



PLAN VIP MEGALABS 2021

Material de Consulta para el Beneficiario

**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@asismed.com.py

Vía APP Asismed

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@asismed.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.

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

Asismed 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.

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

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

Condiciones Generales de Prestación de Beneficios



PLAN VIP MEGALABS 2021

Asismed S.A.	288 7000	Informaciones, Administración y Call Médico
Drugstore (Delivery y Farmacia)	288 7777	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 y Estudios de Diagnóstico
Sanatorio LA COSTA	217 1000	Urgencias e internaciones (Adultos, Ginecobstetricia y Niños)
REVITA Centro Oncológico	216 6000	Reserva de turnos
Sanatorio SANTA JULIA	236 5000	Urgencias e internaciones (Adultos)
Sanatorio SAN ROQUE	248 9000	Urgencias e internaciones (Adultos)
Laboratorio SAN ROQUE CENTRAL	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 (Adultos, Ginecobstetricia y Niños)
SASA - Asunción y Gran Asunción	561 000	Urgencias, emergencias, traslados

CONTRATO DE PLAN DE COBERTURA MÉDICA

1. OBJETO

1.1. Este Contrato tiene por objeto regular las condiciones generales de la contratación de un plan de cobertura médica sanatorial, ofrecido por la Empresa a la Contratante para sus integrantes y, por consiguiente, regir la vinculación jurídica que de ella resulte.

1.2. Forman parte de este Contrato, los siguientes documentos:

- 1.2.1. La Solicitud de Incorporación como Beneficiario
- 1.2.2. La Declaración Jurada de Salud
- 1.2.3. Las Condiciones Generales de Prestación y los Beneficios del plan elegido
- 1.2.4. La Agenda de Profesionales e Instituciones Prestadoras en Convenio
- 1.2.5. La Tarjeta/Credencial de Identificación de Beneficiario emitida por la Empresa
- 1.2.6. Anexo A con el detalle de las primas/aranceles de cada Plan

6. DE LAS VIGENCIAS DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS.

6.1. La cobertura médica ofrecida por la Empresa a la Contratante, no establece plazo alguno para acceder a las prestaciones pactadas, para aquellos beneficiarios Titular, cónyuge e hijos que formen parte del grupo familiar y se encuentren en la nómina inicial del contrato.

6.2. Los beneficiarios dependientes del titular, esto es, cónyuges, padres y/o suegros, hermanos e hijos mayores, que se incorporen en fechas posteriores al inicio del Contrato, se les aplicará el período de carencia para acceder a los servicios pactados.

6.2.1. Los períodos de carencia serán los siguientes:

6.2.1.1. Consultas ambulatorias, radiología, análisis de laboratorio, ecografías y estudios diagnósticos con prestadores habilitados: vigencia inmediata.

6.2.1.2. Urgencias y/o emergencias en eventos agudos: gastos sanatoriales y honorarios médicos habilitados: vigencia inmediata.

6.2.1.3. Eventos clínicos y/o quirúrgicos programados: 90 (noventa) días corridos de carencia a partir de su incorporación.

6.2.1.4. MATERNIDAD: tendrán derecho a la cobertura de maternidad detallada en el presente contrato; las Titulares y/o cónyuges de titulares que se incorporen al plan con gestación en curso de hasta 08 (ocho semanas) confirmada por informe de ecografía, que deberá adjuntar a la solicitud de incorporación.

7. DE LAS LIMITACIONES EN LA COBERTURA

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

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

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

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

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

7.1.1.4. Estados de enajenamiento mental.

7.1.1.5. Alcoholismo crónico.

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

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

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

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

7.1.1.10. Pacientes con Serología positiva para H.I.V., Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades infecto-contagiosas (E.T.S.) incluyendo todo gasto que ocasione el diagnóstico y tratamiento de dichas patologías.

- 7.1.1.11. Cirugías estéticas o de embellecimiento, podología, dermoestética y cosmiatría.
- 7.1.1.12. Tratamientos de esterilidad, fertilidad y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación de D.I.U. (dispositivo intrauterino).
- 7.1.1.13. Servicios que debido a extrema urgencia sean utilizados por los beneficiarios en centros hospitalarios que no tengan celebrado convenio con la Empresa; y no sean comunicados a la Empresa para su eventual traslado, dentro de las 24 horas siguientes al ingreso.
- 7.1.1.14. Trasplante de órganos.
- 7.1.2. Materiales, instrumentales, dispositivos, insumos y/o medicamentos y descartables no considerados en la cobertura y/o que excedan los topes consignados en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado:
 - 7.1.2.1. Todo material no recuperable que se utilice para tratamientos clínico/quirúrgicos, incluyendo los utilizados en procedimientos ambulatorios.
 - 7.1.2.2. Contrastes, isótopos radioactivos.
 - 7.1.2.3. Plasma y sangre, así como bolsas de transfusión.
 - 7.1.2.4. Productos y preparados nutrición enteral y/o parenteral.
 - 7.1.2.5. Marcapasos, gafas, biomateriales, órtesis, prótesis, endoprótesis, implantes, explantes, espirales (coils), fibras (láser) y otros dispositivos.
 - 7.1.2.6. Materiales/insumos específicos de uso no habitual o que no sean proveídos por el sanatorio en convenio con la Empresa.
 - 7.1.2.7. Medicamentos, drogas oncológicas e insumos médicos en general, que no se encuentren debidamente registrados y autorizados por las Autoridades competentes de la República del Paraguay, aun cuando ellos sean comercializados por farmacias u otras instituciones.
 - 7.1.2.8. Silla de ruedas, catres clínicos, balón de oxígeno y otros elementos de uso hospitalario que paciente pueda requerir fuera del ámbito sanatorial.
 - 7.1.2.9. Medicamentos de uso y/o consumo habitual, los de indicación ambulatoria y aquellos no relacionados al diagnóstico que motiva la internación.
- 7.1.3. Habitación que pudiera ser utilizada por los familiares, mientras el paciente se encuentre internado en la unidad de terapia intensiva, incluyendo gastos de acompañante en general.
- 7.1.4. Traslados aéreos. Servicios utilizados fuera de la República de la Paraguay.
- 7.1.5. No serán cubiertos por la Empresa todos aquellos gastos derivados de tratamientos, prácticas o cirugías enunciadas a continuación:
 - 7.1.5.1. Que se encuentren en estado experimental
 - 7.1.5.2. Que no sean avalados científicamente
 - 7.1.5.3. Que se opongan a normas legales vigentes
 - 7.1.5.4. Curas de adelgazamiento, reposo, rejuvenecimiento o similares. Celuloterapia, acupuntura, digitopuntura o similar. Medicinas alternativas
- 7.1.6. Vacunas, excepto las proveídas por el MSPyBS y que se encuentren disponibles en el vacunatorio del Centro Médico La Costa.
- 7.1.7. 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.
- 7.1.8. Todo lo que no esté debidamente expresado en el Contrato y sus anexos.

GLOSARIO DE TÉRMINOS 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/sanatorio pos internación con recomendaciones e indicaciones a fin de continuar su tratamiento en forma ambulatoria.
- **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.
- **ALTA VOLUNTARIA:** es el caso en el que el paciente, exprese 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 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.
- **CENTRO MÉDICO LA COSTA ARTIGAS:** denominación que se da al Centro Médico ubicado en calle Artigas 1500 c/ Concepción Leyes de Chavez.
- **CENTRO MÉDICO SANTA JULIA:** denominación que se da al Centro Médico ubicado en calle Brasilia 1182 esq. Tte. Insaurralde.
- **CENTRO MÉDICO LA COSTA LYNCH:** denominación que se da al Centro medico ubicado en calle Avda. Madame Lynch esq. VictorHeyn.
- **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.
- **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 CONDICIÓN 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 DESÓRDENES CONGÉNITOS:** 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.

- **SANATORIO SAN ROQUE:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Eligio Ayala esq. Pa'i Pérez

- **SANATORIO LA COSTA:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Avda. Artigas 1500 c/ Concepción Leyes de Chávez.

- **SANATORIO SANTA JULIA:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Brasília 1182 esq. Tte. Insaurralde.

- **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 calle Km 15 – Ruta 2 Mcal. Jose Félix Estigarribia

- **INTERNACIÓN:** 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).

- **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, Sanatorias y Diagnósticas establecidas en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado.

- **PRESTADORES MÉDICOS 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.

¿COMO LLENAR LA DECLARACIÓN JURADA DE SALUD?

Este importante documento debe ser completado personalmente por el interesado, quien debe declarar con absoluta veracidad cuál es el estado de su salud y el de sus beneficiarios al momento de la incorporación a ASISMED, dejando constancia de todo embarazo, accidente o enfermedad preexistente, aún cuando no hayan sido tratadas y cualquiera sea su estado actual, haya sido dado de alta o no el beneficiario.

Declare todas las preexistencias, aunque haya dado de alta...

Para presentar correctamente su Declaración de Salud, incluya todas las preexistencias; es decir, informe todas aquellas enfermedades, secuelas de accidentes, malformaciones, cirugías, embarazos u otra condición de salud -tanto del titular como los de sus beneficiarios adherentes- que hayan sido diagnosticadas por un médico a la fecha de firmar la Declaración de Salud. Tales preexistencias deberán declararse aunque no hayan sido tratadas e incluso si el paciente fuera dado de alta.

Complete primero su Declaración y después firme el Contrato...

Tenga presente que Usted debe efectuar una Declaración de Salud en forma previa a la firma del contrato. Recuerde que si posteriormente incorpora nuevos beneficiarios a su plan, deberá llenar este documento por cada uno de ellos.

Complete la información de salud personalmente, sin dejar nada fuera...

Es muy importante que Usted llene personalmente su Declaración de Salud, ya que es de su absoluta responsabilidad, y no del ejecutivo de ventas que el documento registre todas las preexistencias. Como nadie mejor que Ud. conoce su historia clínica, declare todo aquello que haya sido diagnosticado por un médico, aunque parezca poco relevante.

¿Sabe por qué se exige la Declaración de Salud?

Porque antes de suscribir el Contrato, ASISMED necesita conocer y evaluar los riesgos de salud de sus nuevos beneficiarios, de manera de asegurar que podrá cumplir los compromisos que contrae con Ud. y cada uno de sus beneficiarios adherentes. En caso de aceptar la incorporación, ASISMED está facultada para imponer restricciones para las atenciones relacionadas con las enfermedades preexistentes declaradas.

Aunque con restricciones, ASISMED cubre preexistencias declaradas...

Cuando ASISMED acepta la incorporación, pero decide aplicar restricciones a las preexistencias significa que según sea el tipo de preexistencia podrá determinar tiempo de carencia y/o aranceles diferenciados por atenciones derivadas de estas enfermedades. En el caso de fijarse periodos de carencia, cumplido este periodo de restricción, ASISMED cubrirá estas prestaciones de acuerdo al plan pactado con Ud.

¿Qué pasa si Ud. no declara todas las preexistencias?

Cuando complete la información de la Declaración de Salud no omita nada y sea absolutamente veraz, ya que:

- ASISMED no está obligada a pagar atenciones médicas derivadas de enfermedades no declaradas.
- ASISMED está facultada para poner término al Contrato de Salud si comprueba esta omisión.

INGRESO DE PERSONAS MAYORES

Asismed establece que toda persona de 60 años en adelante deberá completar su Declaración Jurada de Salud conjuntamente con su médico de cabecera en una consulta de cargo paciente para tal efecto. Dicho documento será presentado a la Auditoría Médica, quien se expedirá sobre su aceptación o no, y en caso afirmativo, estableciendo las condiciones de cobertura de haberse registrado enfermedades o patologías pre-existentes.

CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN Y BENEFICIOS
PLAN VIP MEGALABS 2021

Este Contrato tiene por objeto regular las condiciones generales de la contratación de Cobertura Médica, según el Plan ofrecido por la Empresa a la Contratante y, por consiguiente, regir la vinculación jurídica que de ella resulte.

1. IDENTIFICACIÓN:

- 1.1. La Empresa proporcionará a cada Beneficiario, una Tarjeta/Credencial de Identificación de carácter intranferible, que lo acreditará como tal y que deberá exhibir juntamente con su Cédula de Identidad toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos por el Plan.
- 1.2. La Tarjeta de Identificación/Credencial, 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
 - 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 por escrito, adjuntando copia de la denuncia realizada a la autoridad competente.
 - 1.3.1. La reposición de la credencial, sin denuncia policial, tendrá un costo de 22.000 Gs c/u.
- 1.4. 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.
- 1.5. 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 la exclusión del beneficiario, y a proceder a la cancelación de la cobertura respecto del mismo.

2. DE LAS COBERTURAS MÉDICAS. La cobertura médica contempla las prestaciones médicas descriptas a continuación:

- 2.1. CONSULTAS:** en consultorio ambulatorio con profesionales en convenio (según del detalle en la guía de prestadores): cobertura total.
- 2.1.1. Las consultas serán realizadas en el consultorio privado del médico elegido por el Beneficiario, de la Guía de Profesionales en Convenio, en el día y horario establecido por el profesional médico.
 - 2.1.2. Los Beneficiarios deberán convenir con el médico el día y la hora en que deberá concurrir al consultorio.
 - 2.1.3. Los Beneficiarios se obligan a cancelar con la debida anticipación las citas convenidas a las que no podrá concurrir.
 - 2.1.4. Los Beneficiarios que consulten con profesionales en convenio cuyos consultorios se encuentren situados en el Centro Médico La Costa (Artigas), Centro Médico La Costa Lynch, Santa Julia y/o Hospital Universitario San Lorenzo (HUSL), y que se hayan enrolado en el sistema de huella digital, no requieren presentar ningún documento que los identifique. En consultorios externos a los mencionados, deberán concurrir munidos de la Tarjeta/Credencial de Identificación otorgada por la Empresa, junto con su Cédula de Identidad. En caso contrario el médico podrá negarse a realizar la prestación o a exigir el pago de sus honorarios en forma particular.
 - 2.1.5. Los Médicos dispondrán en sus consultorios de un lector de huellas digitales o de una planilla de registro de consultas, la que deberá ser firmada por el Beneficiario 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.
 - 2.1.6. Prestadores en convenio, Sistema copago informado en la guía de prestadores: diferencia cargo paciente.
 - 2.1.7. Consulta con Nutricionista: , Cobertura total en el Centro Médico La Costa, Centro Médico Santa Julia y La Costa Lynch.
 - 2.1.8. Consultas en la especialidad de Psiquiatría: cobertura total con prestadores en convenio, hasta 10 consultas beneficiario /año de contrato.

2.1.9. Consultas en la especialidad de Psicología: cobertura total con prestadores en Centro Médico La Costa hasta 10 consultas beneficiario /año de contrato.

2.1.10. VACUNAS PEDIÁTRICAS: en el vacunatorio del Centro Médico La Costa, a través del MSPBS; de acuerdo al protocolo establecido en el calendario de vacunaciones del PROGRAMA AMPLIADO DE INMINIZACIONES (PAI) y la disponibilidad de las mismas.

2.2. HONORARIOS MÉDICOS CLÍNICO QUIRÚRGICOS. en internaciones clínico/quirúrgicas, solo se cubrirán los honorarios de los médicos en convenio (ver guía de prestadores). La cobertura se condiciona directamente con el diagnóstico de ingreso del paciente. La cobertura de honorarios por procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos será de acuerdo al detalle consignado en el PUNTO 2.2.24 y sus condiciones específicas.

2.2.1. Cirugía General: Intervenciones quirúrgicas convencionales mayores y menores (con excepción de las excluidas del Plan).

2.2.2. Los honorarios médicos en internación, estarán directamente relacionados con la fecha de alta otorgada por el médico tratante.

2.2.3. Sólo se cubrirán honorarios de los profesionales en convenio de la Guía de Profesionales. Cuando el Cirujano no sea médico en convenio y sus ayudantes y anestesiólogos sean profesionales en convenio con la Empresa, se cubrirán los honorarios de estos últimos, para aquellas cirugías y procedimientos que cuenten con cobertura en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del plan contratado.

2.2.4. Cuando los honorarios correspondan a médicos que no posean convenio con la Empresa, la cobertura total se limitará sólo a la parte sanatorial, de acuerdo al punto 2.3.

