beneficiario, de la Agenda de Profesionales en Convenio, en los días y horarios por ellos establecidos.

5.1.2. Los Beneficiarios deberán convenir con el médico el día y la hora en que deberá concurrir al consultorio.

5.1.3. Los Beneficiarios se obligan a cancelar con la debida anticipación las citas convenidas a las que no podrá concurrir.

5.1.4. Los Beneficiarios deberán concurrir munidos de la Tarjeta/Credencial de Identificación otorgada por la Empresa, conjuntamente con su Documento de Identidad. En caso contrario el médico podrá negarse a realizar la prestación o a exigir el pago de sus honorarios en forma particular.

5.1.5. 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.

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 MÉDICOS CLÍNICO QUIRÚRGICOS:

- 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, sólo se cubrirán honorarios de los profesionales en convenio de la Agenda de Profesionales, para aquellas cirugías y procedimientos que cuenten con cobertura en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del plan contratado.
- 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, Cobertura total con profesionales anestesiólogos en convenio de la Agenda de Profesionales, para aquellas cirugías y procedimientos que cuenten con cobertura en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del plan contratado.
 - 5.2.8.4. Clínica Médica.
 - 5.2.8.5. Cirugía General: Intervenciones quirúrgicas convencionales mayores y menores (con excepción de las excluidas expresamente).
 - 5.2.8.6. Cirugías Videolaparoscópicas para vesícula y apéndice.
 - 5.2.8.7. Cirugías Artroscópicas diagnósticas y/o terapéuticas de rodilla.
 - 5.2.8.8. Cirugías Oncológicas, cuando el carcinoma se refiere a tumores sólidos y solamente en el primer acto quirúrgico. Los honorarios médicos por complicaciones derivadas de la cirugía, serán de cargo del beneficiario/paciente de acuerdo a los aranceles en convenio.
 - 5.2.8.9. Cirugías Plástica Reparadora, en eventos agudos (Accidentes) y con el profesional en convenio con ASISMED para este tipo de eventos.
 - 5.2.8.10. Cardiología Clínica.
 - 5.2.8.11. Hematología, consultas.
 - 5.2.8.12. Dermatología: consultas en consultorio, incluye biopsias de piel y procedimientos menores en consultorio (no incluye procedimientos dermoestéticos, láser, medicamentos y materiales).
 - 5.2.8.13. Diabetología y Endocrinología, consultas.
 - 5.2.8.14. Cirugía Pediátrica: Enfermedades Congénitas en niños nacidos durante la vigencia del presente Contrato: Pie Bot, Hidrocefalia (no incluye válvula ni materiales), Ano imperforado (1er. Tiempo), Hernias inguinales, Hernia umbilical y Labio Leporino (1er. Tiempo).
 - 5.2.8.15. Flebología, consultas en consultorio. Cirugías de várices (Safenectomía y Flebectomía).
 - 5.2.8.16. Gastroenterología:
 - 5.2.8.16.1. Consultas.
 - 5.2.8.16.2. Estudios Diagnósticos: según anexo III.

- 5.2.8.16.3. Procedimientos Gastroenterológicos terapéuticos por Videoendoscopia:
 - 5.2.8.16.3.1. Extracción de cuerpos extraños del tubo digestivo.
 - 5.2.8.16.3.2. Polipectomía Endoscópica alta/baja.
 - 5.2.8.16.3.3. Colangiopancreatografía Retrógrada.
 - 5.2.8.17. Ginecología y Obstetricia, incluye cirugías por videolaparoscopia e histeroscopia, no relacionadas con diagnósticos de infertilidad.
 - 5.2.8.18. Geriatria, consultas.
 - 5.2.8.19. Infectología.
 - 5.2.8.20. Hepatología.
 - 5.2.8.21. Mastología.
 - 5.2.8.22. Monitoreo del clínico en intervenciones quirúrgicas a solicitud escrita del médico tratante.
 - 5.2.8.23. Nefrología, consultas.
 - 5.2.8.24. Neumología.
 - 5.2.8.25. Neurología clínica.
 - 5.2.8.26. Nutrición, consultas (Centro Médico La Costa).
 - 5.2.8.27. Oftalmología:
 - 5.2.8.27.1. Consultas.
 - 5.2.8.27.2. Cataratas (no incluye lente intraocular).
 - 5.2.8.27.3. Glaucoma.
 - 5.2.8.27.4. Chalazión.
 - 5.2.8.27.5. Heridas penetrantes simple del globo ocular.
 - 5.2.8.27.6. Cuerpo extraño corneal.
 - 5.2.8.27.7. Heridas de párpado.
 - 5.2.8.27.8. Enucleación.
 - 5.2.8.27.9. Lavado de vías lagrimales.
 - 5.2.8.27.10. Heridas penetrantes complicadas del globo ocular.
 - 5.2.8.27.11. Sutura conjuntiva.
 - 5.2.8.27.12. Papiloma de párpado.
 - 5.2.8.27.13. Inyección retrobulbar.
 - 5.2.8.27.14. Heridas vías lagrimales.
 - 5.2.8.27.15. Pterigión (no láser).
 - 5.2.8.28. Transfusiones, hasta 15 transfusiones por evento. (no incluye irradiación del material, perfiles inmunológicos, ni materiales de transfusión).
 - 5.2.8.29. Urología, incluye R.T.U. de Próstata.
 - 5.2.8.30. Traumatología, incluye cirugías artroscópicas (ver 5.2.8.7.) y Artroplastia de cadera (no incluye prótesis).
 - 5.2.8.31. Pediatría.
 - 5.2.8.31.1. Vacunatorio: exclusivamente en Sanatorio La Costa (área de Urgencias), las vacunas indicadas y proveídas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (de acuerdo a disponibilidad)
 - 5.2.8.32. Psiquiatria, sólo consultas en consultorio hasta 3 por beneficiario/año de contrato. Otras consultas, arancel en convenio de cargo del paciente/beneficiario.
 - 5.2.8.33. Otorinolaringología, incluye procedimientos menores: lavado de oídos, cauterización nasal, extracción de cuerpo extraño en oído y nariz.
 - 5.2.8.34. Proctología.
 - 5.2.8.35. Reumatología, consultas.
- 5.2.9. La presencia del Hemoterapeuta en la sala de operaciones, será sin cargo para el beneficiario/paciente.

