



*Beneficios Exclusivos
para una mejor calidad de vida*

MATERIAL DE CONSULTA DEL BENEFICIARIO

ti ASISMED

**PLAN
EXCLUSIVO
SUPERIOR**

 **Whatsapp corporativo +595 21 288 7000**

Asismed S.A.	288 7000	Informaciones, Administración y Call Médico
Drugstore (Delivery y Farmacia)	288 7900	Informaciones y Delivery
Centro Médico LA COSTA - ARTIGAS	217 1717	Reserva de turnos Consultorios y de Estudios Diagnósticos
Centro Médico LA COSTA LYNCH		Reserva de turnos Consultorios y de Estudios Diagnósticos
Centro Médico SANTA JULIA		Reserva de turnos Consultorios y de Estudios Diagnósticos
Sanatorio LA COSTA	217 1000	Urgencias e internaciones
Sanatorio SANTA JULIA	236 5000	Urgencias e internaciones
Sanatorio SAN ROQUE	248 9000	Urgencias e internaciones
REVITA Centro Oncológico	217 1580	Reserva de turnos
Laboratorio LA COSTA	217 1631	Informes y pedidos de extracción a domicilio
Laboratorio SAN ROQUE CENTRO	248 9900	Informes y pedidos de extracción a domicilio
Laboratorio SAN ROQUE VILLAMORRA	248 9920	Informaciones
SASA - Asunción y Gran Asunción	561 000	Urgencias, emergencias, traslados

*Beneficios Exclusivos
para una mejor calidad de vida*



*Beneficios Exclusivos
para una mejor calidad de vida*

 ASISMED

PLAN
EXCLUSIVO
SUPERIOR

Condiciones Generales de Prestación y Beneficios

**CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN Y BENEFICIOS:
PLAN EXCLUSIVO SUPERIOR**

Este documento contempla las condiciones generales que rigen la contratación de la cobertura Médica Sanatorial bajo el Sistema de Medicina Prepaga de la Empresa.

1. IDENTIFICACIÓN:

1.1. La Empresa reconocerá la condición de Beneficiario, con la sola presentación de la Cédula de Identidad toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos por el Plan EXCLUSIVO SUPERIOR.

2. DE LAS COBERTURAS MÉDICAS:

2.1. TIPOS DE COBERTURA, según Anexo 1, Anexo 2 y Anexo 3:

- 2.1.1. CP: Cobertura parcial del arancel en convenio, diferencia a cargo del paciente
- 2.1.2. CC: Cobertura compartida, 50% a cargo de ASISMED y 50% a cargo del paciente
- 2.1.3. CT: Cobertura Total (100%)
- 2.1.4. AC: Alta Complejidad (ver cláusula 2.10)

2.2. CONSULTAS: vigencia inmediata

2.2.1. Las consultas serán realizadas exclusivamente con los profesionales en convenio que realizan consultorio en el Centro Médico La Costa-Artigas, Centro Médico Santa Julia y Centro Médico La Costa-Lynch, en los días y horarios por ellos establecidos.

2.2.2. Los Beneficiarios deberán agendar la consulta a través del call-center o de la APP de ASISMED.

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

2.2.4. Los Beneficiarios deberán concurrir munidos de su cédula de identidad.

2.2.5. El acceso a los servicios contemplados en el Plan de Cobertura Médica será a través de lectores de huella digital o reconocimiento facial, los cuales se encuentran disponibles en las recepciones de los Centros Médicos y Sanatorios.

2.2.6. ESPECIALIDADES CUBIERTAS PARA CONSULTAS:

- 2.2.6.1. Alergia e Inmunología
- 2.2.6.2. Cardiocirugía
- 2.2.6.3. Cardiología Clínica
- 2.2.6.4. Cirugía General
- 2.2.6.5. Cirugía Pediátrica
- 2.2.6.6. Cirugía Plástica y Reconstructiva
- 2.2.6.7. Cirugía Torácica
- 2.2.6.8. Cirugía Vasculat Periférica
- 2.2.6.9. Dermatología
- 2.2.6.10. Diabetología
- 2.2.6.11. Endocrinología
- 2.2.6.12. Geriatria
- 2.2.6.13. Ginecología y Obstetricia
- 2.2.6.14. Hematología
- 2.2.6.15. Infectología
- 2.2.6.16. Mastología
- 2.2.6.17. Medicina Interna – Clínica Médica
- 2.2.6.18. Nefrología
- 2.2.6.19. Neumología

- 2.2.6.20. Neurocirugía
- 2.2.6.21. Neurología
- 2.2.6.22. Nutrición
- 2.2.6.23. Oftalmología
- 2.2.6.24. Oncología Clínica
- 2.2.6.25. Otorrinolaringología
- 2.2.6.26. Pediatría
- 2.2.6.27. Psicología, cobertura de 3 consultas/sesiones por beneficiario año de contrato
- 2.2.6.28. Psicopedagogía, cobertura de 3 consultas/sesiones por beneficiario año de contrato
- 2.2.6.29. Reumatología
- 2.2.6.30. Traumatología
- 2.2.6.31. Urología