2.2.5. Procedimientos terapéuticos videoendoscópicos en la especialidad de Gastroenterología (según detalle del punto 2.2.24), cobertura total para uso de equipo y sala de procedimientos con prestadores en convenio en el Centro De Diagnóstico La Costa (Artigas), La Costa Lynch y Santa Julia.

2.2.6. Cirugías videolaparoscópicas para vesícula, hernia, apéndice y ginecológicas: cobertura total según detalle de cada especialidad, con Médicos en convenio, (según punto 2.2.24).

2.2.7. Cirugías Artroscópicas, cobertura total con Médicos en convenio, (según punto 2.2.24).

2.2.8. Enfermedades Congénitas en niños nacidos durante la vigencia del presente Contrato: Pie Bot, Hidrocefalia (no incluye válvula, ni materiales), Ano imperforado (1° Tiempo), Hernias y Labio Leporino (1° Tiempo).

2.2.8. Formarán parte de la cobertura total, los honorarios profesionales por procedimientos oftalmológicos realizados por Oftalmólogos en convenio:

2.2.8.1. Chalazión

2.2.8.2. Pterigión

2.2.8.3. Cuerpo extraño corneal

2.2.8.4. Sutura conjuntiva

2.2.8.5. Sondaje de vías lagrimales

2.2.8.6. Herida de vías lagrimales

2.2.8.7. Herida de párpados

2.2.8.8. Herida penetrante simple de córnea

2.2.8.9. Enucleación

2.2.8.10. Cirugía de cataratas con implante de lente intraocular (no incluye la lente)

2.2.9. R.T.U. de próstata, cobertura total con médicos en convenio.

2.2.10. Cirugías plásticas reparadoras derivadas de eventos agudos (accidentes) con cirujano plástico en convenio designado por ASISMED S.A., cobertura total.

2.2.11. Procedimientos dermatológicos, con prestadores en convenio, cobertura total, según detalle del punto 2.2.24.

2.2.11.1. Cuando el procedimiento dermatológico se realice en consultorios del Centro Médico La Costa (Artigas y/o Lynch) con dermatólogos en convenio, la cobertura incluye medicamentos y materiales descartables utilizados hasta Gs 200.000 (guaraníes doscientos mil).

2.2.13. Médicos especialistas en calidad de interconsultores, a pedido del médico tratante, se cubrirá hasta 1 interconsulta y 6 visitas por especialidad; en internación por paciente con prestadores en convenio. Visitas posteriores quedarán a cargo del beneficiario con costos preferenciales.

2.2.14. Los procedimientos, internaciones clínicas y las cirugías realizadas por médicos en sistema co-pago, serán de cobertura parcial debiendo abonar el beneficiario las diferencias resultantes.

- 2.2.15. Cirugía videoendoscópica de senos paranasales, cobertura total con prestadores en convenio (no incluye médicos con Nivel de Copago).
- 2.2.16. Cirugía de várices miembros inferiores (safenectomía, con o sin flebectomía), cobertura total con prestadores en convenio. No incluye microcirugía.
- 2.2.17. Monitoreo Clínico y/o pediátrico a pedido expreso del cirujano en la orden de cirugía, cobertura total con prestadores en convenio. Prestadores con sistema de co-pago, diferencia a cargo del paciente.
- 2.2.18. Los honorarios médicos por Cirugías Oncológicas, tendrán cobertura total cuando los profesionales sean en convenio y solamente en el primer acto quirúrgico.
- 2.2.19. Transfusiones: Cobertura Total en honorarios médicos, hasta 15 transfusiones por evento, considerándose: Glóbulos rojos, plasma y plaquetas. La presencia del Hemoterapeuta en la sala de operaciones, será sin cargo para el Beneficiario/paciente. Incluye 1 Perfil Pre Transfusional por año/cto para cada beneficiario.
- 2.2.20. Anestesiología: Cobertura total con profesionales anestesiólogos en convenio, para aquellas cirugías y procedimientos que cuenten con cobertura en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del plan contratado.
- 2.2.21. Anatomía Patológica: Cobertura total, en estudios habituales de biopsias y/o piezas operatorias, con prestadores en convenio, incluye biopsias extemporáneas (asistencia en quirófano para congelación).
- 2.2.22. Diálisis en Insuficiencia Renal Aguda (I.R.A), cobertura total de honorarios médicos con profesionales en convenio, hasta 8 sesiones beneficiario / año de contrato. Uso de equipo queda a cargo del beneficiario.
- 2.2.23. Sólo se reconocerán los servicios y beneficios indicados por los médicos en convenio.
- 2.2.24. Detalle de Cirugías y Procedimientos Terapéuticos cubiertos 100%, con las limitaciones precedentes:

2.2.24.1. HONORARIOS MÉDICOS EN INTERNACIÓN

- 2.2.24.1.1. Visita en sala
- 2.2.24.1.2. Interconsulta en sala
- 2.2.24.1.3. Interconsulta en servicio de urgencias
- 2.2.24.1.4. Interconsulta en unidad de terapia intensiva
- 2.2.24.1.5. Honorarios por internación clínica
- 2.2.24.1.6. Honorarios terapeuta coordinador (UTI adultos, UTI pediátrica)

2.2.24.2. MONITOREO INTRAOPERATORIO: CLÍNICO/PEDIATRA

- 2.2.24.2.1. Monitoreo Intraoperatorio Mediana Complejidad Asa III
- 2.2.24.2.2. Monitoreo Intraoperatorio Alta Complejidad Asa IV – V

2.2.24.3. PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

- 2.2.24.3.1. Instalación de Vía Venosa Central
- 2.2.24.3.2. Instalación de Vía Venosa Umbilical
- 2.2.24.3.3. Instalación de Vía Arterial
- 2.2.24.3.4. Punción Lumbar
- 2.2.24.3.5. Drenaje Lumbar
- 2.2.24.3.6. Descubierta Venosa
- 2.2.24.3.7. Descubierta Venosa Yugular
- 2.2.24.3.8. Instalación de SwanGanz

2.2.24.4. OFTALMOLOGÍA: CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS

- 2.2.24.4.1. Biopsia de Conjuntiva
- 2.2.24.4.2. Biopsia de Órbita
- 2.2.24.4.3. Biopsia de Párpados
- 2.2.24.4.4. Blefarochalasis
- 2.2.24.4.5. Blefarorrafia (Sutura)
- 2.2.24.4.6. Blefarotomía (Absceso, Orzuelo, Chalazión)
- 2.2.24.4.7. Cateterización de Conducto Lacrimonasal. Lavado
- 2.2.24.4.8. Depilación
- 2.2.24.4.9. Drenaje de Glándula o Saco Lagrimal
- 2.2.24.4.10. Enucleación o Evisceración de Globo Ocular
- 2.2.24.4.11. Escisión de Glándula Lagrimal
- 2.2.24.4.12. Escisión de Lesión de Párpado
- 2.2.24.4.13. Escisión de Saco Lagrimal

- 2.2.24.4.14. Escisión Lesión Conjuntiva (Pterigion, Quiste, Epitelioma, Nevus)
- 2.2.24.4.15. Extracción Cuerpo Extraño Conjuntival
- 2.2.24.4.16. Extracción Cuerpo Extraño Subconjuntival
- 2.2.24.4.17. Extracción de Cuerpo Extraño de Córnea
- 2.2.24.4.18. Facoemulsificación del Cristalino
- 2.2.24.4.19. Inyectables Conjuntivales
- 2.2.24.4.20. Plastia de Canículos, Reconstrucción de Vías Lagrimales
- 2.2.24.4.21. Queratectomía
- 2.2.24.4.22. Queratocétesis
- 2.2.24.4.23. Sutura de Córnea
- 2.2.24.4.24. Sutura de Herida de Córnea con Prolapso de Iris y/o Herida de Cristalino
- 2.2.24.4.25. Tratamiento Quirúrgico de Catarata con o sin Implante de Lente Intraocular (No Incluye Lente)
- 2.2.24.4.26. Tratamiento Quirúrgico del Glaucoma - Trabeculectomía

2.2.24.5. OTORRINOLARINGOLOGÍA: CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS

- 2.2.24.5.1. Amigdalectomía y/o Adenoidectomía
- 2.2.24.5.2. Antrotomía Mastoidea. Cierre de Fístula
- 2.2.24.5.3. Antrotomía Maxilar Radical
- 2.2.24.5.4. Biopsia de Encía. Sutura de Encía
- 2.2.24.5.5. Biopsia de Glándula Salival
- 2.2.24.5.6. Biopsia de Nariz
- 2.2.24.5.7. Biopsia de Orofaringe
- 2.2.24.5.8. Biopsia de Paladar
- 2.2.24.5.9. Cauterización de Cornetes
- 2.2.24.5.10. Cauterización Nariz
- 2.2.24.5.11. Cierre de Faringostomía
- 2.2.24.5.12. Cierre de Traqueotomía
- 2.2.24.5.13. Cirugía de la Fosa Pterigomaxilar
- 2.2.24.5.14. Cirugía Videoendoscópica de Senos Paranasales
- 2.2.24.5.15. Escisión Divertículo Faringoesofágico. Escisión Lesión Local Faringe
- 2.2.24.5.16. Escisión Local de Lesión de Lengua
- 2.2.24.5.17. Escisión o Electrocoagulación de Amígdala
- 2.2.24.5.18. Escisión Pólipo Antro-Coanal
- 2.2.24.5.19. Escisión Radical Lesión de Nasofaringe
- 2.2.24.5.20. Escisión Radical Glándula Submaxilar
- 2.2.24.5.21. Escisión. Incisión y Drenaje de Conducto Auditivo Externo y Piel. Biopsia
- 2.2.24.5.22. Exéresis de Papiloma y Seno Preauricular
- 2.2.24.5.23. Extirpación de Coloboma Auris
- 2.2.24.5.24. Extirpación de Ránula. Quiste de Mucosa Yugal
- 2.2.24.5.25. Extracción Cuerpo Extraño Nariz
- 2.2.24.5.26. Extracción de Cuerpo Extraño en Oído
- 2.2.24.5.27. Extracción Incisional de Cálculos Salivales
- 2.2.24.5.28. Faringotomía por Vía Cervical
- 2.2.24.5.29. Glosectomía Subtotal
- 2.2.24.5.30. Glosotomía con Drenaje de Absceso con Extracción de Cuerpo Extraño
- 2.2.24.5.31. Incisión y Drenaje de Amígdalas o Tejidos Peri amigdalinos
- 2.2.24.5.32. Incisión y Drenaje de Aurícula. Sutura del Pabellón Auricular
- 2.2.24.5.33. Incisión y Drenaje de Labio (Absceso. Sutura de Labio. Biopsia de Labio)
- 2.2.24.5.34. Incisión y Drenaje de Otohematoma
- 2.2.24.5.35. Incisión y Drenaje de Paladar (Absceso). Sutura de Paladar
- 2.2.24.5.36. Incisión y Drenaje de Tejido Retrofaringeo por Vía Bucal
- 2.2.24.5.37. Incisión y Drenaje Glándula Parótida, Submaxilar o sus conductos
- 2.2.24.5.38. Incisión, Drenaje Piso de Boca. Biopsia de Mucosa Bucal. Sutura de Boca
- 2.2.24.5.39. Lavado de Oído

- 2.2.24.5.40. Microcirugía de Laringe Diagnóstica
- 2.2.24.5.41. Miringotomía Con o Sin Colocación de Tubo de Drenaje
- 2.2.24.5.42. Parotidectomía Lóbulo Superficial
- 2.2.24.5.43. Parotidectomía Radical con Vaciamiento Ganglionar Cervical
- 2.2.24.5.44. Punción de Seno con o sin Inserción de Sonda dentro del SPN o Biopsia
- 2.2.24.5.45. Punción de Seno Esfenoidal
- 2.2.24.5.46. Resección de Osteoma
- 2.2.24.5.47. Resección Lesión Local Endonasal
- 2.2.24.5.48. Resección Total de Nariz
- 2.2.24.5.49. Sección Frenillo Lingual. Sutura de Lengua. Biopsia de Lengua, Escisión local Lesión de Labio
- 2.2.24.5.50. Septumplastia Funcional (con respaldo de estudios de diagnóstico para procedimientos sin fines estéticos)
- 2.2.24.5.51. Sinusotomía Frontal Externa Simple
- 2.2.24.5.52. Sinusotomía Maxilar Simple Ventana Antral (Drenaje)
- 2.2.24.5.53. Sinusotomía Radical Frontal Por Vía Externa
- 2.2.24.5.54. Taponamiento Nasal Anterior
- 2.2.24.5.55. Traqueorrafia
- 2.2.24.5.56. Traqueotomía
- 2.2.24.5.57. Turbinectomía / Turbinoplastia
- 2.2.24.6. SISTEMA ENDOCRINO: CIRUGÍAS**
 - 2.2.24.6.1. Biopsia Incisional de Tiroides
 - 2.2.24.6.2. Biopsia Preescalenica y/o Ganglionar Cervical
 - 2.2.24.6.3. Incisión y Drenaje de Colección o Quiste Tiroideo Complicado
 - 2.2.24.6.4. Incisión y Drenaje de Quiste Tirogloso infectado
 - 2.2.24.6.5. Lobectomía Tiroidea
 - 2.2.24.6.6. Paratiroidectomía
 - 2.2.24.6.7. Punción Biopsia de Tiroides
 - 2.2.24.6.8. Tiroidectomía
- 2.2.24.7. MASTOLOGÍA: CIRUGÍAS**
 - 2.2.24.7.1. Biopsia con Marcado Preoperatorio
 - 2.2.24.7.2. Biopsia de Mama
 - 2.2.24.7.3. Cito punción - Punción de Mama
 - 2.2.24.7.4. Cuadrantectomía más Linfadenectomía Axilar
 - 2.2.24.7.5. Cuadrantectomía Simple
 - 2.2.24.7.6. Drenaje de Absceso
 - 2.2.24.7.7. Extirpación de Nódulo de Mama
 - 2.2.24.7.8. Galactoforectomía
 - 2.2.24.7.9. Mastectomía Simple
 - 2.2.24.7.10. Tumorectomía
- 2.2.24.8. FLEBOLOGÍA: CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS (no incluye cirugías y/o procedimientos de carácter estético)**
 - 2.2.24.8.1. Descubierta o Colocación de Catéter Venoso
 - 2.2.24.8.2. Punción Venosa Central
 - 2.2.24.8.3. Safenectomía
 - 2.2.24.8.4. Safenectomía más Flebectomía Unilateral/Bilateral
- 2.2.24.9. APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN: CIRUGÍAS**
 - 2.2.24.9.1. Anastomosis Biliodigestivas Simples
 - 2.2.24.9.2. Apendicetomía
 - 2.2.24.9.3. Apendicetomía por Videolaparoscopia
 - 2.2.24.9.4. Biopsia de Hígado por Laparotomía
 - 2.2.24.9.5. Biopsia de Páncreas
 - 2.2.24.9.6. Biopsia del Ano
 - 2.2.24.9.7. Biopsia Rectal Quirúrgica