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

5.3. INTERNACIONES

5.3.1. Cada Beneficiario/paciente tiene derecho a Cobertura total por un máximo de 60 días/año/contrato, en los Sanatorios del Grupo San Roque, otros sanatorios en convenio previa autorización/hoja de cobertura.

5.3.2. Las internaciones se realizarán, principalmente en los Sanatorios del Grupo San Roque, en habitaciones individuales que cuentan con: teléfono, aire acondicionado, TV Color con sistema de cable, cama para el acompañante y baño privado. Incluye además, 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 20 días por año de Contrato, que incluyen, la unidad cama y sus correspondientes equipos (monitor, desfibrilador, saturómetro, electrocardiógrafo y otros equipos propios de la unidad), honorarios del Médico Terapeuta en convenio, alimentación oral del paciente indicada por su médico tratante o especialista 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 en los Sanatorios del Grupo San Roque, no dispongan de habitaciones libres, se procederá a la derivación del Beneficiario/paciente previa autorización de la Empresa, a otro Centro en convenio (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.- (Garaníes seiscientos mil), por evento.

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

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

5.3.10.1. Neurocirugía.

5.3.10.2. Cardiocirugía.

5.3.10.3. Cirugía Plástica Reparadora.

5.3.10.4. Cirugía Odontológica.

5.3.10.5. Cirugía Torácica.

5.3.10.6. Cirugía Vasculiar Periférica.

5.3.11. Recargos por estudios laboratoriales realizados fuera de horario y traslados de equipos de radiología, serán cubiertos por la Empresa, cuando los mismos sean realizados por prestadores en convenio

5.3.12. Uso de equipos durante la internación que sean propios de los Sanatorios del Grupo San Roque, 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. Videoesoscopia.
- 5.3.12.14. Artroscopia.
- 5.3.12.15. Goteo Electrónico.

5.3.13. Oncología clínica, cobertura total de unidad cama en el Servicio de Oncología del Sanatorio La Costa y Santa Julia. Honorarios médicos, drogas oncológicas, medicamentos, descartables y otros gastos derivados de la internación: cargo del beneficiario/paciente.

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

5.4.1. La cobertura contempla:

5.4.1.1. Honorarios médicos en convenio, incluyendo analgesia en parto normal. Profesionales Nivel Copago, ASISMED cubre parcialmente los honorarios

5.4.1.2. Internación de la madre, según lo determine el médico tratante.

5.4.1.3. Internación del recién nacido (Nursery), según lo determine el médico tratante.

5.4.1.4. Cuna térmica, luminoterapia convencional, carpa de oxígeno, incubadora simple y de transporte, hasta 20 días.

5.4.1.5. Medicamentos y Materiales Descartables, Cobertura Total. No forman parte de la cobertura leche maternizada, biberones, chupetes, pañales desechables, faja y otros artículos no considerados materiales descartables clínico/quirúrgicos.

5.4.1.6. Derecho a Sala de Partos o Quirófano.

5.4.2. Las complicaciones durante la maternidad (embarazo y/o alumbramiento) serán cubiertas de acuerdo a las condiciones generales de prestación y beneficios en lo que corresponde a Honorarios Médicos, Internaciones, Estudios Diagnóstico y/o cualquier otro servicio contemplado en el Plan con sus coberturas y limitaciones.

5.4.3. 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 las condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan.

5.4.4. La cobertura de maternidad, sólo es extensiva a la cónyuge del Beneficiario Titular o directamente a la Titular del Contrato.