2.2.7. Prestadores en convenio, Sistema Copago: Cobertura parcial, diferencia cargo paciente
2.2.8. Vacunatorio: vacunas que forman parte del P.A.I. proveídas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, según disponibilidad. Prestador en Convenio: Centro Médico La Costa

2.3. HONORARIOS MÉDICOS CLÍNICO QUIRÚRGICOS:

2.3.1. La cobertura de los honorarios del médico tratante en internaciones clínico/quirúrgicas, estará directamente relacionada con la cantidad máxima de días con cobertura sanatorial

2.3.2. PERIODOS DE CARENCIA para internaciones clínicas y/o cirugías detalladas en el ANEXO 1:

2.3.2.1. Las coberturas para eventos agudos y no relacionados a diagnósticos preexistentes: cobertura inmediata

2.3.2.2. Las coberturas para eventos programados y no relacionados a diagnósticos preexistentes: carencia 150 días

2.3.2.3. Las coberturas para eventos preexistentes declarados por el beneficiario y que formen parte de las cirugías y/o procedimientos detallados en el ANEXO 1: carencia 365 días

2.3.3. Sólo se cubrirán honorarios de los profesionales médicos que figuren en la Agenda de Profesionales en Convenio Plan EXCLUSIVO SUPERIOR, incluyendo:

2.3.3.1. Cirujano, ayudante e instrumentador en cirugías y procedimientos terapéuticos, que formen parte del Anexo A

2.3.3.2. Anestesiólogo

2.3.3.3. Presencia del Hemoterapeuta en el quirófano

2.3.3.4. Monitoreo intraoperatorio a cargo del clínico o pediatra, justificados por el cirujano tratante en la orden de internación quirúrgica.

2.3.4. Formarán parte de la cobertura los honorarios médicos diagnósticos y/o terapéuticos en las especialidades enunciadas en el punto 2.2.6. y detallados en el ANEXO 1, bajo las siguientes condiciones y limitaciones en la cobertura:

2.3.4.1. Anatomía Patológica: Cobertura total para materiales simples y neoplásicos, incluyendo honorarios por biopsias extemporáneas y un estudio de Inmunohistoquímica por beneficiario año de contrato

2.3.4.2. Cirugía Oncológica: Cobertura total de honorarios del equipo médico, en el primer acto quirúrgico

2.3.4.3. Cirugía Plástica Reparadora en eventos agudos (accidentes)

2.3.4.4. Dermatología, se excluyen los tratamientos de las lesiones actínicas de la piel y los tratamientos dermato-cosméticos

2.3.4.5. Diabetología, se excluyen los tratamientos clínicos/quirúrgicos de las complicaciones derivadas de la diabetes

2.3.4.6. Flebología, se incluyen las cirugías por láser con cobertura del 50% en concepto de honorarios del equipo quirúrgico incluyendo los honorarios del anestesiólogo. Se excluyen los tratamientos con finalidad estética

2.3.4.7. Ginecoobstetricia, se excluye el diagnóstico y tratamiento clínico/quirúrgico de la infertilidad y esterilidad, así como los métodos anticonceptivos, ligadura de trompas y vasectomía. Se excluyen los procedimientos por láser ginecológico en los casos de incontinencia urinaria, rejuvenecimiento genital y en cualquier otra patología estética

2.3.4.8. Oftalmología, cirugía refractiva para la corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo: 50% de cobertura en honorarios médicos y uso de láser (Centro de Cirugía Láser Sanatorio San Roque)

2.3.4.9. Transfusiones sanguíneas: hasta 15 (quince) transfusiones por evento, incluye estudio serológico. Los materiales de transfusión serán cargo paciente.

2.3.4.10. Nefrología, diálisis en eventos agudos (I.R.A.) de carácter reversible hasta 5 (cinco) sesiones por beneficiario año de contrato. Los materiales específicos, derechos y uso de máquina: cargo paciente

2.3.4.11. Prestadores en convenio Sistema Copago: diferencia cargo paciente

2.3.5. En internaciones clínico/quirúrgicas incluyendo la Unidad de Terapia Intensiva, cuando el médico tratante solicite la participación de especialistas en calidad de Interconsultores, se cubrirá una interconsulta y hasta tres visitas por especialidad, cuando los mismos sean médicos en convenio y formen parte de la Guía de Prestadores del Plan EXCLUSIVO SUPERIOR; las siguientes visitas que realicen dichos profesionales, serán de cargo del beneficiario con aranceles en convenio

2.3.6. Enfermedades Crónicas: Para beneficiarios que formen parte del Contrato al momento de la renovación se cubrirán las internaciones clínicas derivadas de enfermedades crónicas, tales como, descompensación y complicaciones de Diabetes Mellitus, Cardiopatías, siendo este detalle meramente enunciativo y no limitativo, formando parte de la cobertura los honorarios del Clínico en convenio, unidad cama standard, análisis de laboratorio según Anexo 2 y Estudios Diagnósticos según Anexo 3. Otros gastos como honorarios quirúrgicos, honorarios de especialistas, derechos operatorios, procedimientos terapéuticos, se beneficiarán con aranceles en convenio.