- 2.2.24.9.8. Colectistectomía por Laparotomía
- 2.2.24.9.9. Colectistectomía por Videolaparoscopia
- 2.2.24.9.10. Colectistostomía
- 2.2.24.9.11. Colectomía Segmentaria
- 2.2.24.9.12. Colectomía Total con Ileostomía Temporal o definitiva
- 2.2.24.9.13. Colostomía Temporal o definitiva
- 2.2.24.9.14. Drenaje Absceso Perirrectal o Absceso de Douglas
- 2.2.24.9.15. Drenaje de Pseudo Quiste
- 2.2.24.9.16. Enterotomía. Enterostomía y/o Enterorrafia
- 2.2.24.9.17. Escisión de Tumor Retroperitoneal
- 2.2.24.9.18. Escisión Local de Lesión de Estomago
- 2.2.24.9.19. Escisión Local de Lesión Páncreas
- 2.2.24.9.20. Esplenectomía
- 2.2.24.9.21. Esplenopancreatectomía
- 2.2.24.9.22. Esplenorrafia por Traumatismo
- 2.2.24.9.23. Esplenotomía con Drenaje. Absceso o Quiste
- 2.2.24.9.24. Extracción de Cuerpo Extraño por Vía Abdominal
- 2.2.24.9.25. Extracción Instrumental o Manual de Fecaloma Inaccesible
- 2.2.24.9.26. Fistulectomía o Fistulotomía
- 2.2.24.9.27. Gastrectomía Parcial
- 2.2.24.9.28. Gastroduodenostomía - Gastroyeyunostomía
- 2.2.24.9.29. Gastrorrafia
- 2.2.24.9.30. Gastrotomía, Exploración Extracción de Cuerpo Extraño
- 2.2.24.9.31. Hemorroidectomía con o sin Fisura Anal
- 2.2.24.9.32. Hepatectomía Parcial. Escisión Radical Lesión de Hígado
- 2.2.24.9.33. Hepatostomía. Marsupialización de Quistes
- 2.2.24.9.34. Herniorrafia Crural
- 2.2.24.9.35. Herniorrafia Inguinal
- 2.2.24.9.36. Herniorrafia Umbilical
- 2.2.24.9.37. Incisión Drenaje de Absceso Perianal
- 2.2.24.9.38. Incisión y Drenaje o Extracción de Cuerpo Extraño de Pared Abdominal
- 2.2.24.9.39. Laparotomía Exploradora
- 2.2.24.9.40. Omentectomía
- 2.2.24.9.41. Pancreatectomía Parcial
- 2.2.24.9.42. Píloromiotomía - Píloroplastia
- 2.2.24.9.43. Plicatura de Intestino delgado
- 2.2.24.9.44. Proctopexia
- 2.2.24.9.45. Proctorrafia
- 2.2.24.9.46. Punción Peritoneal Evacuadora o Diagnostica (Peritoneocentesis)
- 2.2.24.9.47. Rectomiectomía
- 2.2.24.9.48. Rectotomía Sigmoidotomía
- 2.2.24.9.49. Reducción de Hernia Atascada
- 2.2.24.9.50. Resección Intestinal de yeyuno o íleon
- 2.2.24.9.51. Sigmoidectomía
- 2.2.24.9.52. Sutura de Hígado por Traumatismo, Herida o desgarro
- 2.2.24.9.53. Sutura de Páncreas (Herida, Traumatismo)
- 2.2.24.9.54. Sutura de Pared Abdominal (Herida, Traumatismo)
- 2.2.24.9.55. Sutura de Pared Abdominal por Evisceración
- 2.2.24.9.56. Tratamiento de Las Hemorroides con Ligadura Elástica
- 2.2.24.9.57. Tratamiento Esclerosante en Hemorroides
- 2.2.24.9.58. Tratamiento Quirúrgico de la Hernia Inguinal por Videolaparoscopia
- 2.2.24.9.59. Tratamiento Quirúrgico de la Peritonitis Colónica
- 2.2.24.9.60. Tratamiento Quirúrgico de la Peritonitis de Origen Apendicular
- 2.2.24.9.61. Tratamiento Quirúrgico de la Peritonitis de Origen Apendicular por Videolaparoscopia

- 2.2.24.9.62. Tratamiento Quirúrgico de Peritonitis Biliar
- 2.2.24.9.63. Tratamiento Quirúrgico del Prolapso Rectal
- 2.2.24.9.64. Tratamiento Quirúrgico del Vólvulo Intestinal
- 2.2.24.9.65. Tratamiento Quirúrgico del Quiste Pilonidal
- 2.2.24.9.66. Trombectomía Hemorroidaria
- 2.2.24.9.67. Videolaparoscopia Exploradora

2.2.24.10. UROLOGÍA: CIRUGÍAS

- 2.2.24.10.1. Adenomectomía Prostática Suprapúbica
- 2.2.24.10.2. Amputación Parcial o Total de Pene
- 2.2.24.10.3. Biopsia de Testículo
- 2.2.24.10.4. Biopsia de Cordón uni o bilateral
- 2.2.24.10.5. Biopsia de Epidídimo
- 2.2.24.10.6. Biopsia de Pene
- 2.2.24.10.7. Biopsia Escrotal
- 2.2.24.10.8. Biopsia Prostática
- 2.2.24.10.9. Biopsia Renal a Cielo Abierto
- 2.2.24.10.10. Biopsia Uretral a Cielo Abierto
- 2.2.24.10.11. Biopsia Vesical
- 2.2.24.10.12. Circuncisión (no electiva)
- 2.2.24.10.13. Cirugía de Litiasis Coraliforme
- 2.2.24.10.14. Drenaje de Absceso Escrotal
- 2.2.24.10.15. Drenaje de Colección Prostática
- 2.2.24.10.16. Drenaje Perirrenal Abierto
- 2.2.24.10.17. Epididimectomía
- 2.2.24.10.18. Escisión de Lesión de Pene
- 2.2.24.10.19. Escisión de Lesión Local de Testículo
- 2.2.24.10.20. Estrechez Uretral a Cielo Abierto
- 2.2.24.10.21. Incisión Dorsal o Lateral Prepucio. Frenulotomía
- 2.2.24.10.22. Incontinencia de Orina en la Mujer por Vía Vaginal
- 2.2.24.10.23. Instilación Vesical
- 2.2.24.10.24. Litotricia extracorpórea (no incluye uso de equipo)
- 2.2.24.10.25. Lumbotomía Exploradora
- 2.2.24.10.26. Nefrectomía Parcial
- 2.2.24.10.27. Nefrectomía Radical
- 2.2.24.10.28. Nefrectomía Radical con Trombectomía Cava
- 2.2.24.10.29. Nefrectomía Simple
- 2.2.24.10.30. Nefropexia
- 2.2.24.10.31. Nefrostomía Quirúrgica
- 2.2.24.10.32. Nefroureterectomía con Cistectomía Parcial
- 2.2.24.10.33. Orquidectomía
- 2.2.24.10.34. Orquidectomía Unilateral Completa con Linfadenectomía
- 2.2.24.10.35. Orquidopexia con Testículo Escrotal
- 2.2.24.10.36. Orquidopexia con Testículo Inguinal
- 2.2.24.10.37. Prostatectomía Radical
- 2.2.24.10.38. Punción de Cuerpos Cavernosos
- 2.2.24.10.39. Punción de Quiste Renal
- 2.2.24.10.40. Punción derrame Escrotal
- 2.2.24.10.41. Punción Evacuadora Vesical
- 2.2.24.10.42. Quistectomía Renal Abierta
- 2.2.24.10.43. Reducción Manual de Parafimosis, decalotamiento
- 2.2.24.10.44. Resección Endoscópica Transuretral de Próstata (R.T.U.) (Incluye Cistoscopia)
- 2.2.24.10.45. Resección (Transvesical) de cuello vesical
- 2.2.24.10.46. Resección de esclerosis de cuerpos cavernosos
- 2.2.24.10.47. Sondaje Vesical

- 2.2.24.10.48. Sutura Vesical
- 2.2.24.10.49. Talla por Punción
- 2.2.24.10.50. Tratamiento Quirúrgico de Hidrocele
- 2.2.24.10.51. Tratamiento Quirúrgico de Quiste de Cordón
- 2.2.24.10.52. Tratamiento Quirúrgico de Quiste de Epidídimo
- 2.2.24.10.53. Tratamiento Quirúrgico de Torsión Testicular
- 2.2.24.10.54. Tratamiento Quirúrgico de Varicocele (No Relacionado a Infertilidad)
- 2.2.24.10.55. Ureterotomía
- 2.2.24.10.56. Uretrorrafia por desgarro, Herida, Etc.
- 2.2.24.10.57. Uretrotomía Externa por Calculo o Cuerpo Extraño
- 2.2.24.10.58. Vesiculectomía uni o bilateral

2.2.24.11. GINECOOBSTETRICA: CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS

- 2.2.24.11.1. Biopsia de Cuello Uterino
- 2.2.24.11.2. Biopsia Vulvo-Vaginal
- 2.2.24.11.3. Cesárea
- 2.2.24.11.4. Cesárea más Histerectomía
- 2.2.24.11.5. Colporrafia Anterior y Posterior
- 2.2.24.11.6. Colporrafia Anteroposterior Mas Amputación de Cuello
- 2.2.24.11.7. Colporrafia Posterior con Perineorrafia
- 2.2.24.11.8. Conización o Amputación de Cuello
- 2.2.24.11.9. Conizacion por Leep
- 2.2.24.11.10. Colpopexia
- 2.2.24.11.11. Corrección de la Incontinencia de la Orina de Esfuerzo
- 2.2.24.11.12. Electrocoagulación de Cuello Uterino. Crioterapia
- 2.2.24.11.13. Episiorperineorrafia (Fuera del Parto)
- 2.2.24.11.14. Escisión Local de Lesión de Cuello Uterino más Legrado Endocervical
- 2.2.24.11.15. Escisión Local de Lesión Vaginal
- 2.2.24.11.16. Evacuación Uterina Segundo Trimestre del Embarazo con Mecanismo de Parto
- 2.2.24.11.17. Exéresis de Quiste Vaginal
- 2.2.24.11.18. Extirpación de Ovario - Ooforectomía
- 2.2.24.11.19. Himenotomía. Incisión y Drenaje de Vulva, Glándula de Bartholino, Skene. Bartholinitis
- 2.2.24.11.20. Histerectomía Parcial o Sub-Total
- 2.2.24.11.21. Histerectomía Total
- 2.2.24.11.22. Histerorrafia: Sutura Ruptura Uterina Intraparto
- 2.2.24.11.23. Histeroscopia Diagnóstica y Terapéutica
- 2.2.24.11.24. Legrado Evacuador. Raspado Uterino Terapéutico
- 2.2.24.11.25. Legrado Uterino Diagnostico con o Sin Biopsia Cuello
- 2.2.24.11.26. Marsupialización. Escisión Labios Mayores, Menores, Glándula de Bartholino, Glándula de Skene
- 2.2.24.11.27. Miomectomía Uterina
- 2.2.24.11.28. Ooforectomía Parcial o Total Por Videolaparoscopia
- 2.2.24.11.29. Parto
- 2.2.24.11.30. Salpingectomía (Embarazo Ectópico) Salpingo-Ooforectomía
- 2.2.24.11.31. Tratamiento Quirúrgico del Quiste Ovario Complicado
- 2.2.24.11.32. Vulvectomía Radical Más Linfadenectomía

2.2.24.12. TRAUMATOLOGÍA: CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS

- 2.2.24.12.1. Amputaciones de Miembros (de origen traumático)
- 2.2.24.12.2. Artroplastia de cadera (no incluye prótesis)
- 2.2.24.12.3. Artroscopia de Rodilla (meniscos): Diagnóstica y Terapéutica
- 2.2.24.12.4. Artroscopia de Hombro: cuerpo extraño y lavado
- 2.2.24.12.5. Artrotomías (Exploración, Drenaje, Cuerpos Extraños)
- 2.2.24.12.6. Cirugías de Fracturas - Osteosíntesis (No Incluye Material de Osteosíntesis)
- 2.2.24.12.7. Enyesados
- 2.2.24.12.8. Incisiones de los Huesos (Exploración, Drenaje, Extracción Cuerpo Extraño)

- 2.2.24.12.9. Infiltraciones
- 2.2.24.12.10. Luxación: Tratamiento Cruento (Reducción Quirúrgica)
- 2.2.24.12.11. Luxación: Tratamiento Incruento
- 2.2.24.12.12. Manipulación de Fracturas no Quirúrgicas con desplazamiento
- 2.2.24.12.13. Operaciones en Tendones, Vainas Tendinosas y Fascia
- 2.2.24.12.14. Sutura Cápsulas o Ligamentos Articulares y Operaciones en Bolsas Serosas
- 2.2.24.12.15. Tratamiento Incruento de Fracturas sin desplazamiento

2.2.24.13. PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS

- 2.2.24.13.1. Crioterapia de Lesiones Benignas
- 2.2.24.13.2. Cirugía de Radiofrecuencia: Lesiones Benignas
- 2.2.24.13.3. Curetaje de Mollusco Contagioso
- 2.2.24.13.4. Electrocoagulación de Lesiones Benignas
- 2.2.24.13.5. Epitelioma: Extirpación por Cierre Directo
- 2.2.24.13.6. Escisión de Quistes Epidérmicos y Sebáceos
- 2.2.24.13.7. Escisión de Uña Lecho o Repliegue Ungueal
- 2.2.24.13.8. Escisión Local de Lesión de Piel o Glándula (Quiste Sebáceo, Nevus, Tumores Benignos)
- 2.2.24.13.9. Escisión Tumor Tejido Celular Subcutáneo: Lipoma
- 2.2.24.13.10. Extirpación de Cuerpo Extraño Subcutáneo (Anestesia General)
- 2.2.24.13.11. Extirpación de Cuerpo Extraño Subcutáneo (Anestesia Local)
- 2.2.24.13.12. Extirpación de Tumor de Partes Blandas
- 2.2.24.13.13. Incisión y Drenaje de Absceso Profundo
- 2.2.24.13.14. Incisión y Drenaje de Absceso Superficial
- 2.2.24.13.15. Rasurado de acrocordones : molluscos, nevus, etc.
- 2.2.24.13.16. Sutura Heridas Complejas Cara, Mano, Genitales
- 2.2.24.13.17. Sutura Heridas Simples
- 2.2.24.13.18. Sutures Múltiples Simples con Anestesia General
- 2.2.24.13.19. Sutures Múltiples Simples con Anestesia Local
- 2.2.24.13.20. Toma de Biopsia con Punch
- 2.2.24.13.21. Toma de Biopsia por Escisión o Extirpación
- 2.2.24.13.22. Toma de Biopsia por Incisión y Sutura
- 2.2.24.13.23. Tratamiento Quirúrgico de Heridas Complejas en Cara O Miembros

2.2.24.14. HEMATOLOGÍA - HEMOTERAPIA

- 2.2.24.14.1. Asistencia Operatoria
- 2.2.24.14.2. Biopsia de Medula Ósea (Obtención de Material)
- 2.2.24.14.3. Punción Ganglio (Examen Citológico)
- 2.2.24.14.4. Punción Medula Ósea (Examen Citológico)
- 2.2.24.14.5. Transfusión Plaquetas
- 2.2.24.14.6. Transfusión por Glóbulos Rojos Lavados
- 2.2.24.14.7. Transfusión Unidad de Plasma
- 2.2.24.14.8. Transfusión Unidad de Sangre

2.2.24.15. GASTROENTEROLOGÍA: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

- 2.2.24.15.1. Extracción de Cuerpo Extraño en el Tubo Digestivo
- 2.2.24.15.2. Polipectomía Alta
- 2.2.24.15.3. Polipectomía Baja
- 2.2.24.15.4. Esfinterotomía o Papilotomía endoscópica para extracción de litiasis
- 2.2.24.15.5. Esclerosis de Lesión sangrante o Varices esofágicas por sesión
- 2.2.24.15.6. Colocación de Gastrostomía Percutánea (PEG) – no incluye recambio de botón – no incluye kit

2.2.25. Enfermedades preexistentes, tendrán cobertura según contrato las siguientes cirugías derivadas de diagnósticos preexistentes a la firma del contrato, siendo este detalle meramente enunciativo y no limitativo:

- 2.2.25.1. Hernias inguinales y umbilicales
- 2.2.25.2. Hipertrofia Prostática
- 2.2.25.3. Várices de miembros
- 2.2.25.4. Catarata

- 2.2.25.5. Glaucoma
- 2.2.25.6. Hipertrofia de Amígdalas y Adenoides (no incluye Uvulopalatoplastia, cirugía de ronquido)
- 2.2.25.7. Litiasis vesicular
- 2.2.25.8. Litiasis renal, cirugías convencionales
- 2.2.25.9. Miomas
- 2.2.25.10. Colporrafia anterior y posterior
- 2.2.25.11. Quiste de ovario
- 2.2.25.12. Bartholinitis

2.2.26. Es facultad única y exclusiva de la Empresa, otorgar cobertura según contrato, para las cirugías derivadas de diagnósticos preexistentes, no detallados dentro de este punto 2.2.25.

2.2.27. Medicamentos y descartables utilizados en procedimientos ambulatorios realizados en quirófano, en los sanatorios del Grupo San Roque, hasta Gs. 1.250.000 (Guaraníes un millón doscientos cincuenta mil).

2.2.28. Los honorarios médicos para procedimientos quirúrgicos realizados por la técnica percutánea, láser y/o videolaparoscópica, no contemplados taxativamente en el PUNTO 2.2.22 y su detalle; serán beneficiados con cobertura parcial; cubriendo ASISMED hasta el valor correspondiente a la técnica convencional (abierta) y quedando la diferencia a cargo del paciente.