5.4.5. No tendrán cobertura, de conformidad con lo establecido en las limitaciones de cobertura, las prestaciones médicas y sanatoriales relacionadas con tratamientos de esterilidad y/o fertilidad, los estudios diagnósticos realizados para los tratamientos de fertilización asistida, los embarazos consecuentes o producto de tratamiento, el parto normal o por cesárea y el tratamiento de el/los recién nacido/s inclusive en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

5.5. URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS EN SANATORIO

5.5.1. Los Sanatorios del Grupo San Roque, 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 y Hospital Universitario San Lorenzo (HUSL).
- 5.5.1.4. Servicio de enfermería.
- 5.5.1.5. Laboratorio.
- 5.5.1.6. Radiología.
- 5.5.1.7. Estudios diagnósticos.
- 5.5.2. Las consultas y los procedimientos realizados por el médico de guardia o especialista convocado a solicitud del beneficiario por el médico de guardia, que a continuación se detallan, serán de cobertura total, incluyendo derechos sanatoriales de urgencia en los Sanatorios del Grupo San Roque:
 - 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, será total en los Sanatorios del Grupo San Roque. Otros sanatorios en convenio hasta Gs. 100.000, por evento.
- 5.5.4. Los estudios diagnósticos derivados de la urgencia, realizadas por prestadores en convenio, serán de cobertura total (según anexos) y no se cobrarán recargos por fuera de horario:
 - 5.5.4.1. Estudios laboratoriales.
 - 5.5.4.2. Radiología simple.
 - 5.5.4.3. Electrocardiograma.
 - 5.5.4.4. Ecografías.
 - 5.5.4.5. Tomografías computarizadas.
- 5.5.5. Procedimientos de enfermería, complementarios a la consulta médica:
 - 5.5.5.1. Nebulizaciones, con medicamentos.
 - 5.5.5.2. Aplicación de inyectables. No incluye antibióticos.
 - 5.5.5.3. Toma de Presión Arterial.
 - 5.5.5.4. Enema evacuador, sin medicamento.
- 5.5.6. Los medicamentos de receta ambulatoria, por indicación del médico tratante e inclusive las emitidas por el médico de guardia o especialista convocado, serán de cargo del beneficiario; sólo se cubrirá el procedimiento.
- 5.5.7. Si el médico de guardia considera necesaria la participación de otros profesionales, se deberá solicitar la concurrencia de profesionales en convenio. No se reconocerán honorarios de médicos que no estén en convenio.
- 5.5.8. El servicio de ambulancias para traslados en Asunción y Gran Asunción, será de Cobertura total, cuando las condiciones del paciente le impidan llegar por sus propios medios a los Sanatorios del Grupo San Roque.
 - 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 a los Sanatorio del Grupo San Roque, si las condiciones lo permiten.
 - 5.5.8.1.1. Horario hábil: 021-288-7000.
 - 5.5.8.1.2. Fuera de horario: 0971-272 111 o al 0981-461 896.
 - 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 La Costa (217-1631) y Laboratorio San Roque (248-9000).

5.6. URGENCIAS, 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 DIAGNÓSTICOS AMBULATORIOS: Cobertura 100%.

Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico, quien emitirá una orden escrita, consignando los siguientes datos:

- * Nombre del paciente
- * Número de beneficiario
- * Diagnóstico presuntivo
- * Procedimiento a realizar

Información del prestador habilitado: excluyente

- * Firma y sello del profesional
- * Fecha de atención

5.7.1. Estudios Laboratoriales: Laboratorio San Roque y Laboratorio La Costa las 24 horas, Laboratorio San Roque Villa Morra y Laboratorio Santa Julia (lunes a viernes 06:30 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 La Costa (217-1631) y Laboratorio San Roque (248-9000). 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 y San Roque atención 24 horas, Centro de Diagnóstico Santa Julia (lunes a viernes 07:00 a 20:00 hs., sábados 07:00 a 14:00 hs.).

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 del Grupo San Roque, 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 (288-7000).

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 2 estudios por grupo familiar por año, exclusivamente en el Centro Diagnóstico La costa y Santa Julia.

5.7.5. Ecografías Medicina Interna: Centro Diagnóstico La Costa, Santa Julia, 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 (288-7000).

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 100%.

Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico, quien emitirá una orden escrita, consignando los siguientes datos

- * Nombre del paciente.
- * Número de beneficiario.
- * Diagnóstico.
- * Tratamiento a realizar y cantidad de sesiones.

Información del prestador habilitado: excluyente

- * Firma y sello del profesional.
- * Fecha de atención.

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

5.8.1.1. Ondas cortas, magnetoterapia, láser.

5.8.1.2. Ultrasonido, Infrarrojo, Tracción cervical.

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

5.9. ARANCEL DIFERENCIADO

5.9.1. Es el valor establecido en convenio con los profesionales médicos e instituciones prestadoras de servicios respecto de una prestación que no cuenta con cobertura. Este Arancel en todos los casos será de cargo del Beneficiario/paciente en su totalidad.

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

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

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

5.9.1.4. Procedimientos Terapéuticos por Videoscopia, videolaparoscopia y artroscopia, 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, septoplastia.

5.9.1.8. Anatomía Patológica: Biopsias extemporáneas, Inmunohistoquímica, Patologías moleculares, Estudios histopatológicos.