2.3.7. Cobertura del 50% en honorarios médicos para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que formen parte del ANEXO 1 y que sean realizados por otras técnicas y/o vías, tales como, Percutánea, Videolaparoscopia, Videoendoscopia y/o Radiofrecuencia, las diferencias resultantes serán cargo paciente

2.4. GASTOS SANATORIALES:

2.4.1. Cada Beneficiario tiene derecho a Cobertura total de unidad cama en habitación suite (según disponibilidad) o semi-suite, quedando a criterio del médico tratante el tiempo de internación con relación al diagnóstico y a la evolución de la dolencia.

2.4.2. PERIODOS DE CARENIA:

2.4.2.1. Las coberturas para eventos agudos y no relacionados a diagnósticos preexistentes: cobertura inmediata

2.4.2.2. Las coberturas para eventos programados y no relacionados a diagnósticos preexistentes: carencia 150 días

2.4.2.3. Las coberturas para eventos preexistentes: carencia 365 días

2.4.3. SANATORIOS EN CONVENIO:

2.4.3.1. Pacientes adultos: Sanatorios La Costa, Santa Julia y San Roque

2.4.3.2. Pacientes pediátricos: Sanatorio La Costa

2.4.4. Formarán parte de la cobertura en internación:

2.4.4.1. Habitación suite (según disponibilidad) o semi suite, incluye cama para el acompañante

2.4.4.2. Alimentación oral del paciente, indicada por su médico tratante o especialista

2.4.4.3. Atención del médico de guardia y enfermería de guardia

2.4.4.4. Derechos operatorios para cirugías que formen parte del detalle contemplado en el ANEXO 1

2.4.4.5. Análisis de Laboratorio según ANEXO 2

2.4.4.6. Estudios diagnósticos especializados, Procedimientos Terapéuticos e Imágenes, según ANEXO 3

2.4.4.7. Uso de equipos propios de los sanatorios en convenio:

2.4.4.7.1. Arco en C

2.4.4.7.2. Artroscopio

2.4.4.7.3. Bomba de infusión

2.4.4.7.4. Colchón de agua/aire/gel

2.4.4.7.5. Ecógrafo

2.4.4.7.6. Electrocardiógrafo

2.4.4.7.7. Equipo Rayos X

2.4.4.7.8. Faco

2.4.4.7.9. Fuente para cirugía de ojos

2.4.4.7.10. Fuente para R.T.U.

2.4.4.7.11. Goteo electrónico

2.4.4.7.12. Máquina de anestesia

2.4.4.7.13. Microscopio

2.4.4.7.14. Monitor en sala

2.4.4.7.15. Saturómetro

2.4.4.7.16. Videoesndoscopia

2.4.4.7.17. Videolaparoscopia

2.4.5. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA:

2.4.5.1. Si el Beneficiario requiere por su condición, internación en la Unidad de Terapia Intensiva adultos o pediátrica, tiene derecho a Cobertura total por un máximo de treinta (30) días por beneficiario 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, alimentación oral del paciente indicada por su médico tratante o especialista, médico y enfermera de guardia de la Unidad, estudios diagnósticos especializados e imágenes según Anexo 2 y 3.

2.4.5.2. Cuando el 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 en su totalidad.

2.4.6. COBERTURA DE MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES:

2.4.6.1. En internaciones clínicas y/o quirúrgicas incluyendo oxígeno y gases anestésicos: Cobertura hasta G. 4.000.000 (Guaraníes cuatro millones) para eventos que cuenten con cobertura de honorarios médicos. No incluye medicamentos e insumos de uso habitual ni de receta ambulatoria

2.4.6.2. En cirugías ambulatorias realizadas en el quirófano: Cobertura hasta G. 2.000.000 (Guaraníes dos millones) para eventos que cuenten con cobertura de honorarios médicos

2.4.7. Las órdenes emitidas por el médico tratante para cirugías programadas, deberán ser presentadas previamente en las oficinas de la Empresa o remitidas vía fax o correo electrónico, con una antelación mínima de cuarenta y ocho (48) horas a la fecha sugerida por el cirujano, con el fin de emitir un Presupuesto aproximado en base a las Condiciones Generales del Plan EXCLUSIVO SUPERIOR.