2.3. INTERNACIONES

2.3.1. Cada Beneficiario tiene derecho a Cobertura total, en internaciones clínicas y/o quirúrgicas, hasta el alta hospitalaria emitida por el médico tratante, de acuerdo al siguiente detalle:

2.3.2. Las internaciones se realizarán, principalmente en los Sanatorios del Grupo San Roque, en habitaciones individuales semi-suite, que cuentan con: teléfono, aire acondicionado, TV color con sistema de cable, cama para el acompañante y baño privado. Incluye además, alimentación oral del paciente según lo indicado por su médico tratante o especialista, servicio de enfermería y médicos de guardia del sanatorio.

2.3.3. Si el Beneficiario/paciente requiere por su condición, internación en la Unidad de Terapia Intensiva adultos pediátrica y adultos tiene derecho a Cobertura total por un máximo de 40 días por año de Contrato, que incluyen, la unidad cama y todos los equipos necesarios por caso clínico (monitor de signos vitales, bomba de infusión, desfibrilador, saturómetro, respirador y electrocardiógrafo, etc), honorarios del Médico Terapeuta coordinador con convenio, alimentación oral del paciente según lo indicado por su médico tratante o especialista, médico y enfermera de guardia de la Unidad, estudios según anexos.

2.3.3.1. Unidad de Terapia Intensiva del Grupo San Roque:

2.3.3.1.1. Sanatorio San Roque: adultos

2.3.3.1.2. Sanatorio Santa Julia: adultos

2.3.3.1.3. Sanatorio La Costa: adultos; niños y neonatal

2.3.3.1.4. Hospital Universitario San Lorenzo (HUSL): adultos

2.3.4. 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.

2.3.5. En el supuesto que el Sanatorio no disponga de habitaciones libres, o que el médico tratante precisare que la internación sea en otro Centro, se procederá a la derivación del Beneficiario/paciente previa autorización de la Empresa, a otro Centro en convenio (ver Guía de Profesionales).

2.3.6. Serán parte de la cobertura, los estudios diagnósticos según se detallan en anexo correspondiente. Sólo se reconocerá cobertura, cuando los estudios sean realizados por prestadores en convenio.

2.3.7. 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 su presupuesto y posterior Cobertura conforme al Plan contratado.

2.3.8. Uso de equipos: Cobertura total, en los Sanatorios del Grupo San Roque:

2.3.8.1. Arco en C

2.3.8.2. Artroscopio

2.3.8.3. Carpa de oxígeno

2.3.8.4. Colchón aire-agua

2.3.8.5. Electrocardiógrafo

2.3.8.6. Ecógrafo

2.3.8.7. Equipo de Ligasure

- 2.3.8.8. Equipo Shaver en Artroscopias
- 2.3.8.9. Facoemulsificador
- 2.3.8.10. Fuente para cirugía (equipo) R.T.U.
- 2.3.8.11. Goteo electrónico
- 2.3.8.12. Incubadora
- 2.3.8.13. Luminoterapia convencional
- 2.3.8.14. Microscopio
- 2.3.8.15. Monitor en quirófano
- 2.3.8.16. Monitor en sala
- 2.3.8.17. Monitor fetal
- 2.3.8.18. Saturómetro
- 2.3.8.19. Videoendoscopio
- 2.3.8.20. Videolaparoscopio
- 2.3.9. Medicamentos (incluye oxígeno y gases anestésicos) y descartables en internación sea ésta clínica y/o quirúrgica: hasta Gs. 3.500.000 (Guaraníes Tres millones quinientos mil) por evento, en los sanatorios con convenio (ver guía de prestadores).
- 2.3.10. Derechos operatorios cirugías convencionales, videoendoscópicas, videolaparoscópicas y artroscópicas: en los Sanatorios del Grupo San Roque.
- 2.3.11. Derechos operatorios e internaciones, cobertura total en los Sanatorios del Grupo San Roque por:
 - 2.3.11.1. Neurocirugía
 - 2.3.11.2. Cardiocirugía
 - 2.3.11.3. Cirugía Plástica Reparadora
 - 2.3.11.4. Cirugía Odontológica
 - 2.3.11.5. Cirugía Torácica
- 2.3.10. 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.
- 2.3.18. Recargos por análisis de laboratorio realizados fuera de horario y traslados de equipos de radiología, serán cubiertos por la Empresa.
- 2.3.19. Análisis de laboratorio a domicilio, sin recargo con previo agendamiento (prestador en convenio Laboratorio San Roque).
- 2.3.20. Cobertura total de traslado a domicilio dentro de Asunción en ambulancia, para pacientes internados en los Sanatorios del Grupo San Roque, que al momento del alta sanatorial cuenten con indicación escrita de su médico tratante, a través del Servicio de T.B.R. (Traslado Bajo Riesgo) - ASISMED.

2.4. MATERNIDAD (no incluye eventos derivados de tratamientos de fertilidad)

- 2.4.1. La cobertura total contempla:
 - 2.4.1.1. Honorarios de profesionales médicos en convenio (Nivel Cob. Total), incluyendo analgesia en parto. Profesionales Nivel Copago, Asismed cubre parcialmente los honorarios.
 - 2.4.1.1.1. Honorarios del Obstetra.
 - 2.4.1.1.2. Honorarios de ayudantes, en caso de cesárea.
 - 2.4.1.1.3. Honorarios del Transfusionista.
 - 2.4.1.1.4. Honorarios del Pediatra.
 - 2.4.1.1.5. Honorarios del Anestesiista, en parto normal y cesárea.
 - 2.4.1.1.6. Internación de la madre, según lo determine el médico tratante.
 - 2.4.1.1.7. Internación del recién nacido (Nursery), según lo determine el médico tratante.
 - 2.4.1.1.8. Cuna térmica, luminoterapia convencional, incubadora simple y de transporte, y carpa de oxígeno, hasta 40 días.
 - 2.4.1.1.9. Medicamentos y materiales descartables, cobertura total, en eventos sin complicaciones. No incluye leche maternizada, pañales, biberón, chupete y todo artículo no considerado material clínico/quirúrgico.
 - 2.4.1.1.10. Derecho a Sala de Partos o Quirófano.
 - 2.4.1.1.11. 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 diagnósticos y/o cualquier otro servicio contemplado en el Plan con sus coberturas y limitaciones, tanto para la madre como el recién nacido.

2.4.1.12. 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.

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

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

2.5. URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS EN SANATORIO

2.5.1. Los Sanatorios del Grupo San Roque, dispone 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).

2.5.1.4. Gineco-obstetricia (Exclusivamente en La Costa)

2.5.1.5. Laboratorio

2.5.1.6. Radiología

2.5.2. Las consultas y los procedimientos realizados por el médico de guardia que a continuación se detallan, serán de cobertura total:

2.5.2.1. Suturas

2.5.2.2. Curaciones

2.5.2.3. Drenajes de abscesos, hematomas, etc.

2.5.2.4. Extracción de uña encarnada

2.5.2.5. Extracción de cuerpo extraño

2.5.2.6. Enyesados simples

2.5.2.7. Taponamiento nasal

2.5.2.8. Descubierta venosa

2.5.2.9. Sondaje vesical

2.5.2.10. Lavado gástrico (por intoxicaciones medicamentosas involuntarias) Se cubren honorarios médicos del médico de guardia, uso de sala, medicamentos y descartables utilizados durante el procedimiento (según el punto 2.5.3) e internación en caso de necesidad.

2.5.2.11. Interconsulta con especialistas con convenio, tendrán cobertura cuando sean solicitadas por el médico de guardia.

2.5.3. Medicamentos y descartables para procedimientos realizados en el servicio de urgencias por el médico de guardia o interconsultor:

2.5.3.1. Cobertura Total en los Sanatorios del Grupo San Roque.

2.5.3.2. En otros sanatorios en convenio: cobertura hasta Gs. 400.000 (Garaníes cuatrocientos mil).

2.5.3.3. No incluye antibióticos, ni medicamentos de receta ambulatoria aun cuando estos fueran indicados por el médico de guardia o especialista convocado por el médico de guardia.

2.5.4. 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.

2.5.5. Los estudios diagnósticos derivados de la urgencia, realizados por prestadores en convenio, serán de cobertura total y no se cobrarán recargos por fuera de horario:

2.5.5.1. Análisis laboratoriales

2.5.5.2. Electrocardiograma

2.5.5.3. Radiología simple

2.5.6. Procedimientos de enfermería, complementarios a la consulta con el médico de guardia:

2.5.6.1. Aplicación de inyectables. No incluye antibióticos.

2.5.6.2. Enema evacuador, con medicamento.

2.5.6.3. Nebulizaciones, con medicamentos.

2.5.6.4. Toma de Presión Arterial.

2.5.7. En aquellos casos de extrema urgencia los Beneficiarios podrán concurrir a los Centros en convenio (no incluye UTI). Si la urgencia deriva en una internación, se deberá comunicar antes de las 02 (dos) horas siguientes al ingreso, al **021-288-7000**, con el fin de disponer su eventual traslado a los Sanatorios del Grupo San Roque, si las condiciones lo permiten. 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 (**021-248-9990**).

2.5.8. El servicio de ambulancias para traslados en Asunción y Gran Asunción, será de Cobertura total, cuando las condiciones del paciente así lo ameriten. Área de cobertura: Asunción, Gran Asunción (Fernando de la Mora, Luque, San Lorenzo, Ñemby, Lambaré, Villa Elisa, Mariano R. Alonso).

2.6. URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CONSULTAS DOMICILIARIAS

2.6.1. La atención domiciliar se realizará a través de "SASA", debiendo presentar el Beneficiario/paciente su Tarjeta/Credencial de Identificación y 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:

2.6.1.1. Atención de urgencia y/o emergencias, Cobertura total.

2.6.1.2. Traslados al Sanatorio derivados de la urgencia y/o emergencia, Cobertura total.

2.6.1.3. Electrocardiograma a domicilio, Cobertura total.

2.6.1.4. Medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia, Cobertura total.

2.6.1.5. Consulta médica a domicilio, cobertura total.

2.6.2. Las atenciones de enfermería en domicilio, para tratamientos (colocación de inyectables, nebulizaciones), no derivadas de la atención en urgencias y/o emergencias, serán de cargo del beneficiario con una arancel preferencial.

2.6.3. La zona de cobertura de este servicio está limitada a Asunción y Gran Asunción (Fernando de Mora, Luque, San Lorenzo, Ñemby, Lambaré, Villa Elisa y Mariano R. Alonso).

2.7. ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

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

2.7.1.1. Nombre del paciente

2.7.1.2. Número de beneficiario

2.7.1.3. Diagnóstico presunto

2.7.1.4. Procedimiento a realizar

2.7.1.5. Información del prestador habilitado: excluyente

2.7.1.5.1. Firma y sello del profesional

2.7.1.5.2. Fecha de atención

2.7.1.6. Las órdenes de estudios tendrán una validez de 30 (treinta) días a partir de la fecha de expedición por parte del médico tratante en convenio. No tendrán cobertura, estudios que fueron agregados a la orden médica original.

2.7.2. Laboratorios del Grupo San Roque ofrecen atención permanente las 24 horas, Laboratorio San Roque Villa Morra, no siendo necesaria la visación de la orden expedida por el médico tratante en convenio para la emisión de la cobertura. El servicio incluye atención de urgencias 24 horas y toma de muestras en domicilio, sin recargo (previo agendamiento, Laboratorio San Roque, 248-9000). Otros laboratorios en convenio requieren de previa visación y emisión de la cobertura de conformidad con la orden médica. Se adjunta en el anexo I los estudios con cobertura total.

2.7.3. Radiología simple, ecografías, tomografías y estudios videoendoscópicos, atención las 24 horas y sin recargos, en los Centros de Diagnóstico del Grupo San Roque. Las órdenes emitidas por el médico tratante en convenio para estos estudios no necesitan visación previa. Se adjunta detalle de los estudios con cobertura total. Traslado de equipos en internación, cobertura total. Otros centros en convenio requieren de previa visación de la orden médica.

2.7.3.1. Estudios de videoendoscopia incluyendo uso de sala de procedimientos, uso de equipos e internación en caso necesario, se realizará en el Sanatorio La Costa. Cobertura total, Centro Diagnóstico San Roque, previa visación de la orden médica.

2.7.3.2. Estudios Diagnósticos Especializados: se adjunta detalle de Estudios con Cobertura total. Las órdenes emitidas por el médico tratante en convenio y que no se realizarán en el Centro Médico La Costa, deberán ser visadas previamente en las oficinas de la Empresa. 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.

2.7.3.3. Resonancia Nuclear Magnética: Centro Médico La Costa.

2.7.3.4. Ecografías Medicina Interna, se adjunta detalle de Estudios con Cobertura total. Las órdenes emitidas por el médico tratante en convenio, no necesitan visación previa cuando sean realizadas en el Centro Médico La Costa.

2.7.3.5. Estudios Obstétricos: Ecografías, Perfil Biofísico y Monitoreo Fetal. Las órdenes emitidas por el médico tratante en convenio, no necesitan visación previa cuando sean realizadas en el Centro Médico La Costa.

2.7.4. Honorarios de Anestesiólogo en estudios diagnósticos, a solicitud escrita y justificada del médico tratante en convenio, cobertura total.

2.7.5. Medicamentos, contrastes y descartables en estudios de diagnósticos, Cobertura de hasta Gs. 350.000 (guaraníes trescientos cincuenta mil)

2.8. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS DE FISIOTERAPIA

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

2.8.1.1. Nombre del paciente

2.8.1.2. Número de beneficiario

2.8.1.3. Diagnóstico presunto

2.8.1.4. Procedimiento a realizar

2.8.1.5. Información del prestador habilitado: excluyente

2.8.1.5.1. Firma y sello del profesional

2.8.1.5.2. Fecha de atención

2.8.1.6. Las órdenes de estudios tendrán una validez de 30 (treinta) días a partir de la fecha de expedición por parte del médico tratante en convenio. No tendrán cobertura, estudios que fueron agregados a la orden médica original.

2.8.2. Los tratamientos ambulatorios por lesiones traumáticas: Cobertura total e ilimitada con prestadores en convenio:

2.8.2.1. Ondas cortas

2.8.2.2. Ultrasonido

2.8.2.3. Infrarrojo

2.8.2.4. Tracción Cervical

2.8.2.5. Fomentaciones

2.8.2.6. Tens

2.8.3. Tratamientos de fisioterapia derivadas de lesiones NO traumáticas hasta 20 sesiones por evento para cada beneficiario por año contrato.

2.8.4. Hidroterapia: con prestadores designados por ASISMED hasta 5 sesiones por año/cto para cada beneficiario.

2.8.5. Tratamientos de fisioterapia respiratoria (ambulatorio): con prestadores designados por ASISMED hasta 10 sesiones por año/cto para cada beneficiario.

2.8.5. Las órdenes emitidas por el médico tratante en convenio deberán ser visadas previamente.

2.8.6. Tratamientos de Fisioterapia para pacientes internados en los sanatorios del Grupo San Roque (post quirúrgicos y/o respiratorios): se cubrirán hasta 10 sesiones por evento para cada beneficiario por año contrato.

2.9. CIRUGÍAS CON ARANCEL PREFERENCIAL:

2.9.1. Honorarios Médicos con 50% de cobertura con un tope máximo de G. 3.000.000 (tres millones de guaraníes) por evento, con prestadores en convenio.