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 topes estipulados.
- 5.9.1.23. Enfermedades neoplásicas, después del primer acto quirúrgico.
- 5.9.1.24. Tratamientos de Fisioterapia en Sanatorio, consultorio y/o domicilio. Fisioterapia por Ondas de Choque.
- 5.9.1.25. Honorarios médicos en internaciones clínicas y/o quirúrgicas en las especialidades de Neurocirugía, Vascular Periférica, Cardiovascular, Diabetología, Endocrinología, Oncología, Maxilo-Facial, Cirugía Torácica, Cirugía plástica reparadora (no contemplados en el punto 5.2.8.9), Psiquiatría, Toxicología, Fisiatría, Reumatología, Nefrología en terapias de sustitución renal.
- 5.9.1.26. Honorarios médicos en enfermedades pre-existentes, crónicas, genéticas, congénitas y/o malformaciones, a la firma del Contrato.
- 5.9.1.27. Honorarios médicos, Estudios Laboratoriales y Radiológicos, y todo lo relacionado a la internación que exceda los 60 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 20 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. Todos los servicios relacionados y/o derivados de Trasplantes, Implantes, Explantos, Injertos, prótesis.
- 5.9.1.33. Honorarios Médicos por microcirugías, plastias.
- 5.9.1.34. Honorarios Médicos en la especialidad de Psiquiatría, después de la tercera consulta en consultorio.
- 5.9.1.35. Honorarios Médicos, gastos sanatoriales, estudios diagnósticos, servicios relacionados y derivados de tratamientos de Obesidad Mórbida incluyendo cirugía bariátrica, con prestadores en convenio.
- 5.9.1.36. Honorarios médicos, gastos sanatoriales y estudios diagnósticos antes de cumplidos los periodos de carencia.
- 5.9.1.37. Patologías asociadas al recién nacido pre-término.
- 5.9.1.38. Procedimientos y Cirugías maxilo-facial.
- 5.9.1.39. Honorarios y gastos relacionados a tratamientos, procedimientos y/o cirugías con fines paliativos.
- 5.9.1.40. Honorarios profesionales por soporte nutricional especializado (enteral o parenteral).
- 5.9.1.41. Fórmulas y/o preparados nutricionales (nutrientes).
- 5.9.1.42. Gastos derivados de Cirugías, Procedimientos y Estudios no contemplados en las Condiciones Generales de Prestación y los Beneficios.

6. DE LAS LIMITACIONES EN LA COBERTURA

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

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

- 6.1.1.1. Prestaciones médicas y/o sanatoriales de cualquier tipo derivadas de los efectos del consumo de alcohol, somníferos, abuso de drogas ilegales y/o medicamentos sin indicación médica, al igual que otras sustancias tóxicas. El beneficiario deberá además someterse al Test de Alcoholemia y/o dosaje de drogas según criterio médico.
- 6.1.1.2. Intento de suicidio y sus secuelas ya sean físicas o mentales.
- 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. (punto 7.1.1.9)
- 6.1.1.5. Pacientes con Serología positiva para H.I.V., Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades infecto-contagiosas (E.T.S.) incluyendo todo gasto que ocasione el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- 6.1.1.6. Cirugías estéticas o de embellecimiento, dermoestética 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/insumos descartables y/o medicamentos no considerados en la cobertura incluyendo los utilizados en procedimientos ambulatorios, y/o que excedan los topes consignados en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado; contrastes, plasma, sangre, isótopos radioactivos, preparados nutrición enteral y/o parenteral, oxígeno, órtesis, prótesis, gases anestésicos, marcapasos, gafas, lentes intraoculares, biomateriales, prótesis, endoprótesis, implantes, sustancias viscoelásticas, resincronizadores, mallas, materiales radiactivos, materiales de osteosíntesis, Stent, Coils, viscoat y/o similares, uso de instrumental y materiales específicos de cada especialidad, materiales de transfusión.
- 6.1.1.11. Medicamentos de uso y/o consumo habitual, los de indicación ambulatoria y aquellos no relacionados al diagnóstico que motiva la internación.
- 6.1.1.12. 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.
- 6.1.1.13. Honorarios profesionales por procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, estudios, tratamientos y todo gasto relacionado a complicaciones de cirugías y/o procedimientos no cubiertos o que hayan sido realizados por profesionales o en centros sin convenio con Asismed S.A.
- 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. 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.
- 6.1.2.5. Etilismo.
- 6.1.2.6. Curas de adelgazamiento, reposo, rejuvenecimiento o similares. Celuloterapia, hidroterapia, acupuntura, digitopuntura o similar. Medicinas alternativas.
- 6.1.2.7. Maternidad para quien no sea titular o cónyuge del titular.
- 6.1.2.8. Internación Psiquiátrica o Psicológica, Psicocirugías o cirugías psiquiátricas. Psicoterapia, Psicoanálisis.
- 6.1.2.9. Procedimientos y cirugías percutáneas.
- 6.1.2.10. 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.
- 6.1.2.11. Todo lo que no esté debidamente expresado en el Contrato y sus anexos.

7. FINALIZACION DE LA COBERTURA

7.1. 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:

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

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

7.1.2. Pacientes en estado de coma y/o estado vegetativo persistente, cuya condición supere las 4 semanas sin lograr recuperación total de conciencia:

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

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

7.1.3. En estos casos quedará a cargo de familiares y/o responsables del paciente el traslado del mismo a otro centro asistencial o asumir todos los gastos médicos sanatoriales que represente mantenerlo internado en el Sanatorio en estas condiciones.