2.5. MATERNIDAD:

- 2.5.1. Cobertura exclusiva para la Titular o cónyuge del titular
- 2.5.2. PERIODO DE CARENCIA: 300 días a partir de la fecha de incorporación de la beneficiaria al Plan EXCLUSIVO SUPERIOR
- 2.5.3. PRESTADOR EN CONVENIO PARA INTERNACIÓN: Sanatorio La Costa
- 2.5.4. La cobertura contempla el seguimiento durante el embarazo hasta el alumbramiento, con el siguiente detalle de beneficios:
- 2.5.4.1. Consultas en consultorio
 - 2.5.4.2. Análisis de laboratorio: según ANEXO 2
 - 2.5.4.3. Ecografías: según ANEXO 3
 - 2.5.4.4. Estudios diagnósticos y de salud fetal: SEGÚN ANEXO 3
 - 2.5.4.5. Honorarios médicos: Ginecoobstetra, Pediatra, Anestesiólogo. En caso de Cesárea, ayudante, instrumentador y Transfusionista
 - 2.5.4.6. Internación de la madre, hasta 3 días en parto normal y hasta 4 días en cesárea
 - 2.5.4.7. Internación del recién nacido en Nursery, hasta 3 días en parto normal y hasta 4 días en cesárea
 - 2.5.4.8. Cuna térmica, luminoterapia convencional, incubadora y carpa de oxígeno, hasta 30 días
 - 2.5.4.9. Derecho a Sala de Partos o Quirófano
 - 2.5.4.10. Medicamentos y descartables, cobertura total en evento sin complicaciones. No incluye pañales, leche maternizada, chupete, biberón, etc., así como también, medicamentos de uso habitual (receta ambulatoria)
- 2.5.5. La incorporación de los recién nacidos deberá ser comunicada y realizada por el o la Titular del Contrato, 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 EXCLUSIVO SUPERIOR
- 2.5.6. Las complicaciones durante la maternidad (embarazo y/o alumbramiento) serán cubiertas de acuerdo con 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.
- 2.5.7. No tendrán cobertura, de conformidad con lo establecido en la cláusula "Exclusiones y Riesgos No Cubiertos" las prestaciones médicas y sanatoriales relacionadas con tratamientos de esterilidad y/o fertilidad, los estudios diagnósticos realizados para los tratamientos de fertilización asistida y/o seguimiento de los mismos, los embarazos consecuentes o producto de tratamientos, el parto normal o por cesárea y el tratamiento de el/los recién nacido/s inclusive en la unidad de cuidados intensivos.

2.6. URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS EN SANATORIO:

- 2.6.1. Cobertura total e inmediata para eventos agudos
- 2.6.2. SANATORIOS EN CONVENIO: Sanatorio La Costa, Sanatorio Santa Julia y Sanatorio San Roque
- 2.6.2.1. Atención Médico de Guardia las 24 horas, en las especialidades de:
 - 2.6.2.1.1. Clínica Médica
 - 2.6.2.1.2. Cirugía General
 - 2.6.2.1.3. Pediatría (exclusivamente en La Costa)
 - 2.6.2.1.4. Ginecoobstetricia (exclusivamente en La Costa)
 - 2.6.2.2. Centros Diagnósticos y Laboratorios con atención 24 horas, para estudios derivados del Servicio de Urgencias y las coberturas se registrarán por los ANEXOS 2 y 3 respectivamente:
 - 2.6.2.2.1. Laboratorio
 - 2.6.2.2.2. Radiología

2.6.2.2.3. Ecografías

2.6.2.2.4. Resonancia (Sanatorios La Costa y Santa Julia)

2.6.2.2.5. T.A.C.

2.6.2.2.6. Estudios Diagnósticos especializados (fuera de horario hábil, con médicos especialistas de guardia al llamado)

2.6.2.3. Cobertura total de honorarios médicos:

2.6.2.3.1. Consultas con médico de guardia

2.6.2.3.2. Interconsultas con especialistas en convenio convocados por el médico de guardia.

La participación de Interconsultores con sistema copago, cobertura parcial

2.6.2.3.3. Procedimientos realizados por el médico de guardia o por el interconsultor convocado por el médico de guardia en sala de procedimientos, tales como:

2.6.2.3.3.1. Suturas

2.6.2.3.3.2. Curaciones

2.6.2.3.3.3. Extracción de Cuerpos Extraños

2.6.2.3.3.4. Drenaje de abscesos y hematomas

2.6.2.3.3.5. Taponamiento nasal

2.6.2.3.3.6. Enyesado simple

2.6.2.3.3.7. Extracción de uña encarnada

2.6.2.3.3.8. Lavado de oídos

2.6.2.4. Cobertura total de Enfermería, para los siguientes procedimientos:

2.6.2.4.1. Nebulizaciones

2.6.2.4.2. Aplicación de inyectables

2.6.2.4.3. Toma de Presión Arterial

2.6.2.5. Medicamentos y descartables, cobertura total. No se incluyen los medicamentos de uso habitual o de receta ambulatoria, aun cuando la misma haya sido expedida por el médico de guardia o interconsultor

2.6.2.6. Los estudios diagnósticos derivados de la atención de urgencia que formen parte del Anexo 2 y Anexo 3, serán de cobertura total y no se cobrarán recargos por fuera de horario

2.6.3. El servicio de ambulancias para traslados desde el domicilio al sanatorio será de Cobertura total, cuando las condiciones del paciente así lo ameriten.

2.6.3.1. Área de cobertura: Asunción, Gran Asunción (Fernando de Mora, Luque, San Lorenzo, Ñemby, Lambaré, Villa Elisa, M. R. Alonso).