2.9.1.1. Cirugía Cardíaca

2.9.1.2. Cirugía Neurológica

- 2.9.1.3. Cirugía de Retina y Vítreo (con o sin láser)
- 2.9.1.4. Cirugía Torácica
- 2.9.2. Unidad cama cobertura total en los sanatorios del Grupo San Roque
- 2.9.3. Derecho operatorio cobertura total en los sanatorios del Grupo San Roque

2.10. DE LOS SERVICIOS EN EL INTERIOR DEL PAÍS

2.10.1. Para los beneficiarios titulares, incluyendo su grupo familiar, conforme se detalla en el anexo correspondiente, y que por motivos circunstanciales viajen al interior del país, ASISMED, cuenta con convenios en centros detallados en la guía de prestadores y donde se hace extensiva la cobertura de acuerdo al detalle del presente contrato. Las ciudades son las siguientes:

- 2.10.1.1. Caacupé
- 2.10.1.2. Caaguazú
- 2.10.1.3. Campo 9
- 2.10.1.4. Ciudad del Este
- 2.10.1.5. Concepción
- 2.10.1.6. Coronel Bogado
- 2.10.1.7. Coronel Oviedo
- 2.10.1.8. Encarnación
- 2.10.1.9. Eusebio Ayala
- 2.10.1.10. Fernando De La Mora
- 2.10.1.11. Hohenau
- 2.10.1.12. Itacurubí de la Cordillera
- 2.10.1.13. Luque
- 2.10.1.14. Pedro Juan Caballero
- 2.10.1.15. Pilar
- 2.10.1.16. San Ignacio Misiones
- 2.10.1.17. San Juan Bautista Misiones
- 2.10.1.18. San Lorenzo
- 2.10.1.19. Santa Rita
- 2.10.1.20. Villarrica

2.11. ARANCEL DIFERENCIADO

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

- 2.11.1.1. Análisis de Laboratorio Especializados, no incluidos en anexo 1.
- 2.11.1.2. Estudios Diagnósticos Especializados, no incluidos en anexo 3.
- 2.11.1.3. Ecografías, no incluidas en anexo 4.
- 2.11.1.4. Cirugías y Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos en las especialidades de Neurocirugía, Cardiovascular, Endocrinología, Cirugía Torácica, Máxilo-Facial. Microcirugías, implantes, trasplantes, plásticos y otras cirugías y procedimientos no contemplados en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado.
- 2.11.1.5. Anatomía Patológica: Biopsias extemporáneas y estudios de Biología Molecular.
- 2.11.1.6. Radioterapia y Quimioterapia.
- 2.11.1.7. Procedimientos Terapéuticos por Litotripsia, Rayos Láser, Hemodinamia Intervencionista.
- 2.11.1.8. Estudios Diagnósticos y Tratamientos con Cobertura total que excedan los topes estipulados.
- 2.11.1.9. Enfermedades neoplásicas, después del primer acto quirúrgico.
- 2.11.1.10. Patologías quirúrgicas asociadas al recién nacido pre-termino.
- 2.11.1.11. Tratamientos de Fisioterapia en Sanatorio y/o domicilio. Hidroterapia.
- 2.11.1.12. Internaciones clínico-quirúrgicas en las especialidades de Neurocirugía, Vascular Periférica, Endocrinología, Cirugía Torácica, Máxilo Facial.
- 2.11.1.13. Enfermedades crónicas, y/o estado de gravedad de el/la beneficiario/a y/o su adherente, pre-existent a su incorporación al plan contratado. Malformaciones congénitas y alteraciones genéticas.
- 2.11.1.14. Internación en la Unidad de Terapia Intensiva, con el detalle estipulado en la Cobertura, cuando ésta exceda los 30 días por año de Contrato por Beneficiario.

- 2.11.1.15. Terapias de sustitución renal.
- 2.11.1.16. Tratamientos de Odontología, Fonoaudiología, Foniatría y Psicología.
- 2.11.1.17. Honorarios Médicos en la especialidad de Psiquiatría, después de la décima consulta en consultorio.
- 2.11.1.18. Gastos relacionados y derivados de Tratamientos por Obesidad Mórbida incluyendo Cirugía bariátrica
- 2.11.1.19. Tratamientos y Cirugías Electivas y Paliativas.
- 2.11.1.20. Soporte nutricional especializado (enteral y/o parenteral).
- 2.11.1.21. Embarazos y partos consecuentes o producto de los tratamientos de fertilización asistida, incluyendo: los estudios de diagnósticos, como por ejemplo: Ecografía, estudios de salud fetal, análisis de laboratorio, etc., así como el tratamiento de el/los recién nacido/s en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- 2.11.1.22. Quemaduras cuando excedan el 25% de la superficie corporal.
- 2.11.1.23. Honorarios y gastos derivados de Trasplantes (donante/receptor).
- 2.11.1.24. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación en competencias o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole.
- 2.11.1.25. Maternidad incluyendo honorarios médicos, los estudios de diagnósticos, como por ejemplo: Ecografías, estudios de salud fetal, análisis de laboratorio, etc., así como el tratamiento de el/los recién nacido/s en la unidad de cuidados intensivos neonatales; para quien no sea Beneficiaria Titular o cónyuge del Beneficiario Titular.
- 2.11.1.26. Internación psiquiátrica y/o psicológica.
- 2.11.1.27. Pruebas relacionadas con Genética (Ej. Prueba de paternidad).

2.12. ODONTOLOGÍA: PRESTADOR EN CONVENIO ODONTOLOGÍA 3 y su red de prestadores (Para titulares domiciliados en Asunción y Gran Asunción), Cobertura total en los siguientes tratamientos:

2.12.1. ODONTOLOGÍA GENERAL

- 2.12.1.1. Consultas
- 2.12.1.2. Extracciones simples
- 2.12.1.3. Tratamiento y obturación de caries con amalgama, silicato y/o luz halógena
- 2.12.1.4. Exámenes rutinarios de cavidad bucal
- 2.12.1.5. Tratamiento de conducto

2.12.2. ODONTOCIRUGÍA

- 2.12.2.1. Extracción de restos radiculares en dientes de erupción normal
- 2.12.2.2. Extracción de dientes, con excepción de tercer molar

2.12.3. PERIODONCIA

- 2.12.3.1. Profilaxis bucodentaria completa
- 2.12.3.2. Remoción de sarro supra y sub-gingival, con ultrasonido
- 2.12.3.3. Pulimento de restauraciones
- 2.12.3.4. Sesiones de endino de fisioterapia bucal

2.12.4. ODONTOPEDIATRÍA

- 2.12.4.1. Aplicación de flúor
- 2.12.4.2. Extracción de dientes temporarios y permanentes
- 2.12.4.3. Tratamiento y obturación de caries simples

2.12.5. RADIOLOGÍA

- 2.12.5.1. Radiografías dentales

2.12.6. OTROS TRATAMIENTOS: Arancel Diferenciado

- 2.12.6.1. Cirugía Dental 60% descuento
- 2.12.6.2. Operatoria Dental 60% descuento
- 2.12.6.3. Prótesis 60% descuento + material
- 2.12.6.4. Endodoncia 60% descuento
- 2.12.6.5. Ortodoncia 60% descuento
- 2.12.6.6. Ortopedia 60% descuento
- 2.12.6.7. Odontopediatría 60% descuento

3. DE LAS LIMITACIONES EN LA COBERTURA

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

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

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

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

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

3.1.1.4. Estados de enajenamiento mental.

3.1.1.5. Alcoholismo crónico.

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

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

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

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

3.1.1.10. Pacientes con Serología positiva para H.I.V., Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades infecto-contagiosas (E.T.S.) incluyendo todo gasto que ocasione el diagnóstico y tratamiento de dichas patologías.

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

3.1.1.12. Tratamientos de esterilidad, fertilidad y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación de D.I.U. (dispositivo intrauterino).

3.1.1.13. Servicios que debido a extrema urgencia sean utilizados por los beneficiarios en centros hospitalarios que no tengan celebrado convenio con la Empresa; y no sean comunicados a la Empresa para su eventual traslado, dentro de las 24 horas siguientes al ingreso.

3.1.1.14. Trasplante de órganos.

3.1.2. Materiales, instrumentales, dispositivos, insumos y/o medicamentos y descartables no considerados en la cobertura y/o que excedan los topes consignados en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado:

3.1.2.1. Todo material no recuperable que se utilice para tratamientos clínico/quirúrgicos, incluyendo los utilizados en procedimientos ambulatorios.

3.1.2.2. Contrastes, isótopos radioactivos.

3.1.2.3. Plasma y sangre, así como bolsas de transfusión.

3.1.2.4. Productos y preparados nutrición enteral y/o parenteral.

3.1.2.5. Marcapasos, gafas, biomateriales, órtesis, prótesis, endoprótesis, implantes, explantes, espirales (coils), fibras (láser) y otros dispositivos.

3.1.2.6. Materiales/insumos específicos de uso no habitual o que no sean proveídos por el sanatorio en convenio con la Empresa.

3.1.2.7. Medicamentos, drogas oncológicas e insumos médicos en general, que no se encuentren debidamente registrados y autorizados por las Autoridades competentes de la República del Paraguay, aun cuando ellos sean comercializados por farmacias u otras instituciones.

3.1.2.8. Silla de ruedas, catres clínicos, balón de oxígeno y otros elementos de uso hospitalario que paciente pueda requerir fuera del ámbito sanitario.

3.1.2.9. Medicamentos de uso y/o consumo habitual, los de indicación ambulatoria y aquellos no relacionados al diagnóstico que motiva la internación

3.1.3. Habitación que pudiera ser utilizada por los familiares, mientras el paciente se encuentre internado en la unidad de terapia intensiva, incluyendo gastos de acompañante en general.

3.1.4. Traslados aéreos. Servicios utilizados fuera de la República de la Paraguay.

3.1.5. No serán cubiertos por la Empresa todos aquellos gastos derivados de tratamientos, prácticas o cirugías enunciadas a continuación:

3.1.5.1. Que se encuentren en estado experimental

3.1.5.2. Que no sean avalados científicamente

- 3.1.5.3. Que se opongan a normas legales vigentes
- 3.1.5.4. Curas de adelgazamiento, reposo, rejuvenecimiento o similares. Celuloterapia, acupuntura, digitopuntura o similar. Medicinas alternativas
- 3.1.6. Vacunas, excepto las proveídas por el MSPyBS y que se encuentren disponibles en el vacunatorio del Centro Médico La Costa.
- 3.1.7. 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.
- 3.1.8. Todo lo que no esté debidamente expresado en el Contrato y sus anexos.

4. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

4.1. 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:

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

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

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

4.1.2.1. 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.

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

4.1.3. 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.

Sé un BENEFICIARIO
+ informado
+ ágil
+ actualizado



ingresá al portal desde nuestra web:
www.asismed.com.py

Escaneá y
descargá





ANEXO I: ESTUDIOS LABORATORIALES: COBERTURA TOTAL

(*) Exclusivamente en el Centro Médico La Costa (Artigas y Lynch), Santa Julia y Laboratorio San Roque

17 Beta Estradiol	AnticardiolipinalgA
17 Cestosteroides	AnticardiolipinalgM
17 Hidroxicorticosteroides	Antígenos Febriles
17 OH Progesterona	Artritest (Factor Reumatoideo)
Ácido Cítrico	Aspecto del Suero
Ácido Fenilpirúvico	Asto
Ácido Fólico	Azúcares Reductores
Ácido Lactico	Beta HCG Cuantitativo
Ácido Úrico	Bicarbonato actual
Ácido Úrico (o)	Bilirrubina Directa
Ácido Valproico	Bilirrubina Indirecta
Ácido VanilMandélico	Bilirrubina Total
ACTH	Bilis, cultivo y ATB.
Aglutininas Anti A	Blastos
Aglutininas Anti B	Bruselas Abortus
Albúmina	Búsqueda de Acaros
Aldolasa	C. E. A.
Aldosterona	C3
Alfa 1 antitripsina	C4
Alfafetoproteína (AFP)	CA 125
Amilasa	CA 15.3
Amilasa (o)	CA 19.9
Amonio	Calcio
ANA (Antic. Antinucleares)	Calcio (o)
Androstenediona	Calcio Iónico
Antic. ANTIENDOMISIO IGA (*)	Calcitonina
Antic. ANTIENDOMISIO IGG (*)	Cálculo Urinario
Ant. AnticitegaloviruslgG	Campylobacter, cultivo y ATB.
Ant. AnticitegaloviruslgM	Células L.E.
Ant. AntitoxoplasmalG	Cetonemia
Ant. AntitoxoplasmalG	Cetonuria
Anti CorelgG HBC-ac	CH50
Anti CorelgM HBC-ac	Chagas Ac (Método Látex)
Anti TrypanosomalG	Chagas Ac IgM
Anti TrypanosomalG	Chagas-Ac IgG
Antibiograma Aerobios	Chlamydias Ac
Antibiograma Anaerobios	Chlamydias Ac. IgG
Antic. Anti DNA	Chlamydias Ac. IgM
Antic. Anti Hidatídico	Chlamydias orina
Antic. Anti HIV	Chlamydias Pneumoniae (Sec. nasal)
Antic. Anti RubeolalG	Chlamydias Pneumoniae IGG
Antic. Anti RubeolalG	Chlamydias Pneumoniae IGM
Antic. Antigliadina	Chlamydias sec. conjuntival
Antic. Antilisteria	Chlamydias sec. genital
Antic. Antimicrosomaes	Cim p/Aminoglicidol
Antic. Antimitocondriales	Cim p/Carbenicilina
Antic. Antimúsculoso	Cim p/Cefoperazona
Antic. Antitiroglobulinas	Cim p/Ciprofloxacina
Antic. Antitiroideos	Cim p/Colestina
AnticardiolipinalG	Cim p/Imipenem

Cim p/Kanamicina
 Cim p/Mezlocilina
 Cim p/Piperacilina
 Cim p/Ticarlicina
 Cim p/Tobramicina
 Citomegalovirus col. Giemsa
 CK MM
 CK Total
 CK-MB
 Clearance de Creatinina
 Clearance de Urea
 Cloro
 Cloruros
 Cloruros (o)
 Cloruros L.C.R.
 Clotest
 CMV IgG
 CMV IgM
 Coagulograma
 Cobre
 Colesterol Total
 Colinesterasa
 Coloración con Tinta China
 Coloración de Giemsa
 Coloración de Gram
 Coloración de Ziehl-Neelsen
 Coombs Directo
 Coombs Indirecto
 Coombs indirecto cuantitativo
 Coprocultivo
 Coprofuncional
 Coproporfirinas
 Cortisol
 Cortisol AM
 Cortisol Plasmático
 Cortisol PM
 Cortisol Urinario
 Creatinina
 Creatinina (o)
 Crioaglutininas
 Crioglobulinas
 Cuerpos Cetónicos
 Cuerpos Cetónicos (o)
 Cultivo
 Cultivo de punta de catéter
 Cultivo Listeria
 Cultivo para Aerobiosis
 Cultivo para Anaerobiosis
 Cultivo para BAAR
 Cultivo para Campylobacter
 Cultivo para Gérmenes Comunes
 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
 DGP-2 AC IGA (antigliadina deaminada) (*)
 DGP-2 AC IGG (antigliadina deaminada) (*)
 DHEA sulfato (DHEA-SO4)
 Dímero D (*)
 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
 Eosinófilos
 Eritrosedimentación
 Esperma, Cultivo y ATB.
 Espermograma
 Espudo, coloración de Ziehl
 Espudo, Cultivo para BAAR
 Espudo, Cultivo para Eosinófilos-Mastocitos
 Espudo, Cultivo para Gérmenes Comunes
 Espudo, Cultivo y ATB.
 Espudo, frotis
 Estradiol
 Estradiol Libre
 Estrógenos Totales
 Estudio capilar invest. Hongos
 Examen en Fresco
 Excreción de Creatinina
 F.T.A - ABS en L.C.R..IgG
 F.T.A - ABS en L.C.R..IgM
 Factor Reumatoideo (Artritest)
 FenilAlanina
 FenilCetonuria
 FenilHidantoína
 Ferritina
 Fibrinógeno
 Fibrinolisis
 Fórmula Leucocitaria
 Fosfatasa Alcalina
 Fosfatasa Acida Total
 Fosfatidilglicerol en Líquido Amniótico
 Fosfolípidos
 Fósforo
 Fósforo (o)
 Fragilidad de los Hematíes

Fragilidad Osmótica
Frotis de Sangre Periférica
FSH
FSH Seriado
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 Globulina
Gamma GT
Gases Arteriales
Gasometría Venosa
Glicemia
Glicemia (o)
Glicemia Pre y Post-Prandial
Globulina
Glucohemoglobina
Gravindex
Guayaco
Hamburger
HAV IgG
HAV IgM
HBA1C (Hemoglobina Glicosilada)
HBC-Ac IgG
HBC-Ac IgM
HBE -Ag.
HBE-Ac
HBS-Ac
HBS-Ag (Antígeno de Superficie)
HCG cualitativo
HCG Cuantitativo
HCV-Hepatitis C
HDL Colesterol
Heces Benedict
Heces Frotis
Heces, Ex. Parasitológico Seriado
Heces, Examen Parasitológico
Heces, Flora Microbiana
Heces, Hongos
Heces, Microscopía Funcional
Helicobacter pylori IgA
Helicobacter Pylori IgG
Helicobacter Pylori IgM
Hematocrito
Hemocultivo c/muestra
Hemocultivo en Aerobiosis
Hemocultivo en Anaerobiosis
Hemoglobina
Hemoglobina Corpuscular Media