SERVICIOS BÁSICOS GENERALES	COBERTURA	OBSERVACIONES
Asismed S.A.	288 7000	Informaciones, Administración y Call Médico
Drugstore (Delivery y Farmacia)	288 7900	Informaciones y Delivery
Centro Médico LA COSTA - ARTIGAS	217 1717	Reserva de turnos Consultorios y Estudios de Diagnóstico
Centro Médico LA COSTA LYNCH		Reserva de turnos Consultorios y Estudios de Diagnóstico
Centro Médico SANTA JULIA		Reserva de turnos Consultorios y Estudios de Diagnóstico
Centro Médico SAN ROQUE		Reserva de turnos Consultorios
Centro de Diagnóstico SAN ROQUE	248 9500	Reserva de turnos para Estudios de Diagnóstico
Sanatorio LA COSTA	217 1000	Urgencias e internaciones
REVITA Centro Oncológico	217 1580	Reserva de turnos
Sanatorio SANTA JULIA	236 5000	Urgencias e internaciones
Sanatorio SAN ROQUE	248 9000	Urgencias e internaciones
Laboratorio SAN ROQUE CENTRO	248 9900	Informes y pedidos de extracción a domicilio
Laboratorio SAN ROQUE VILLAMORRA	248 9920	Informaciones
Hospital UNIVERSITARIO SAN LORENZO	598 2000	Urgencias e internaciones
SASA - Asunción y Gran Asunción	561 000	Urgencias, emergencias, traslados



ANEXOS

PLAN **VIP**
PLUS

ANEXO I: ESTUDIOS LABORATORIALES
Cobertura Total
RUTINA

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

ESPECIALIZADOS

17 Beta Cestosteroides	Antic. Antimúsculo liso	Cim p/Carbenicilina
17 Beta Estradiol	Antic. Antitiroglobulinas	Cim p/Ciporfloxacina
17 Hidroxicorticosteroides	Antic. Antitiroideos	Cim p/Colestina
Acido Acetil Salicílico	Anticardiolipina IgM	Cim p/Imipenem
Acido Fenilpirúvico	Anticardiolipina IgG	Cim p/Kanamicina
Acido Fólico	Antíg. Carcino Embrionario CEA	Cim p/Mezlocilina
Acido Láctico	Antígenos Febriles	Cim p/Piperacilina
Acido Valproico	Artritest (Factor Reumatoideo)	Cim p/Ticarlicina
Acido Vanil Mandélico	Aspecto del Suero	Cim p/Tobramicina
ACTH	Asto	Citomegalovirus col Giemsa
Agglutininas Anti A	Azúcares Reductores	CK – MB
Agglutininas Anti B	Barbitúricos	CK Total
Albumina	Beta HCG Cuantitativo	Clearance de Creatinina
Aldolasa	Bicarbonato actual	Clearance de Urea
Aldosterona	Bilirrubina Directa	Cloruros
Alfa 1 antitripsina	Bilirrubina Indirecta	Cloruros (o)
Alfafetoproteína (AFP)	Bilirrubina Total	Cloruros L.C.R.
Amilasa	Bilis, cultivo y ATB	CMV IgG
Amilasa (o)	C.E.A.	CMV IgM
Amonio	C3	Coagulograma
ANA (Antic. Antinucleares)	C4	Cobre
Androstenediona	CA 125	Colinesterasa
Anfetaminas	CA 15.3	Coloración con Tinta China
Ant. Anticitomegalovirus IgG	CA 19.9	Coloración de Giemsa
Ant. Anticitomegalovirus IgM	Calcio	Coloración de Gram
Ant. Antitoxoplasma IgG	Calcio (o)	Coloración de Ziehl-Neelsen
Ant. Antitoxoplasma IgM	Calcio Iónico	Coobs indirecto cuantitativo
Anti Core IgG HBC – ac	Calcitonina	Coombs Directo
Anti Core IgM HBC – ac	Cálculo Urinario	Coombs Indirecto
Anti LA	Campylobacter, cultivo y ATB	Coprocultivo
Anti RO	Carbamazepina	Coprofuncional
Anti SM	Células L.E.	Coproporfirinas
Anti Trypanosoma IgG	Cetonemia	Cortisol
Anti Trypanosoma IgM	Cetonuria	Cortisol AM
Antic. Anti DNA	CH 50	Cortisol PM
Antic. Anti Hidatídico	Chagas Ac IgM	Cortisol Urinario
Antic. Anti HIV	Chagas-Ac IgG	Crioagglutininas
Antic. Anti Rubeola IgG	Chlamydia Ac	Crioglobulinas
Antic. Anti Rubeola IgM	Chlamydia orina	Criptococos
Antic. Antigliadina	Chlamydia sec conjuntival	Cuerpos Cetónicos
Antic. Antilisteria	Chlamydia sec genital	Cultivo
Antic. Antimicrosomales	Cim p/ Cefoperazona	Cultivo de punta de catéter
Antic. Antimitocondriales	Cim p/Aminoglucidos	Cultivo p/ Gérmenes Comunes