2.7. ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y ANÁLISIS LABORATORIALES: según Anexos

2.7.1. Todos los estudios diagnósticos y Análisis de Laboratorio deberán ser solicitados por un profesional médico, quien emitirá una orden escrita, consignando los siguientes datos:

2.7.1.1. Nombre del paciente

2.7.1.2. Estudio/s solicitado/s

2.7.1.3. Fecha de emisión, firma y sello del médico tratante en convenio.

2.7.1.4. No tendrán cobertura, estudios agregados a la orden médica original

2.7.2. ANÁLISIS DE LABORATORIO: ANEXO 2

2.7.2.1. LABORATORIOS EN CONVENIO:

2.7.2.1.1. Laboratorio Centro Médico La Costa

2.7.2.1.2. Laboratorio Centro Médico La Costa-Lynch

2.7.2.1.3. Laboratorio Centro Médico Santa Julia

2.7.2.1.4. Laboratorio San Roque

2.7.2.1.5. Laboratorio San Roque, Sucursal Villa Morra

2.7.2.2. PERIODOS DE CARENCIA:

2.7.2.2.1. Análisis de rutina: Vigencia inmediata

2.7.2.2.2. Análisis especializados: 30 y 60 días de carencia, ver Anexo

- 2.7.2.3. El servicio incluye toma de muestras en domicilio, sin recargo:
 2.7.2.3.1. Laboratorio San Roque, previo agendamiento (248-9000)
 2.7.2.3.2. Laboratorio La Costa, previo agendamiento al wasap 0986-123.344 y
 0982-720.986

2.7.3. ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS E IMÁGENES: ANEXO 3

2.7.3.1. CENTROS DIAGNÓSTICOS EN CONVENIO:

- 2.7.3.1.1. Centro Médico La Costa
 2.7.3.1.2. Centro Médico La Costa-Lynch
 2.7.3.1.3. Centro Médico Santa Julia

2.7.3.2. PERIODOS DE CARENCIA:

- 2.7.3.2.1. Electrocardiograma y radiografías simples: Vigencia inmediata
 2.7.3.2.2. Estudios diagnósticos e imágenes especialidades: 30 y 60 días de carencia, ver
 Anexo

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

2.7.3.4. Medicamentos, descartables y contrastes utilizados en estudios de radiología, Tomografías (TAC) y Resonancias: Cobertura hasta G. 400.000 (Guaraníes cuatrocientos mil), no incluye materiales/isótopos radioactivos

2.8. TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA:

2.8.1. FISIOTERAPIA AMBULATORIA:

2.8.1.1. PERIODO DE CARENCIA: 30 días

- 2.8.1.1.1. Fisioterapia derivada de eventos traumatológicos: cobertura total e ilimitada
 2.8.1.1.2. Fisioterapia respiratoria: cobertura total hasta veinte (20) sesiones por beneficiario por año de contrato

2.8.1.2. PERIODO DE CARENCIA: 60 días

- 2.8.1.2.1. Fisioterapia neurológica: cobertura total hasta diez (10) sesiones por beneficiario por año de contrato
 2.8.1.2.2. Hidroterapia traumatológica, cobertura total hasta quince (15) sesiones por beneficiario por año de contrato
 2.8.1.2.3. Ondas de Choque, cobertura parcial hasta tres (3) sesiones beneficiario/año de contrato

2.8.2. FISIOTERAPIA EN INTERNACIÓN:

2.8.2.1. PERIODO DE CARENCIA: 150 días

- 2.8.2.1.1. Tratamientos de fisioterapia post quirúrgicos, cobertura total hasta quince (15) sesiones por beneficiario por año de contrato

2.8.3. Otros tipos de tratamiento incluyendo los de reeducación postural, estimulación temprana, pilates: aranceles cargo paciente

2.9. URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CONSULTAS DOMICILIARIAS:

2.9.1. La atención domiciliaria se realizará a través de SASA, debiendo presentar el Beneficiario cédula de identidad, en el momento de la atención

- 2.9.1.1. Atención de urgencia y/o emergencias, Cobertura total
 2.9.1.2. Traslados al Sanatorio derivados de la urgencia y/o emergencia, Cobertura total
 2.9.1.3. Electrocardiograma a domicilio, Cobertura total
 2.9.1.4. Medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia, Cobertura total
 2.9.1.5. Consulta médica a domicilio, cobertura total

2.9.2. Las atenciones de enfermería en domicilio, para tratamientos (colocación de inyectables, nebulizaciones), no derivadas de la atención de urgencia y/o emergencia, serán de cargo del beneficiario con un arancel preferencial

2.9.3. La zona de cobertura de este servicio está relacionada a Asunción y Gran Asunción (Fernando de Mora, Luque, San Lorenzo, Ñemby, Lambaré, Villa Elisa, Capiatá y M. R. Alonso)

2.10. ALTA COMPLEJIDAD (AC):

2.10.1. PERIODO DE CARENCIA:

2.10.1.1. Eventos agudos: 180 días

2.10.1.2. Eventos preexistentes: declarados por el beneficiario y que formen parte de las cirugías y/o procedimientos detallados en el ANEXO 1 con la sigla "AC": 365 días

2.10.2. HONORARIOS MÉDICOS, los beneficiarios gozarán de los servicios de alta complejidad médico-quirúrgica y cuya cobertura será la siguiente:

2.10.2.1. Queda establecido que las especialidades quirúrgicas cubiertas son Cardiocirugía, Neurocirugía y Cirugía Vascular con su correspondiente detalle de procedimientos quirúrgicos incluidos en esta cobertura de Alta Complejidad, según ANEXO 1 con las siglas "AC"