Hemoglobina Fetal
Hemoglobina Glicosilada
Hemograma c/eritrosedimentación
Hemoparásitos (gota gruesa)
Hemoparásitos, observación directa
Hepatitis C
Herpes en Sec. Genital
Herpes-Ac.
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
Índices de Riesgo
Inmunoglobulinas
Inmunoglobulinas en L.C.R.
Influenza A IGG
Influenza A IGM
Influenza B IGG
Influenza B IGM
Influenza A (sec. Nasal) – hasta 2 por benef/año/cto
Influenza B (sec. Nasal) – hasta 2 por benef/año/cto
Inmunoglobulinas
Inmunoglobulinas en LCR
Insulina Basal
L.C.R. - Cultivo y Antibiograma
L.C.R., Citoquímico
L.C.R., Cultivo para BAAR
L.C.R., Cultivo para Hongos
L.C.R., Cultivo y ATB.
Látex p/Aspergillus Antig.
Látex p/Cándida Antig.
Látex p/Criptococcus Antig.
Látex p/Streptococcus Grupo A
Látex p/Streptococcus Grupo B
Látex en LCR
Látex en Líquido Pleural
Látex en Líquidos biológicos
Látex en orina
Látex para Steptococcus Grupo A
Látex para Steptococcus Grupo B
Lavado Broncoalveolar cultivo y ATB
Lavado Broncoalveolar para B.A.A.R.
Lavado Broncoalveolar para hongos

Lavado Gástrico Parásitos	P.D.F.
LDH	P.P.D.
LDL Colesterol	PAP (Fosfatasa Acida Prostática)
Legionella Pneumofilla	PAS Libre (Free PAS)
Lesión de Piel, Cultivo para hongos	PAS-Antig. Prostático Específico
Lesión de Piel, Hongos ex. direc.	Paul Bunnel
Lesión de uñas, cultivo para hongos	Peptido C
Lesión Genital, Campo obscuro	Perfil de Coagulación-Coagulograma
Lesión Genital, coloración de Fontana	Perfil Hepático - Hepatograma
Lesión Genital, coloración de Gram	Perfil Lipídico - Lipidograma
LH	Ph
Linfa Cutánea, coloración de Ziehl	Ph Heces
Lipasa	Ph Orina
Lípidos Totales	Plaquetas
Líquido Amniótico, Cultivo y ATB.	Plasma Seminal, Bioquímica
Líquido Articular, Citoquímico	Porfobilinógeno
Líquido Articular, Cristales	Potasio
Líquido Articular, Cultivo y ATB.	Potasio (o)
Líquido Ascítico, Anaerobios	Pre-Albumina (*)
Líquido Ascítico, Cristales	PRO-BNP (*) – 1 p/beneficiario año cto.
Líquido Ascítico, Cultivo para Hongos	Procalcitonina (*)
Líquido Ascítico, Cultivo y ATB.	Progesterona
Líquido Duodenal	Prolactina
Líquido Gástrico, Cultivo y ATB.	Proteínas de Bence Jones
Líquido Gastroduodenal, Parásitos	Proteínas Totales
Líquido Peritoneal, Cultivo y ATB.	Proteínas Totales (o)
Líquido Pleural, Citoquímico	Proteínas Totales A/G
Líquido Pleural, Cultivo y ATB.	Protoporfirinas
Líquido Pleural, Hongos	Prueba de Tolerancia a la Lactosa
Líquidos (otros), Citoquímico	Prueba del Lazo
Litio	PTH
Magnesio	Punta de Cateter, Cultivo y ATB
Magnesio (o)	Raspado de lengua, Hongos
Magnesio Eritrocitario	Rast
Mielocultivo	Reacción de Hudleson
Monotest	Reacción de Paul Bunnel
Mucoproteínas	Reacción de Waaler Rose
Mycoplasma, Cultivo e identif.	Reacción de Widal
MycoplasmasHominis	Recuento de Addis
Neisseria	Recuento de Hamburger
Nitrogeno Urico	Recuento de Plaquetas
NTX	Recuento Glóbulos Blancos
Orina 1er chorro - Cultivo y ATB	Recuento Glóbulos Rojos
Orina Benedict	Relación Calcio/Creatinina
Orina Chorro Medio - Cultivo y ATB	Resistencia Osmótica Eritrocitaria
Orina rutina	Reticulocitos
Orina, Cultivo	Retracción del Coágulo
Osmolaridad urinaria	Rotavirus
Oxiurus	Sangre Oculta o Guayaco
P.C.R. (Proteína C reactiva)	Sarampión IgM
Proteína C reactiva Cualitativa	SHBG (*)
P.C.R. Cuantitativa	SecreciónEndocervical, Cult. y ATB.
PCR cardioespecifica	SecreciónEndocervical, Cultivo en T- M

SecreciónVulvo vaginal, Cult. y ATB.

Secreción Bucal, Cultivo

Secreción Conjuntival, Cult. y ATB.

Secreción Faringea, Cultivo y ATB.

Secreción Faringea, Frotis

Secreción Nasal, Citología

Secreción Nasal, Cultivo y ATB.

Secreción Orica, Cultivo y ATB.

Secreción Prostática, Frotis

Secreción Purulenta, Cultivo y ATB.

Secreción Traqueal, Cultivo y ATB.

Secreción Uretral, Cultivo y ATB.

Secreción Uretral, Frotis

Secreción Vaginal, Cultivo y ATB.

Secreción Vaginal, Fresco y Gram

Secreción Vaginal, Frotis

Secreción Vaginal, Ph

Secresión Genital - Cultivo y Antibiograma

Secresión Uretral - Cult.Gérm Com. Y T- M

Secresión Uretral - Cultivo Thayer Martin

Secresión Vaginal y Endocervical

Serología para Papera IgG

Serología para Papera IgM

Sodio

Sodio (o)

Streptococcus Grupo A

Streptococcus Grupo B

Sustancias Reductoras

T.T.P.A.

T3

T3 Libre

T3 Total

T3 Uptake

T4

T4 Libre

T4 Neonatal

T4 Total

T4 Uptake

Test de Absorción Xilosa

Test de O' Sullivan

Test de Tzanck

Test delPiecito

Test delSudor

Testosterona libre

Testosterona total

Test para dengue IGG (Met. Lisa) – hasta 2 por benef/año/cto

Test para dengue IGM (Met. Lisa) – hasta 2 por benef/año/cto

Test para dengue cromatografico IGG – hasta 2 por benef/año/cto

Test para dengue cromatografico IGM – hasta 2 por benef/año/cto

Test para dengue cromatografico AG – hasta 2 por benef/año/cto

THS Neonatal

Tiempo de Coagulación

Tiempo de Coagulación y Sangría

Tiempo de Protrombina (TP)

Tiempo de Recalcificación

Tiempo de Sangría

Tiempo Parcial de Tromboplastina Activada

Timol

Tine Test

Tipificación

Tiroglobulina

Toxina A p/Clostridium Diffic (*)

TRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA (*)

TRANSGLUTAMINASA TISULAR IGG (*)

Transferrina

Triglicéridos

Troponina I

Troponina T

TSH

Úlcera genital, Cultivo y ATB.

Urea

Urea (o)

Ureplasma

Urobilina

Urobilinógeno

Uroporfirina

Van de Kamer

VDRL Cualitativo

VDRL Cuantitativo

VDRL en L.C.R.

Virocitos

VITAMINA B12 (*)

Vitamina D – hasta 1 por benef/año/cto

VLDL Colesterol

Yersenia cultivo

ANEXO II: RADIOLOGÍA SIMPLE: TODAS LAS POSICIONES: COBERTURA TOTAL**(*) Exclusivamente en el Centro Médico La Costa**

Abdomen	Embarazo
Antebrazo	Espinografía (*)
Apéndice	Fémur
Arbol Urinario simple	Hombro
Articulaciones Témporo-maxilares	Húmero
Brazo	Mano
Cadera	Mastoides
Cara	Maxilar
Cavum	Muñeca
Clavícula	Muslo
Codo	Orbita
Columna Cervical	Pelvis
Columna Dorsal	Pie
Columna Lumbar	Pierna
Columna Panorámica	Rodilla
Control radiológico en maniobras traumatológicas	Sacro-coxis
Costilla	Sacroiliacas
Cráneo	Scopía
Cráneo para Ortodoncia	Scopía con TV en Maniobras traumatológicas
Dedo	Senos faciales
Dental	Tobillo
Dental oclusal	Tórax

ANEXO III: ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS ESPECIALIZADOS**Medicamentos, contrastes y descartables: hasta Gs. 350.000**

Angio- tomografía (128) (*)	Colangio-Pancretografía Retrógrada Endoscópica (ERCP)
Angiografía	Colangiografía Endovenosa o Biligráfica
Anoscopia	Colangiografía Intraoperatoria
Audiometría	Colangiografía Operatoria
Biomicroscopía de Nervio Optico	Colangiografía Post-operatoria
Biopsia de cuello uterino	Colangiografía Retrógrada con Papilotomía
Biopsia Pleural	Colangiografía Retrógrada simple
Broncografía	Colecistografía Oral
Broncoscopia	Colon Contrastado
Campo Visual	Colon Doble Contraste
Campo Visual Computarizado (Campimetría)	Colon Enema opaco
Cavum Contrastado	Colon por Ingestión
Centellografía de Tiroides	Colonoscopia
Centellografía Ósea	Colposcopia
Centellografía Renal	Curva de Presión Intraocular
Cepillado Endometrial	Curva Tensional
Ciclopejía	Densitometría Ósea
Cistografía	Dental Semiseriada
Cistografía con Uretrocistografía	Dental Seriada
Cistoscopia	

Doppler Color Carotídea o Vertebral (*)	Impedanciometría
Doppler Color Carotídea y Vertebral (*)	Intestino Delgado o tránsito intestinal
DopplerColor Periférico Unilateral /bilateral (*)	Intestino Delgado o tránsito intestinal doble contraste
Doppler Fetal (*)	Laringofibroscopia
Doppler Ultrasónico con Presiones (En consultorio)	Laringografía
Doppler Vaginal Obstétrico (*)	Laringografía contrastada
Doppler Vascular Periférico	Laringoscopia Indirecta
Ecobiometría	Linfografía 2 lados
Ecocardio-transesofágico (*)	Linfografía cada lado
Ecocardiografía Fetal (*)	Logaudiometría
Ecocardiografía Pre-Natal (*)	Magnificación y/o Focalización mama uni o bilateral (*)
Ecocardiograma c/ Doppler B-D	Mama (pieza operatoria)
Ecocardiograma con DopplerColor Pre Natal (*)	Mama Reperage para Biopsia
Ecocardiograma Pediátrico con Doppler Color (*)	Mamografía Bilateral
Ecografía Fetal (*)	Mamografía Unilateral
Ecografía Morfológica Fetal (*)	MAPA (*)
Ecografía Morfología Fetal (marcadores cromosómicos) (*)	Mapeamiento de Retina con dilatación de pupila
Eco stress	Mapeo Cerebral Pediátrico
Ejercicios Ortópticos	Monitoreo Fetal
Electrocardiograma	OSCILOMETRIA
Electrocoagulación de cuello (*)	Ortopantomografía
Electroencefalograma	Otomicroscopia
Electromiografía de 2 o 4 miembros (*)	PAM
Emisiones Otoacústicas (1 p/beneficiario p/año cto.)	PAP de Endometrio (*)
Endoscopia Digestiva Alta	PAP de Mama (*)
Endoscopia Nasal	PAP más Colposcopia
Ergometría	PAP más Colposcopia más Endometrio (*)
Esófago gastroduodeno seriada	PAP más PAP de Mama
Esófago, Estómago y Duodeno	Papanicolau
Esófagograma (*)	Paquimetría
Espirografía	Perfil Biofísico Fetal
Espirometría Diagnóstica	Perfil Hemodinámico Fetal
Espirometría con salbutamol	Pielografía Ascendente
Espirometría con Provocación bronquial	Pielografía Endovenosa
Estómago doble contraste	Pielografía Endovenosa o Riñón Contrastado
Estómago y Duodeno (*)	Minutado
Estudio de Glaucoma	Pielografía o Urograma de Excreción
Estudio de Retina Periférica	Pielografía o Urograma de Excreción Minutado
Examen Ortóptico	Punción Pleural Diagnóstica
Evaluación para recibir contrastes iodados (*)	Punción Pleural Evacuadora
Examen Funcional de Nariz (Rinomanometría)	Rectosigmoidoscopia
Examen funcional laberíntico (*)	Rectosigmoidoscopia Flexible
Faringolaringoscopia	Rectosigmoidoscopia Rígida
Fibrobroncoscopia con biopsia Bronquial	Resonancia Nuclear Magnética (Campo cerrado)
Fistulografía	RMN A.T.M.
Flujometría Doppler	RMN Abdomen Superior o Inferior
Fondo de Ojo con Dilatación de Pupila (Incluye Tonometría)	RMN Brazo
Galactografía - Ductogalactografía	RMN Cadera
Gastroduodenal Seria	RMN Codo
Gonioscopia	RMN Columna Cervical
Histerosalpingografía	RMN Columna Dorsal
Holter 24 horas	RMN Columna Lumbar
	RMN Cráneo

RMN de Cara
 RMN de Encéfalo
 RMN de Hombro
 RMN de Pie
 RMN Mediastino
 RMN Muñeca
 RMN Muslo/Pierna
 RMN Oído
 RMN Orbita
 RMN Partes Blandas
 RMN Pelvis
 RMN Pequeñas Partes
 RMN Rodilla
 RMN Senos Paranasales
 RMN Silla Turca
 RMN Tobillo
 RMN Tórax
 Rinomanometría simple
 Saco Lagrimal
 Segmentografía
 Senos faciales contrastados
 Sialografía Bilateral
 T.A.C de Columna por Segmento
 T.A.C. de Abdomen
 T.A.C. de Articulación Temporo Maxilar (*)
 T.A.C. de Cara (*)
 T.A.C. de Columna cervical
 T.A.C. de Columna dorsal
 T.A.C. de Columna lumbar
 T.A.C. de Cráneo
 T.A.C. de Miembros
 T.A.C. de Oído (*)
 T.A.C. de Orbitas (*)
 T.A.C. de partes blandas (*)
 T.A.C. de Pelvis (*)
 T.A.C. de pequeñas partes (*)
 T.A.C. de Senos
 T.A.C. de Senos Paranasales
 T.A.C. de Tórax
 T.A.C. Helicoidal
 T.A.C. Ventana Ósea
 T.A.C. para punción
 T.A.C. con mielografía

TAC MULTI SLICE 128 CORTES – Grupo San Roque

T.C.M.S. ATM (articulación témporo-maxilar)
 T.C.M.S. de Abdomen Superior
 T.C.M.S. de Abdomen completo
 T.C.M.S. de columna lumbar
 T.C.M.S. de columna dorsal
 T.C.M.S. de columna cervical
 T.C.M.S. de columna por segmento
 T.C.M.S. de cráneo
 T.C.M.S. de Miembros
 T.C.M.S. de Tórax
 T.C.M.S. pelvis
 T.C.M.S. de Senos Paranasales
 T.C.M.S. Helicoidal
 T.C.M.S. Orbitas
 T.C.M.S. de Pequeñas partes
 T.C.M.S. de Cara
 T.C.M.S. de Oído
 T.C.M.S. de cuello
 T.C.M.S. para punción
 T.C.M.S. de sacrocoxix

Timpanometría
 Tonometría
 Tomografía de Nervio Optico
 Topografía de Cornea
 Uretrocistografía
 Urodinamia
 Urograma de Excreción
 Urograma minutado
 Vulvoscopia/Vaginoscopia

Honorarios Médicos, Procedimientos Terapéuticos Videoendoscópicos: 100% cobertura

- Extracción de cuerpo extraño del tubo digestivo.
- Polipectomía Alta.
- Polipectomía Baja.
- Esfinterotomía o Papilotomía endoscópica para extracción de litiasis
- Esclerosis de Lesión sangrante o Varices esofágicas por sesión.