Cultivo para Aerobiosis
 Cultivo para Anaerobiosis
 Cultivo para BAAR
 Cultivo para Campylobacter
 Cultivo para Hongos
 Cultivo para Hongos de biopsia
 Curva de Glicemia (embarazo)
 Curva de Glicemia 3 horas
 Curva de Glicemia 4 horas
 Curva de Glicemia 5 horas
 Dehidrostestosterona
 Detección de cristales
 DHEA sulfato (DHEA-SO4)
 Digoxina
 EBV-VCA IgG
 EBV-VCA IgM
 Electroforesis de Hemoglobina
 Electroforesis de Lipoproteínas
 Electroforesis de Proteínas
 Electroforesis de Proteínas LCR
 Electrolitos (NA, CL, K)
 Electrolitos (o)
 Enzimas Cardiacas
 Eritrosedimentación
 Esperma, Cultivo y ATB
 Espermograma
 Espudo, coloración de Ziehl
 Espudo, Cultivo p/ Gérmenes Comunes
 Espudo, Cultivo p/Eosinófilos-Mastocitos
 Espudo, Cultivo para BAAR
 Espudo, Cultivo y ATB
 Espudo, frotis
 Estradiol
 Estudio capilar invest. Hongos
 Examen en Fresco
 Factor Reumatoideo (Artritest)
 Fenil Cetonuria
 Fenil Hidantoína
 Ferritina
 Fibrinogeno
 Fibrinolisis
 Fórmula Leucocitaria
 Fosfatasa Acida Total
 Fosfatasa Alcalina
 Fosfatidilglicerol en Líquido Amniótico
 Fosfolípidos
 Fósforo
 Fósforo (o)
 Fragilidad de los Hematías
 Frotis de Sangre Periférica

Fructosamina
 FSH
 FT3 (T3 Libre)
 FT4 (T4 libre)
 FTA-ABS en L.C.R.
 FTA-ABS IgG
 FTA-ABS IgM
 FTI
 G.O.T.
 G.P.T.
 Gamma GT
 Gases Arteriales
 Gasometría Venosa
 Glicemia Pre y Post – Prandial
 Gravíndex
 Guayaco
 HAV IgG
 HAV IgM
 HBA 1 C (Hemoglobina Glicosilada)
 HBE – Ac
 HBS – Ac
 HBS – Ag (Antígeno de Superficie)
 HCG Cualitativo
 HCG Cuantitativo
 HCV – Hepatitis C
 HDL Colesterol
 Heces Benedict
 Heces Frotis
 Heces, Ex. Parasitología Seriado
 Heces, Examen Parasitológico
 Heces, Flora Microbiana
 Heces, Hongos
 Heces, Microscopía Funcional
 Hematocrito
 Hematrocrito c/muestra
 Hemocultivo en Aerobiosis
 Hemocultivo en Anaerobiosis
 Hemoglobina
 Hemoparásitos (gota gruesa)
 Hemoparásitos, observ. directa
 Hepatitis C
 Herpes – Ac
 Herpes en Sec. Genital
 HEV – Ac
 Hidatidosis
 Hierro % saturación
 Hierro Sérico
 HIV – P – 24
 Hongos, Cultivo e Identificación
 Hongos, Examen en Fresco
 Identificación de Parásitos
 IGA

IGA Secretoria
 IGD
 IGE Total
 IGG
 IGM
 Indices de Riesgo
 Inmunoglobulina
 Inmunoglobulina en LCR
 L.C.R., Citoquímico
 L.C.R., Cultivo para BAAR
 L.C.R., Cultivo para Hongos
 L.C.R., Cultivo y ATB
 Latex en líquido pleural
 Látex en Líquidos biológicos
 Latex en orina
 Latex p/aspergillus antígeno
 Latex p/cándida antígeno
 Latex p/cryptococcus antíg.
 Latex p/streptococcus Grupo A
 Latex p/streptococcus Grupo B
 Lavado Broncoalveolar cultivo
 Lavado Broncoalveolar p/BAAR
 Lavado Broncoalveolar p/Hongos
 Lavado Gástrico Parásitos
 LDH
 LDL Colesterol
 Legionella Pneumófila
 Lesión de Piel, Cult. p/Hongos
 Lesión de Piel, Hongos ex direc.
 Lesión de uñas, cultivo p/hongos
 Lesión Genital, Campo obscuro
 Lesión Genital, Col. de Fontana
 Lesión Genital, Colorac de Gram
 LH
 Linfa Cutánea, color. De Ziehl
 Lipasa
 Lípidos Totales
 Líquido (otros), Citoquímico
 Líquido Amniótico, Cult. y ATB
 Líquido Articular, Citoquímico
 Líquido Articular, Cristales
 Líquido Articular, Cultivo y ATB
 Líquido 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
 Lítio