2.10.2.2. La cobertura se inicia en el momento en que el paciente ingresa a quirófano e incluye:

2.10.2.2.1. Honorarios del equipo quirúrgico en convenio Plan EXCLUSIVO SUPERIOR (cirujano especialista, ayudantes e instrumentador) y honorarios anestesiólogo, según Anexo 1 AC

2.10.2.2.2. Honorarios Transfusionista, hasta 15 (quince) transfusiones por evento incluyendo estudio serológico. No incluye materiales

2.10.2.2.3. Honorarios por soporte nutricional, ya sea por vía enteral o parenteral.

2.10.2.3. En los casos de accidentes que requieran atención multidisciplinaria de especialistas no contemplados en el Punto 3. ALTA COMPLEJIDAD, los tratamientos ya sean clínicos o quirúrgicos serán cubiertos según lo dispuesto en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan EXCLUSIVO SUPERIOR

2.10.3. INTERNACIÓN QUIRÚRGICA:

2.10.3.1. SANATORIOS EN CONVENIO:

2.10.3.1.1. PACIENTES ADULTOS: Sanatorios La Costa, Santa Julia y San Roque

2.10.3.1.2. PACIENTES PEDIÁTRICOS: Sanatorio La Costa

2.10.3.2. Las órdenes de internación programadas emitidas por el médico tratante deberán ser presentadas previamente en las oficinas de la Empresa para la emisión de su cobertura según las Condiciones Generales del Plan

2.10.3.3. Las internaciones se realizarán en habitaciones individuales semi-suite o suite (según disponibilidad) que cuentan con: teléfono, aire acondicionado, T.V. color con sistema de cable, cama para el acompañante, baño privado. Incluyendo, alimentación oral del paciente según lo indicado por el médico tratante o especialista, servicio de enfermería y médicos de guardia del sanatorio

2.10.3.4. Internación post quirúrgica en UTI durante el tiempo que el cirujano especialista estime que las condiciones son de Alta Complejidad, una vez superadas el cirujano tratante procederá a su alta médica. No incluye las complicaciones derivadas de otras patologías no consideradas como de Alta Complejidad ni relacionadas con el evento en curso

2.10.3.5. Se entenderá por ALTA MEDICA, término previsto en la cláusula "3.5.", la finalización del tratamiento practicado a un paciente/beneficiario por el médico cirujano especialista que presta los servicios de ALTA COMPLEJIDAD y su posterior traslado al médico tratante general, momento en el que entrará a regir lo establecido en las Condiciones Generales de Prestación y los beneficios de la Cobertura médica básica

- 2.10.3.6. Medicamentos y descartables hasta G. 50.000.000 (Guaraníes cincuenta millones), por el período en que el evento se encuentre dentro de las condiciones de Alta Complejidad
- 2.10.3.7. Derechos operatorios
- 2.10.3.8. Uso de equipos e instrumentales propios del sanatorio, según detalle consignado en la cláusula 2.3.4.7.
- 2.10.3.9. Estudios diagnósticos y análisis de laboratorio, según anexos que forman parte de las Condiciones Generales del Plan EXCLUSIVO SUPERIOR
- 2.10.3.10. Se excluyen:
- 2.10.3.10.1. La provisión de cualquier tipo de prótesis e implantes, incluyendo marcapasos
 - 2.10.3.10.2. Terapias de sustitución renal
 - 2.10.3.10.3. Preparados (bolsas), suplementos y/o fórmulas nutricionales. Materiales de transfusión, instrumentales y/o equipos específicos de cada especialidad
 - 2.10.3.10.4. Honorarios y gastos derivados de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos no detallados taxativamente en este apartado y en el Anexo 1
 - 2.10.3.10.5. Medicamentos que no guarden relación con la patología y/o medicamentos de uso habitual. Insumos no quirúrgicos, tales como, pañales, baño fácil u otros similares
- 2.10.3.11. OBSERVACIONES GENERALES:
- 2.10.3.11.1. En caso de requerirse una reintervención por complicación propia de la cirugía/procedimiento original, la misma será reconocida como el mismo evento y cubierto dentro del mismo tope de cobertura en lo referente a Gastos Sanatoriales, Medicamentos y Descartables, siempre que sea realizada hasta los 30 días posteriores a la intervención primaria. Pasado este plazo, las reintervenciones serán beneficiadas con Aranceles Diferenciados
 - 2.10.3.11.2. No incluyen las complicaciones derivadas de otras patologías no consideradas de Alta Complejidad, y que no se encuentren relacionadas al evento cubierto
- 2.10.4. HEMODINAMIA CARDIOLÓGICA: CATETERISMO CARDIACO Y ANGIOPLASTIAS CORONARIAS
- 2.10.4.1. PERIODO DE CARENIA: 180 días
- 2.10.4.2. PRESTADORES EN CONVENIO:
- 2.10.4.2.1. Servicio de Hemodinamia Sanatorio La Costa
 - 2.10.4.2.2. Servicio de Hemodinamia Sanatorio San Roque
- 2.10.4.3. La cobertura total incluye:
- 2.10.4.3.1. Honorarios del Cardiólogo Hemodinamista en convenio, ayudante y Anestesiólogo
 - 2.10.4.3.2. Uso de sala de Hemodinamia
 - 2.10.4.3.3. Uso de equipo de Hemodinamia
 - 2.10.4.3.4. Stent no medicado hasta dos (2) por beneficiario por año contrato. Stent medicado, hasta uno (1) por beneficiario por año de contrato
 - 2.10.4.3.5. Medicamentos y descartables hasta G. 4.000.000 (Guaraníes cuatro millones), por evento. Materiales específicos, cargo paciente
 - 2.10.4.3.6. Otros servicios sanatoriales y/o diagnósticos, según lo establecido en las Condiciones Generales del Plan
- 2.10.4.4. OBSERVACIONES GENERALES:
- 2.10.4.4.1. En caso de requerirse una reintervención por complicación propia del procedimiento original, la misma será reconocida como el mismo evento y cubierto dentro del mismo tope de cobertura en lo referente a Gastos Sanatoriales, Medicamentos y Descartables, siempre que sea realizada hasta los 30 días posteriores a la intervención primaria. Pasado este plazo, las reintervenciones serán beneficiadas con Aranceles Diferenciados
 - 2.10.4.4.2. No incluyen las complicaciones derivadas de otras patologías no consideradas de Alta Complejidad, y que no se encuentren relacionadas al evento cubierto
- 2.10.5. ONCOLOGÍA CLÍNICA Y RADIOTERAPIA:
- 2.10.5.1. PERIODOS DE CARENIA: 180 días