(*) Exclusivamente en el Centro Médico La Costa

ANEXO IV: ECOGRAFÍAS MEDICINA INTERNA SIMPLES Y CON DOPPLER

Eco-Doppler	Ecografía de Vías Urinarias
Eco-Doppler Aorta-Abdominal (*)	Ecografía Ginecológica
Eco-Doppler Vasos del Cuello (*)	Ecografía Gineco-Transvaginal (*)
Ecoencefalografía	Ecografía Intracavitaria con residuo
Ecografía Morfológica c/marcad.cromosómicos (*)	Ecografía Intraoperatoria
Ecografía de Vías Urinarias, Riñón, Vejiga (*)	Ecografía Morfológica
Ecografía Abdominal	Ecografía Músculo Tendinosa (*)
Ecografía de Bazo	Ecografía Obstétrica
Ecografía de Caderas	Ecografía Ocular
Ecografía de Cráneo	Ecografía Osteoarticular (*)
Ecografía de Hígado, Vías Biliares y Vesícula	Ecografía Pancreática
Ecografía de Mamas	Ecografía Pilórica
Ecografía de Miembros	Ecografía Prostática
Ecografía de Partes Blandas	Ecografía Prostática intracavitaria
Ecografía de Pelvis	Ecografía Renal
Ecografía de Tiroides	Ecografía Tendón de Aquiles
Ecografía de Tórax	Ecografía Testicular
Ecografía de Vasos del Cuello	Ecografía Transvaginal
Ecografía de Vejiga	Ecografía Vésico-Prostática (*)

(*) Exclusivamente en el Centro Médico La Costa

ANEXO E - SERVICIO DE ASISTENCIA AL VIAJERO OPCIONAL

ARTÍCULO 1: TOPES MÁXIMO DE COBERTURA

La suma de USD 20.000 en todo el mundo estipulada en el contrato base representa el Tope Máximo de Gastos de Cobertura y la responsabilidad máxima que asume EL PRESTADOR EN CONVENIO durante la vigencia del contrato.

Consecuentemente, cada uno de los Servicios de Asistencia que se detallan en el siguiente artículo, serán cubiertos hasta sus respectivos Topes de Cobertura y/o respectivos costos del servicio, siempre que exista remanente dentro de los Topes Máximos de Cobertura de USD 20.000 (Dólares Veinte Mil) en todo el Mundo establecidos en el párrafo precedente.

ARTÍCULO 2: SERVICIOS DE ASISTENCIA INCLUIDOS Y TOPES DE COBERTURAS RESPECTIVOS

- 2.1. GASTOS MÉDICOS E INTERNACIÓN:** Atención médica de emergencia, estudios complementarios, internación, intervenciones quirúrgicas con un tope de gastos de hasta: USD 20.000 por persona y por viaje en todo el mundo.
- 2.2. MEDICAMENTOS:** Gastos de medicamentos ambulatorios, con un tope de gastos de hasta U\$S 500 por persona y por viaje.
- 2.3. ODONTOLOGÍA:** Atención Odontológica de urgencia, con un tope de gastos de hasta U\$S 300 por persona y por viaje.
- 2.4. TRASLADOS SANITARIOS:** de enfermos o heridos, al centro asistencial más próximo.
- 2.5. LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJES.**
- 2.6. INDEMNIZACIÓN COMPLEMENTARIA POR PÉRDIDA DE EQUIPAJES:** solo en vuelos internacionales, con un máximo de U\$S 1.200.
- 2.7. BILLETE AÉREO FAMILIAR:** En caso de hospitalización del titular por más de cinco días, puesta a disposición de un pasaje de avión ida y vuelta, para un familiar.
- 2.8. GARANTÍA DE REGRESO:** Reembolso de eventuales mayores costos de pasaje por cambio de fecha de viaje de regreso, como consecuencia de una enfermedad o accidente.
- 2.9. ASISTENCIA LEGAL.**
- 2.10. PRÉSTAMOS POR GASTOS LEGALES:** Adelantos para el pago de fianzas de hasta U\$S 10.000 y para honorarios de abogados de hasta U\$S 2.500.
- 2.11. HONORARIOS JUDICIALES:** por imputación de daños y perjuicios por accidente de tránsito, en el extranjero con un tope de gastos de hasta U\$S 1.000.
- 2.12. REPATRIACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO Y TRASLADO DE RESTOS.**
- 2.13. TRASLADO POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR:** Gastos de traslados, en caso de fallecimiento de un familiar hasta segundo grado de parentesco en el país de Residencia.
- 2.14. REPATRIACIÓN DE MENORES:** Acompañamiento de hijos menores de 18 años de edad de regreso a País de Residencia.
- 2.15. HOTEL ACOMPAÑANTE:** gastos de hotel, sin extras, de un acompañante del Beneficiario hospitalizado en el extranjero, por U\$S 100 diarios y con un tope de U\$S 500.
- 2.16. TRASLADO POR INCIDENTE EN HOGAR:** Gastos de traslados del titular por robo, incendio, explosión en domicilio habitual, con posibilidad de producirse mayor daño.
- 2.17. HOTEL POR CONVALECENCIA:** prolongación de estadía en el extranjero por convalecencia de un Beneficiario de hasta U\$S 100 diarios y con un tope de U\$S 500.
- 2.18. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES.**

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA Y CONDICIONES GENERALES - ANEXO 2**ARTÍCULO 1: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA****1.1. GASTOS MÉDICOS E INTERNACIÓN**

Comprende exclusivamente el tratamiento del cuadro agudo y/o el producido por accidente de tránsito que impida la continuación del viaje e incluyen:

- 1.1.1) Atención en consultorio o a domicilio para atender situaciones de urgencia en caso de accidente.
- 1.1.2) Atención por especialistas: cuando sea indicada por los equipos médicos de urgencia, y autorizadas previamente por la Central Operativa.
- 1.1.3) Exámenes médicos complementarios: análisis de orina, sangre, radiografías, electrocardiografías y/o cualquier otro estudio que sea ordenado por los equipos médicos de EL PRESTADOR EN CONVENIO y autorizado por la Central Operativa correspondiente.
- 1.1.4) Internaciones: Cuando los equipos médicos de EL PRESTADOR EN CONVENIO así lo prescriban, se procederá a la internación en el establecimiento asistencial más adecuado y próximo al lugar en el que el Beneficiario se encuentre, a exclusivo criterio de la Central Operativa correspondiente y con su autorización.
- 1.1.5) Traslado sanitario: Si por razones de insuficiente infraestructura médica en el lugar en el que se encuentra el Beneficiario, fuera aconsejable el traslado a otro lugar más indicado, EL PRESTADOR EN CONVENIO tomará a su cargo organizar el mismo y a su exclusivo cargo efectuará el traslado en aviones sanitarios, de línea, tren o ambulancia, según la gravedad del caso. Únicamente las exigencias de orden médico son tomadas en consideración para decidir la elección del medio de transporte y el lugar de hospitalización. En todos los casos el transporte deberá ser previamente autorizado por el Departamento Médico de la Central Operativa de EL PRESTADOR EN CONVENIO.
- 1.1.6) Intervenciones Quirúrgicas: ordenadas por el Jefe de los equipos médicos de EL PRESTADOR EN CONVENIO en los casos de enfermedades agudas y/o accidentes que requieran urgentemente ese tratamiento y con autorización de la Central Operativa correspondiente.
- 1.1.7) Cuidados intensivos y unidad coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad lo requiera y con la autorización del jefe de los servicios médicos de EL PRESTADOR EN CONVENIO y de la Central Operativa correspondiente.

1.2. MEDICAMENTOS

Se tomarán a cargo los medicamentos de urgencia, recetados para la afección que diera lugar a la asistencia, hasta el tope máximo establecido en el Anexo 1, Artículo 2 punto 2.2., o su equivalente en moneda local.

1.3. ODONTOLOGÍA

Cuando exista dolor intenso, infección o cualquier otro imprevisto, hasta el tope máximo establecido en el Anexo 1 Artículo 2 punto 2.3. por viaje, o su equivalente en moneda local.

1.4. LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJE

EL PRESTADOR EN CONVENIO asistirá al titular con todos los medios a su alcance para localizar equipajes extraviados, sin que esto implique ninguna responsabilidad por parte de EL PRESTADOR EN CONVENIO.

1.5. INDEMNIZACIÓN COMPLEMENTARIA POR PERDIDA DE EQUIPAJES

Cuando un Beneficiario sufra la falta de entrega de algún bulto completo de su equipaje registrado por parte de una línea aérea regular a la llegada de un vuelo internacional (entre dos países) y el faltante no hubiera sido localizado por nuestro servicio conforme a lo establecido en artículo 1.4., EL PRESTADOR EN CONVENIO abonará al Beneficiario, en las oficinas de EL PRESTADOR EN CONVENIO en moneda de curso legal al tipo de cambio y cotización vigente a la fecha, una compensación complementaria a la otorgada por la línea aérea regular, de la siguiente manera:

-Hasta U\$S 40 (cuarenta dólares estadounidenses) por Kilogramo abonado por la línea aérea, hasta un tope máximo establecido en el Anexo 1 Artículo 2 punto 2.6. por viaje.

Para el beneficio rigen los términos y condiciones detallados a continuación:

a-Que haya sido notificado del hecho por el Beneficiario antes de abandonar el Aeropuerto donde ocurrió la pérdida.

b-Que el Beneficiario haya despachado su equipaje en la bodega del mismo vuelo en que viaja, constatando en su billete aéreo y efectúe la denuncia por falta de entrega a la línea aérea responsable de su llegada a destino.

c-Que la pérdida del equipaje ocurra entre el momento en que el mismo es entregado al personal autorizado de la compañía aérea para ser embarcado y el momento en que deba ser entregado al pasajero al finalizar el vuelo.

d-Que el equipaje se haya extraviado fuera del territorio del País de Residencia, salvo pérdidas producidas en vuelos internacionales que arriben al mismo.

e-Esta compensación se limitará a un (1) solo bulto entero y completo faltante y a un (1) solo beneficiario damnificado. En el caso de que el bulto faltante estuviera a nombre de varios Beneficiarios, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que figuren como damnificados en la denuncia por falta de entrega a la línea aérea, que incluya los correspondientes números de billete de pasaje de cada Beneficiario damnificado.

f-En caso que la línea aérea ofreciera al Beneficiario como indemnización la posibilidad de optar entre percibir en dinero o uno o más pasajes, procederá a abonar la compensación económica por pérdida de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.

Se deja constancia que teniendo esta compensación económica ofrecida en carácter puramente complementario al de la indemnización otorgada por la línea aérea al reclamante, será condición "sine qua non", para su pago, la presentación de la constancia extendida por la línea aérea responsable, que acredite haber abonado al Beneficiario damnificándola correspondiente indemnización, así como copia de la denuncia a la línea aérea (Formulario P.I.R.), emitida a nombre de el Beneficiario y consignado el número del billete de pasaje correspondiente al Beneficiario y la cantidad de Kilos faltantes, el/los billetes de pasaje, el/los tickets de equipaje consignados en la documentación.

No tendrán derecho a este beneficio:

1) En ningún caso EL PRESTADOR EN CONVENIO responderá por faltantes y/o daños totales o parciales producidos en el contenido del equipaje, ni en la/s valija/s o cualquier otro elemento donde se transporta el mismo.

2) El Beneficiario tendrá derecho a una sola compensación complementaria de un tope máximo establecido en el Anexo 1 Artículo 2 punto 2.6. por viaje.

3) Si el reclamo efectuado por El Beneficiario a la línea aérea fuera indemnizado totalmente por la misma, El Beneficiario no será acreedora ningún beneficio complementario por parte de EL PRESTADOR EN CONVENIO

4) Las personas que no tengan derecho al transporte de equipaje.

En ningún caso la compensación complementaria de EL PRESTADOR EN CONVENIO sumada a la indemnización recibida de la línea aérea excederá el monto declarado oportunamente o reclamado en la denuncia presentada a la línea aérea por El Beneficiario, o los topes fijados por kilogramo o por el total (U\$S 40 o U\$S 1.200 respectivamente), el que resultare menor; y si sucediera la compensación complementaria de EL PRESTADOR EN CONVENIO se limitará consecuentemente.

1.6. PROLONGACIÓN DE ESTADÍA

EL PRESTADOR EN CONVENIO cubrirá los gastos de hotel, sin extras, cuando por lesión o enfermedad y por prescripción médica dispuesta por el Dpto. Médico de EL PRESTADOR EN CONVENIO, un Beneficiario precise prolongar su estancia por convalecencia, en el exterior. En este caso los gastos tendrán un tope establecido en el Anexo 1 Artículo 2 punto 2.15.

EL PRESTADOR EN CONVENIO se hará cargo del mayor costo del pasaje del Beneficiario, cuando este sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso y no pueda respetarse dicha fecha por razones de enfermedad o accidente del Beneficiario.

1.7. BILLETE AÉREO FAMILIAR

1.7.1) EL PRESTADOR EN CONVENIO cubrirá los gastos de hotel, sin extras, de un acompañamiento del beneficiario, cuando por lesión o enfermedad y por prescripción médica dispuesta por el Dpto. Médico de EL PRESTADOR EN CONVENIO, dicho beneficiario precise prolongar su estancia por convalecencia. En este caso los gastos tendrán un tope establecido en el Anexo 1 Artículo 2 punto 2.15.

1.7.2) En caso de hospitalización del Beneficiario por más de cinco días, EL PRESTADOR EN CONVENIO pondrá a disposición de un familiar, un pasaje de avión, ida y vuelta, hasta el lugar donde se encontrare internado.

1.7.3) EL PRESTADOR EN CONVENIO cubrirá los gastos de traslado del Beneficiario, en caso de fallecimiento de un familiar hasta segundo grado de parentesco, en el País de Residencia.

1.7.4) EL PRESTADOR EN CONVENIO cubrirá los gastos de traslados del titular por robo, incendio, explosión en domicilio habitual, con posibilidad de producirse mayor daño.

1.8. ASISTENCIA LEGAL

Si El Beneficiario estando en el exterior del País de Residencia fuera detenido o procesado por considerárselo responsable de algún accidente, EL PRESTADOR EN CONVENIO adelantara en carácter de préstamo el importe de la fianza que le fuera exigida hasta el tope establecido en el Anexo 1 Artículo 2 punto 2.10 o su equivalente en

moneda local, por viaje. También adelantara, en concepto de honorarios de abogado, hasta el tope establecido en el Anexo 1 Artículo 2 punto 2.10 o su equivalente en moneda local, por viaje. La cantidad adelantada deberá ser devuelta en la misma moneda a EL PRESTADOR EN CONVENIO en un plazo de 90 días de otorgada, salvo que antes de transcurrido dicho plazo sea devuelta por las autoridades correspondientes al Beneficiario, en cuyo caso deberá ser reintegrada inmediatamente. En caso de que El Beneficiario fuera imputado por daños y perjuicios por ser protagonista de un accidente de tránsito en el extranjero, EL PRESTADOR EN CONVENIO se hará cargo hasta el tope establecido en el Anexo 1 Artículo 2 punto 2.11 en concepto de honorarios de abogados.-

1.9. TRASLADO DE RESTOS

En caso de fallecimiento de un Beneficiario durante el viaje, por accidente o enfermedad imprevista, EL PRESTADOR EN CONVENIO organizará y tomará a cargo los gastos de fétetro de traslado, trámites administrativos y transporte hasta el lugar de inhumación en el País de Residencia, por el medio que EL PRESTADOR EN CONVENIO considere más conveniente. Los trámites, gastos de fétetro definitivo, serán a cargo de los familiares. Así mismo tomara a cargo los gastos de traslado de los restantes Beneficiarios acompañantes, en el medio que EL PRESTADOR EN CONVENIO considere más adecuado y sujeto a disponibilidad, hasta el domicilio habitual.

1.9.1) En caso de fallecimiento en el País de Residencia de un familiar hasta segundo grado de parentesco de un Beneficiario, EL PRESTADOR EN CONVENIO tomara a cargo los gastos de traslados hasta su domicilio habitual.