Magnesio	Proteínas Totales (o)	Streptococcus Grupo B
Magnesio (o)	Proteínas Totales A/G	Streptozima
Magnesio Eritrocitario	Protoporfirinas	Sustancias Reductoras
Marcadores Tumorales	Prueba de Lazo	T.T.P.A
Microalbuminuria	Prueba de Tolerancia a la lactosa	T3
Mielocultivo	PTH	T3 Uptake
Monotest	Raspado de lengua, Hongos	T4
Mucoproteínas	Rast	T4 Neonatal
Mycoplasma, cultivo e identif.	Reacción de Hudleson	Test de Absorción Xilosa
NTX / Pyrilinks	Reacción de Paul Bunnel	Test de O'Sullivan
Orina Benedict	Reacción de Waaler Rose	Test del Plecito
Orina densidad	Reacción de Widal	Test del Sudor
Orina rutina	Recuento de Addis	Testosterona libre
Orina sedimento	Recuento de Hamburger	Testosterona total
Orina, cultivo	Reticulocitos	Tiempo de Coagulación
Osmolaridad	Retracción del Coágulo	Tiempo de Protrombina (TP)
Oxiurus	Rotavirus	Tiempo de Recalcificación
P.C.R. (Proteína Creativa)	Sangre Oculta o Guayaco	Tiempo de Sangría
P.C.R. Cuantitativa	Secreción Bucal, Cultivo	Timol
P.D.F.	Secreción Conjuntival, Cult. y ATB	Tine Test
P.P.D.	Secrec. Endocervical, Cult. y ATB	Tiroglobulina
PAP (Fosfatasa Acida prostática)	Secreción Faringea, Cult. y ATB	Toxina A p/Clostridium Diffic.
PAS- Antíg. Prostático Especifico	Secreción Faringea, Frotis	Transferrina
Peptido C	Secreción Nasal, Citología	Troponina I
Perfil de Coagulación-Coagulograma	Secreción Nasal, Cultivo y ATB	Troponina T
Perfil Hepático- Hepatograma	Secreción Orica, Cultivo y ATB	TSH
Perfil Lipídico – Lipidograma	Secreción Prostática, Frotis	Úlcera genital, Cultivo y ATB
Ph	Secreción Purulenta, Cul. y ATB	Ureplasma
Plaquetas	Secreción Traqueal, Cult. Y ATB	Urobilina
Plasma Seminal, Bioquímica	Secreción Uretral, Cultivo y ATB	Urobilinógeno
Pneumocystis Caninii	Secreción Uretral, Frotis	Van de Kramer
Porfobilinógeno	Secreción vaginal, Cult. Y ATB	Vancomicina
Potasio	Secreción Vaginal, Fresco y Gram	VDRL Cualitativo
Potasio (o)	Secreción Vaginal, Frotis	VDRL Cuantitativo
Progesterona	Secreción Vaginal, Ph	VDRL en L.C.R.
Prolactina	Secrec. Vulvo vaginal, Cult. y ATB	Vírocitos
Proteínas de Bence Jones	Sodio	Vitamina B12
Proteínas Totales	Sodio (o)	VLDL Colesterol
	Streptococcus Grupo A	Yersenia cultivo

**ANEXO II: RADIOLOGÍA SIMPLE, todos las posiciones
Cobertura Total**

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

**ANEXO III: ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS ESPECIALIZADOS
Cobertura Total**

Honorarios anestesiólogo a solicitud escrita del médico tratante: Cobertura Total

Uso de sala y equipos en el Centro Diagnóstico La Costa Artigas y Lynch, Centro Médico Santa Julia y Centro Diagnóstico San Roque: Cobertura total

Medicamentos, contrastes y descartables, cargo paciente.

Audiometría	Dental Seriaida	Linfografía 2 lados
Biligrafina o Colangiografía endovenosa	Doppler Vascular Periférico	Linfografía cada lado
Broncografía 2 lados	Ecobiometría	Logoaudiometría
Broncografía cada lado	Ecocardiograma c/Doppler B-D	Mama (pieza operatoria) por placa
Campo Visual	Eco-Stress	Mama (reparage p/Biopsia) por placa
Cavum Contrastado	Electrocardiograma	Mamografía unilateral
Centellografía de Tiroides	Electroencefalograma	Mamografía bilateral
Centellografía Osea	Endoscopia Digestiva Alta	MAPA
Ciclopejia	Endoscopia Nasal	Mielografía s/contraste, ni especialista
Cistografía	Ergometría	Orbitas cada posición
Colangiografía Retrógrada c/ Papiotomía	Esófago, Estómago y Duodeno	Ortopantomografía
Colangiografía Endovenosa	Espirometría	Papanicolau
Colangiografía Operatoria	Estudio de retina periférica	Paquimetría
Colangiografía Post-operatoria	Examen Funcional Laberíntico	Perfil Biofisico fetal
Colangiografía Retrógrada simple	Fistulografía H/2 placas	Pielografía Ascendente
Colecistografía Oral	Flebografía cada lado	Pielografía Endovenosa o Riñón contrastado
Colon Contrastado	Galactografía c/lado	Prueba Supraliminar
Colon Doble Contraste	Galactografía bilateral con marcado (inc. mamografía)	Queratometría
Colon por Ingestión	Gonioscopia	Rectosigmoidoscopia
Colonoscopia	Histerosalpingografía	Refracción computarizada
Colposcopia	Holter 24 horas	Resonancia Nuclear Magnética-RMN (2 G.F/año): exclusivamente en La Costa y Santa Julia
Curva Tensional	Impedanciometría	
Densitometría Osea	Laringofibroscopia	
Dental Semiseriada	Laringografía contrastada	
	Laringoscopia	