2.10.5.2. PRESTADOR EN CONVENIO:

2.10.5.2.1. REVITA - Centro Oncológico Integral

2.10.5.3. TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA (con drogas convencionales, protocolos aprobados por Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales), ASOCIADOS O NO A CIRUGÍA PARA ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS EN ESTADIO I-II y III. La cobertura incluye:

2.10.5.3.1. Tratamientos de Quimioterapia por infusión de drogas: Honorarios Médicos del Oncólogo Clínico cobertura total por hasta seis (6) ciclos de quimioterapia, por beneficiario por año de contrato.

2.10.5.3.2. Unidad Hospital Día o unidad cama en habitación semi-suite, según indicación escrita del Oncólogo tratante

2.10.5.3.3. Cobertura por Medicamentos incluyendo Drogas Oncológicas por infusión y Materiales Descartables, hasta G. 4.000.000.- (guaraníes cuatro millones) por cada ciclo, por beneficiario por año de contrato

2.10.5.4. RADIOTERAPIA CURATIVA CON ACELERADOR LINEAL: cobertura total para un tratamiento para beneficiario por año de contrato

2.10.5.5. OTRAS COBERTURAS:

2.10.5.5.1. Pet-Scan, para pesquisa de metástasis o recidiva de enfermedad, tope: un estudio por año

2.10.5.5.2. Evaluación Nutricional: cobertura total

2.10.5.5.3. Psico-Oncología, cobertura de las 3 primeras sesiones, siguientes con arancel diferenciado

2.10.5.6. Exclusiones:

2.10.5.6.1. Tratamientos Monoclonales, Inmunomoduladores, hormonoterapia, tratamientos neoadyuvantes, drogas orales. Medicamentos de uso habitual

2.10.5.6.2. Tratamientos de Quimioterapia para Ca. Metastásico

2.10.5.6.3. Esta cobertura no incluye las complicaciones entre ellas las inmunodepresiones, que pudieran derivar de los tratamientos de Quimioterapia/Radioterapia

2.10.5.6.4. Tratamientos de Radioterapia Paliativa

2.11. URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS, FUERA DE ASUNCIÓN Y GRAN ASUNCIÓN:

2.11.1. URGENCIA MÉDICA: Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata, tales como:

2.11.1.1. Abdomen agudo quirúrgico

2.11.1.2. Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento.

2.11.1.3. Fracturas óseas.

2.11.1.4. Insuficiencia cardiorrespiratoria aguda.

2.11.1.5. Partos de urgencia

2.11.2. Los reembolsos, se efectuarán contra la presentación del comprobante legal de pago, a nombre de ASISMED S.A. (R.U.C. 80016658-2), el cual deberá consignar el nombre del Beneficiario que utilizó dicho servicio y detalle de los servicios brindados, certificación escrita del diagnóstico y de los procedimientos realizados, estableciendo claramente el nombre del paciente y la fecha de atención, firmada y sellada por el médico tratante. Esta documentación deberá ser presentada en las oficinas de ASISMED, dentro de los primeros 10 (diez) de ocurrido el evento y cuyo reembolso se hará efectivo dentro de los siguientes 10 (diez) días hábiles.

2.11.3. Los reembolsos debidamente documentados y autorizados por la Auditoría Médica de ASISMED, tendrán un tope máximo de G. 2.000.000.- (Guaraníes dos millones) por evento por beneficiario

2.12. 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.