En ambas cláusulas se exigirá a los familiares el reintegro de el /los pasaje/s no utilizados por el/los Beneficiario/s, a los efectos de su devolución a favor de EL PRESTADOR EN CONVENIO

1.10. ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES

Si el beneficiario estuviere de viaje en el exterior del País de Residencia y viajare como única compañía de un menor de dieciocho años también Beneficiario y se encontrará imposibilitado para ocuparse del mismo, por causa de enfermedad o accidente de aquel, EL PRESTADOR EN CONVENIO organizará el desplazamiento sin cargo del menor para conducirlo inmediatamente de regreso a su domicilio en el País de Residencia.

1.11. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

EL PRESTADOR EN CONVENIO se encargara de transmitir los mensajes urgentes y justificados de los Beneficiarios, relativos a cualquiera de los eventos objetos de las prestaciones de esta modalidad.

ARTÍCULO 2: CONDICIONES GENERALES

Las siguientes Condiciones Generales regirán la prestación de los servicios asistenciales para los beneficiarios de ASISMED S.A., durante sus viajes en todo el mundo excluido el País de Residencia.

Las presentes Condiciones Generales se considerarán conocidas y aceptadas por los Beneficiarios desde el momento en que sea solicitada la emisión de la credencial respaldatoria del servicio de asistencia al viajero (en adelante la credencial).

2.1. BENEFICIARIOS

Los servicios asistenciales se prestarán de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales a los beneficiarios titulares y a los integrantes de su grupo familiar que se encuentren en el padrón/planilla Excel que ASISMED remitirá del 01 al 15 de cada mes a EL PRESTADOR EN CONVENIO todos ellos residentes en Paraguay (en adelante "los Beneficiarios").

2.2. COBERTURA GEOGRÁFICA

Los servicios asistenciales aquí incluidos se prestarán:

En todos los países del mundo, excepto el País de Residencia y aquellos en situación bélica.

2.3. PERIODOS DE VIAJE

La asistencia se prestará única y exclusivamente a residentes en Paraguay en periodos de viajes al extranjero, quedando expresamente excluidos los periodos de residencia permanente o transitoria. Los servicios asistenciales se prestarán únicamente en periodos que no superen los noventa (90) días corridos, por persona y por viaje, con prescindencia de la vigencia de la credencial, que será de un año a partir de su emisión o renovación. EL PRESTADOR EN CONVENIO podrá verificar por cualquier medio la duración del periodo de viaje a fin de comprobar que la misma no exceda los mencionados 90 días y, por lo tanto, determinar si corresponde o no la prestación de los servicios asistenciales. Consecuentemente, la finalización de los 90 días, implicará automáticamente el cese de todos los servicios detallados en estas Condiciones Generales, incluyendo aquellos casos iniciados y en curso al momento del fin de dicho lapso, con excepción de los casos de internación ya

iniciados, en los cuales los servicios de asistencia continuaran prestándose por un periodo complementario de 5 (cinco) días.

2.4. ACREDITACIÓN

Para solicitar los servicios asistenciales aquí incluidos, su Beneficiario deberá, en todos los casos, exhibir la credencial y el pasaporte oficial u otros documentos que acrediten identidad y fechas de viajes.

2.5. SOLICITUD DE LOS SERVICIOS

Los servicios asistenciales deberán ser, en todos los casos, solicitados por teléfono, telex o telegrama o cualquier otro medio y previamente autorizados por la Central Operativa correspondiente. Dichos servicios no podrán ser utilizados bajo ningún concepto ni en ninguna circunstancia, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que hubieran surgido durante el/los viajes/s anterior/es.

Los servicios de asistencia podrán ser brindados directamente por EL PRESTADOR EN CONVENIO o a través de prestadores autorizados por EL PRESTADOR EN CONVENIO

Esta cobertura no es complementaria de otras que coexistan con ella en el tiempo, por lo que, no podrán solicitarse los servicios de asistencia descriptos si El Beneficiario estuviera, al momento de la solicitud de la asistencia, cubierto por algún otro tipo de cobertura de la misma índole que la que forma el objeto de este contrato. Comprobado este hecho por EL PRESTADOR EN CONVENIO, este podrá negarse a prestar el servicio sin ningún tipo de responsabilidad en ese sentido.

2.6. OBLIGACIONES DE EL BENEFICIARIO

Para permitir a EL PRESTADOR EN CONVENIO asistir al Beneficiario, queda expresamente convenido para todos los servicios comprendidos a continuación la obligación a cargo del Beneficiario de:

2.6.1) Obtener la autorización de EL PRESTADOR EN CONVENIO a través de cualquiera de sus Centrales Operativas antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.

2.6.2) Aceptar las soluciones propuestas por EL PRESTADOR EN CONVENIO

2.6.3) Proveer todos los comprobantes originales de gastos reembolsables por EL PRESTADOR EN CONVENIO

2.6.4) Entregar a EL PRESTADOR EN CONVENIO los billetes de pasajes que posea en los casos en que EL PRESTADOR EN CONVENIO se haga cargo de sus viajes. En tal caso EL PRESTADOR EN CONVENIO responderá solamente por la diferencia mayor que pudiera existir cuando correspondiere.

2.6.5) Autorizar por el medio que sea necesario, a revelar su historia clínica a EL PRESTADOR EN CONVENIO o a quien este designe.

2.6.6) Facilitar a EL PRESTADOR EN CONVENIO todos los elementos necesarios para verificar fehacientemente la fecha de salida del domicilio habitual y permanente.

2.7. IMPOSIBILIDAD DE COMUNICACIÓN

Cuando por circunstancias de emergencias, debidamente justificadas, el Beneficiario se vea imposibilitado de llamar a EL PRESTADOR EN CONVENIO y deba recurrir a otros facultativos, EL PRESTADOR EN CONVENIO reembolsará los gastos realizados en estas condiciones, preferentemente dentro del territorio del país en que fueron efectuados o en cualquier otro país en que el Beneficiario lo requiera siempre y cuando exista oficina o representación de EL PRESTADOR EN CONVENIO o bien a su regreso. Para tener derecho a este reembolso el Beneficiario deberá comunicar a cualquier Central Operativa de EL PRESTADOR EN CONVENIO, por sí o por intermedio de cualquier otra persona, dentro de las 72 horas de iniciada la atención, la información sobre la emergencia sufrida y la asistencia recibida hasta ese momento. El reembolso de estos gastos deberá ser autorizado por el Departamento Médico de EL PRESTADOR EN CONVENIO y en ningún caso excederá los aranceles y tarifas vigentes en el país en que se produzcan. Previo al reintegro, EL PRESTADOR EN CONVENIO podrá requerir la documentación pertinente que acredite la recepción y procedencia del servicio y/o adquisición de los medicamentos recetados cuyo reintegro se solicite. En ningún caso se efectuarán reintegros si no se ha cumplido con estos requisitos y los detallados en la cláusula 2.8.

2.8. REINTEGROS

EL PRESTADOR EN CONVENIO procederá al reintegro de los gastos efectuados en los siguientes casos y situaciones, siempre dentro de los topes establecidos para cada tipo de gasto y del cumplimiento de las presentes Condiciones Generales en su totalidad.

2.8.1) Para la procedencia del reintegro de gastos médicos El Beneficiario deberá cumplir con todas las obligaciones previstas en estas Condiciones Generales. Estos gastos médicos serán reintegrables de acuerdo a los aranceles y tarifas vigentes para EL PRESTADOR EN CONVENIO en el país en que se produzcan, hasta el tope establecido en el Anexo 1 Artículo 2 punto 2.1.

2.8.2) El reintegro por gastos de medicamentos recetados para la afección que diera lugar a la asistencia se efectuara ante la presentación de la receta y comprobantes originales de gastos en función de las dosis prescritas y hasta el tope establecido en el Anexo 1 Artículo 2 punto 2.2.

2.8.3) Reintegro de gastos odontológicos: El Beneficiario deberá cumplir con todas las obligaciones previstas en estas Condiciones Generales. Estos gastos odontológicos serán reintegrables de acuerdo a aranceles y tarifas vigentes para EL PRESTADOR EN CONVENIO en el país en que se produzcan, hasta el tope establecido en el Anexo 1 Artículo 2 punto 2.3.

2.8.4) Todos los casos de reintegro arriba previstos deberán contar con la autorización previa de la Central Operativa de EL PRESTADOR EN CONVENIO Para permitir la evaluación del mismo, El Beneficiario deberá suministrar toda la documentación original necesaria que acredite, al exclusivo criterio de EL PRESTADOR EN CONVENIO, la recepción del servicio y la procedencia de los gastos incurridos, incluyendo historia clínica, formulario de ingreso emitidos por el establecimiento asistencial, diagnostico, detalle de las prestaciones, facturas y recibos originales correspondientes. Para todos los casos de reintegro, se deberá proveer nota del solicitante detallando los hechos, importes y conceptos de gastos incurridos.

2.8.5) Únicamente serán consideradas las solicitudes de reintegro que se presenten en las oficinas de EL PRESTADOR EN CONVENIO dentro del ciento ochenta (180) días de la fecha de ocurrencia de los hechos. Pasado dicho plazo, cesara todo derecho de El Beneficiario para efectuar reclamo alguno.

2.8.6) Los reintegros se efectuarán en el tipo de moneda correspondiente al país donde se realicen los mismos, según la cotización de la divisa correspondiente al día anterior de la fecha de emisión del cheque de pago con sujeción a las disposiciones cambiarias vigentes. En el País de Residencia, los reintegros se efectuarán dentro de los 30 días de aprobado, y se efectivizarán en moneda local de curso legal, según la cotización de la divisa correspondiente del día anterior al pago.

2.9. PREEXISTENCIAS

Las obligaciones asumidas por EL PRESTADOR EN CONVENIO solo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de salida. Quedan expresamente excluidas todas las dolencias crónicas y/o preexistentes, así como sus consecuencias y agudizaciones. En estos casos EL PRESTADOR EN CONVENIO, solo reconocerá, si a su exclusivo juicio correspondiere, la primera consulta clínica por la que se determine la preexistencia de la enfermedad.

2.10. EXCLUSIONES

Tampoco darán derecho a la asistencia contratada ni a reintegro alguno de los siguientes casos: enfermedades mentales y/o trastornos psíquicos; partos y estados de embarazos, a menos que se trate de una complicación clara e imprevisible y, en ningún caso, los estados de embarazos posteriores al sexto mes; las recaídas y convalecencias de toda afección contraída suicidio y sus consecuencias; enfermedades producidas por la ingestión de drogas, narcóticos, medicamentos tomados sin orden medica; alcoholismo; accidentes y/o enfermedades laborales; sida; enfermedad o lesiones resultantes de tratamientos hechos por profesionales no pertenecientes a equipos médicos indicados por EL PRESTADOR EN CONVENIO, gastos de prótesis, audífonos, anteojos, ortopedia y podología; tratamientos homeopáticos; acupuntura; kinesioterapia; curas termale; consecuencias derivadas de la práctica de deportes peligrosos, tales como motociclismo, automovilismo, boxeo, deportes invernales practicados fuera de pistas reglamentarias, sin que esta enumeración tenga carácter taxativo; las visitas médicas de control; gastos de hotel, restaurantes y taxis.

2.11. SUBROGACIÓN

El Beneficiario cede a EL PRESTADOR EN CONVENIO todos los derechos y acciones que le pudieren corresponder contra terceros por daños y perjuicios que se le hubieran causado, quedando EL PRESTADOR EN CONVENIO subrogado hasta el monto de los desembolsos efectuados.

2.12. RESPONSABILIDAD

EL PRESTADOR EN CONVENIO queda eximido de toda responsabilidad cuando por circunstancias de casos fortuitos o de fuerza mayor, tales como huelgas, actos de sabotaje, etc., le fuera imposible prestar los servicios en el tiempo y la forma pactada. Cuando se produjeran circunstancias de esta naturaleza, EL PRESTADOR EN CONVENIO se compromete a efectuar sus compromisos dentro del menor plazo que fuere posible.

2.13. GASTOS INDEBIDOS

2.13.1) EL PRESTADOR EN CONVENIO se reserva el derecho de exigir al Beneficiario el reembolso de cualquier gasto efectuado indebidamente, en caso de haberse prestado servicios no contratados o en forma diferente a lo establecido.

2.13.2) En los casos de Beneficiarios que no figuren en el padrón actualizado al momento de la solicitud de la asistencia y sean autorizados por ASISMED, la misma se brindará y el importe de esta se refacturará a la Contratante, al 100% (ciento por ciento) del costo de la prestación brindada.

El tipo de cambio a aplicarse en tales supuestos será el establecido en artículo 2 punto 2.9.6. de este anexo.

2.14. AGENTES DIRECTOS

Las personas y/o profesionales designados por EL PRESTADOR EN CONVENIO son tenidas como agentes directos de El Beneficiario sin recurso de naturaleza alguna contra EL PRESTADOR EN CONVENIO y/o ASISMED S.A., en razón de tal designación.

2.15. TRIBUNALES

En caso de controversia, queda pactada la competencia de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad de Asunción, República del Paraguay, con exclusión de cualquier otro fuero o jurisdicción.

LA CONTRATANTE declara conocer y aceptar los beneficios y cobertura de Asistencia al Viajero Internacional que ofrece y presta EL PRESTADOR EN CONVENIO determinado en <http://www.asismed.com.py>., asimismo acepta que esta vinculación es directa con la mencionada firma, por lo que cualquier reclamo que pudiera suscitarse con motivo de esos beneficios y cobertura serán dirigidos directamente a EL PRESTADOR EN CONVENIO. Queda bien entendido que Asismed S.A. no asume responsabilidad alguna por negligencia, imprudencia o impericia médica o de cualquier índole por parte EL PRESTADOR EN CONVENIO, el profesional médico o de sus asistentes o de los profesionales de las instituciones prestadoras en su atención y tratamiento al Beneficiario Titular y sus beneficiarios dependientes o adicionales.

El prestador del Servicio de Asistencia al viajero se detalla en <http://www.asismed.com.py>. Queda entendido que la Empresa está facultada para incluir o excluir prestadores a su solo criterio, debiendo en caso de exclusión remplazar al prestador por otro



Especialidades Médicas

- Cardiología
- Cirugía General
- Clínica Médica
- Coloproctología
- Dermoestética
- Diabetología
- Endocrinología - Ginecología
- Flebología
- Gastroenterología
- Geriátria
- Ginecología
- Mastología
- Neumología
- Neumología Pediátrica
- Nutrición
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Proctología
- Psicología
- Reumatología
- Traumatología
- Urología

Servicios

- Laboratorio de Análisis clínicos
- Servicios 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

Horario de Atención

Lunes a Viernes
06:00 a 21:00 hs.

Sabados
06:00 a 19:00 hs.

Reserva de turno:
(021) 217 1717

Av. Maderno Lynch esq. Víctor Hayn
A 100 m de la Av. Mcal. López

Centro Médico
La Costa
Lynch

+ “somos bienestar”

 **DRUGSTORE**



¡Más **beneficios**
para vos y tu familia!

Medicamentos nacionales

35% OFF | **32% OFF**

efectivo, cheque
tarjeta de débito | tarjeta de crédito

Medicamentos importados

20% OFF | **17% OFF**

efectivo, cheque
tarjeta de débito | tarjeta de crédito

Otras secciones

20% OFF | **17% OFF**

efectivo, cheque
tarjeta de débito | tarjeta de crédito

ENCONTRANOS EN:

- Avda. Mcal. López c/ San José
- Avda. España c/ Dr. Francisco Morra (La Torre)
- Avda. Artigas c/ Concepción Leyes de Chávez
- Tte. Insaurralde y Diego de Silva
- Avda. Madame Lynch esq. Victor Heyn.
- Estacionamiento Bahía Parking.

 **(021) 288 7777**

  **Compras desde la
App Asimed**



Edificio Corporativo Asismed



Asismed Oficina Mcal. López



Drugstore Asismed Santa Julia



Drugstore Asismed Mcal. López



Drugstore Asismed La Costa Artigas



Drugstore Asismed Bahia Parking



Drugstore Asismed La Torre



Drugstore La Costa Lynch



Centro Médico y Sanatorio La Costa



Centro Médico y Sanatorio Santa Julia



Centro Médico La Costa Lynch



Sanatorio San Roque



Hospital Universitario San Lorenzo



Centro Oncológico Revita



Centro Integral de Rehabilitación
(CIRA)



Laboratorio San Roque Centro



Laboratorio San Roque Villa Morra



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