RMN de Cráneo	RMN de Orbita	T.A.C. de Orbitas
RMN de Rodilla	RMN de Partes Blandas	T.A.C. de Miembros
RMN de Columna Cervical	RMN de Pie	T.A.C. de Pelvis
RMN de Columna Dorsal	RMN de Muslo	T.A.C. de Pequeñas Partes
RMN de Columna Lumbar	RMN de Pierna	T.A.C. de Senos Paranasales
RMN de Abdomen Superior	RMN de Senos Paranasales	T.A.C. de Cara
RMN de Abdomen Inferior	RMN de Hipófisis	T.A.C. de Oído
RMN de Hombro	RMN de Cuello	T.A.C. de ATM
RMN de Cadera	Rinomanometría simple	T.A.C. de Tórax
RMN de Pelvis	Saco Lagrimal	T.A.C. Helicoidal
RMN de Tobillo	Senos faciales contrastados	T.A.C. para punción
RMN de ATM	Sialografía Bilateral	Test Ortóptico
RMN de Codo	T.A.C. de Abdomen Inferior	Ejercicios ortópticos hasta 10 ses/ benef./año.
RMN de Brazo	T.A.C. de Abdomen Superior	Timpanometría
RMN de Encéfalo	T.A.C. de Columna Cervical	Tránsito Intestinal o Intestina delgado
RMN de Cara	T.A.C. de Columna Dorsal	Uretrocistografía
RMN de Mediastino	T.A.C. de Columna Lumbar	Urograma de Excreción
RMN de Muñeca	T.A.C. de Cráneo	
RMN de Oído		

Procedimientos terapéuticos de Gastroenterología: Cobertura total

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

ANEXO IV: ECOGRAFÍAS SIMPLES Y CON DOPPLER
Cobertura Total

Ecografía Abdominal	Ecografía de Tiroides	Ecografía Osteoarticular
Ecografía de Bazo	Ecografía de Tórax	Ecografía Pancreática
Ecografía de Caderas	Ecografía Ginecológica	Ecografía Pediátrica
Ecografía de Cráneo-Encéfalo	Ecografía Intracavitaria c/ residuo	Ecografía Prostática
Ecografía de Hígado, Vías Biliares y Vesícula	Ecografía Intra-operatoria	Ecografía Prostática Intracavitaria
Ecografía de Mamas	Ecografía Morfológica	Ecografía Renal
Ecografía de Miembros	Ecografía Morfológica (marcadores cromosómicos)	Ecografía Testicular
Ecografía de Partes Blandas	Ecografía músculo-tendinosa	Ecografía Transvaginal
Ecografía de Pelvis	Ecografía Obstétrica	Ecografía Vesical
Ecografía de Píloro	Ecografía Ocular	Monitoreo Ovulatorio

ANEXO V: FISIOTERAPIA AMBULATORIA TRAUMÁTICA
Cobertura Total

Fomentaciones	Tracción cervical
Infrarrojo	Ultrasonido
Ondas cortas	

FÁCIL Y SIMPLE

Reserva de turnos
Resultados de estudios
Historial médico
Visaciones
Compras del Drugstore
Historial de facturas y más

ESCANEÁ Y DESCARGÁ



APP ASISMED





Contamos con profesionales de diversas especialidades para la atención ambulatoria

Especialidades Médicas

- Cardiología
- Cirugía general
- Clínica médica
- Coloproctología
- Dermoestética
- Diabetología
- Endocrinología - ginecológica
- Flebología
- Gastroenterología
- Geriátría
- Ginecología
- Mastología
- Neumología pediátrica
- Neumología
- Nutrición
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Proctología
- Psicología
- Reumatología
- Traumatología
- Urología

**Además se cuenta con consultorios de demanda espontánea (Atención por orden de llegada)*

Servicios

- Laboratorio de Análisis Clínicos
- Servicio de Cardiología
- Servicio de Chequeo Médico
- Servicio de Ecografías
- Servicio de Fisioterapia
- Servicio de Neumología
- Servicio de Oftalmología
- Servicio de Audiología
- Servicio de Radiología
- Servicio de Salud Fetal y de la Mujer
- Servicio de Tomografía

- ✓ Amplios espacios de espera
- ✓ Espacios preferenciales para el adulto mayor
- ✓ Ascensor para planta alta
- ✓ Estacionamiento propio
- ✓ Disponibilidad de acceso al centro médico en 360°



Reserva de Turno:
(021) 217-1717

Av. Madame Lynch esq. Víctor Heyn
 A 100 m de la Av. Mcal. López

Horarios de Atención

Lunes a Viernes
 07:00 a 21:00 hrs.

Sábados
 07:00 a 13:00 hrs.



DELIVERY 2887900

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. Victor Héyn**

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

**DRUGSTORE
ASISMED**

DELIVERY
GRATIS A PARTIR DE \$4.000
delivery@asismed.com.py

☎ 288 7900
☎ 0976 288 790



Compras a través de la
APP Asismed



Edificio Corporativo Asismed



Asismed Oficina Mcal. López



Drugstore Asismed Santa Julia



Drugstore Asismed Mcal. López



Drugstore Asismed La Costa



Drugstore Asismed Bahía



Drugstore Asismed 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 EDIFICIO CORPORATIVO
Diego de Silva y Velázquez y Tte. Insaurralde
Tel.: 288-7000
Whatsapp Corporativo +595 21 288 7000
www.asismed.com.py
asismed@asismed.com.py

Descargue la APP Asismed:



Descargando la nueva Aplicación Asismed Móvil a su teléfono celular puede acceder a esta GUÍA MÉDICA y consultar de nuestros servicios desde donde se encuentre.