- 2.12.1. Estudios diagnósticos y análisis de laboratorio que no formen parte de los Anexos 2 y 3, o sean utilizados antes de cumplir los períodos de carencia
- 2.12.2. Servicios y gastos derivados de Terapias de sustitución renal
- 2.12.3. Servicios y gastos derivados de Enfermedades preexistentes y crónicas declaradas por el beneficiario previo al ingreso, antes de cumplidos los períodos de carencia
- 2.12.4. Servicios y gastos derivados de Malformaciones congénitas y/o genéticas
- 2.12.5. Honorarios Médicos, estudios diagnósticos, análisis de laboratorio y otros servicios, que sobrepasen los topes establecidos
- 2.12.6. Cirugías, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos no contemplados en las Condiciones Generales del Plan y que no formen parte del Anexo 1, o sean utilizados antes de cumplidos los períodos de carencia
- 2.12.7. Tratamientos de Odontología
- 2.12.8. Servicios y gastos derivados de cirugías y procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos considerados de Alta Complejidad en las especialidades de Cardiocirugía, Cirugía Vasculor Periférica y Neurocirugía, no contemplados en el detalle de procedimientos Cláusula 3. ALTA COMPLEJIDAD, Anexo 1
- 2.12.9. Procedimientos de Hemodinamia y todo gasto no contemplados en la Cláusula 4.
- 2.12.10. Tratamientos, procedimientos diagnósticos y o terapéuticos y todo gasto no contemplado en la Cláusula 5
- 2.12.11. Cirugía Bariátrica

3. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA:

3.1. 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:

- 3.1.1. Para determinar pacientes con muerte cerebral se aplicará el protocolo de muerte cerebral establecido por el INAT
 - 3.1.1.1. La muerte cerebral o encefálica es un estado en donde hay una pérdida total e irreversible de las funciones cerebrales (conciencia + funciones vegetativas).
- 3.1.2. Pacientes en estado de coma y/o estado vegetativo persistente, cuya condición supere las 4 semanas sin lograr recuperación total de conciencia
 - 3.1.2.1. El estado vegetativo persistente es una condición clínica en que la persona no da ningún signo evidente de consciencia de sí o del ambiente, y parece incapaz de interactuar con los demás o de reaccionar a estímulos adecuados
 - 3.1.2.2. El coma es un estado grave de pérdida de consciencia, constituye un síndrome y una expresión de un fuerte trastorno de las funciones cerebrales
- 3.1.3. En estos casos quedará a cargo de familiares y/o responsables, el traslado del paciente a otro centro asistencial o asumir todos los gastos médicos sanatoriales que represente mantenerlo internado en el Sanatorio en estas condiciones

4. DE LAS LIMITACIONES EN LA COBERTURA:

- 4.1. Quedan excluidos de Cobertura del Plan EXCLUSIVO SUPERIOR:
 - 4.1.1. Toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas
 - 4.1.2. Lesiones que sobrevengan en estado de enajenamiento mental, ebriedad o bajo la influencia de estupefacientes, alcaloides, alcohol con sus alteraciones agudas o secuelas crónicas, etilismo
 - 4.1.3. Tratamiento de lesiones provocadas voluntariamente por el beneficiario o que sean consecuencia de tentativas de suicidio, participación en riñas, revolución, subversión,

tumultos populares, guerra declarada o no, conflictos laborales o por crímenes u otros delitos o infracciones

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

4.1.5. Gastos derivados de servicios utilizados en consultorios, sanatorios, laboratorios, centros diagnósticos y cualquier otro servicio realizado por prestadores que no forme parte de la Guía de Prestadores Plan EXCLUSIVO SUPERIOR, aun cuando los mismos, cuenten con contrato en calidad de prestador en convenio con ASISMED para otros planes

4.1.6. Tratamientos de esterilidad, fertilidad y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación de D.I.U. (dispositivo intrauterino). Embarazos y partos consecuentes o producto de los tratamientos de fertilización asistida, incluyendo: los estudios de diagnósticos, por ejemplo: Ecografías obstétricas y/o transvaginales, Perfil Biofísico, Monitoreo Fetal, Monitoreos ovulatorios, etc., así como el tratamiento de el/los recién nacido/s incluso en la unidad de cuidados intensivos neonatales

4.1.7. Gastos que pudieran ser reintegrados al beneficiario por otras organizaciones, aseguradoras médicas o similares, o que se originasen por acción u omisión de terceros o derivados de los mismos

4.1.8. Cirugías optativas, tratamientos paliativos, cirugía plástica o estética, salvo la inmediata o inicial que pudiera ser necesaria a raíz de un accidente. Dermoestética y/o cosmiatría

4.1.9. Lesiones causadas por fenómenos naturales como: sismos, inundaciones o cualquier otra catástrofe

4.1.10. Honorarios profesionales y cualquier otro gasto generado por prestaciones derivadas o causadas por epidemias, pandemias y cualquier otro tipo de eventos similares

4.1.11. Gastos extras dentro o fuera de la internación, no relacionados con la atención médica del paciente, ejemplo: comunicaciones telefónicas, servicio de acompañante, boutique, enfermería privada, utilización de la habitación por acompañantes cuando el paciente se encuentre internado en la Unidad de Terapia Intensiva, etc.

4.1.12. Provisión de anteojos, lentes de contacto, audífonos, cama ortopédica, silla de ruedas en domicilio, prótesis e implantes de cualquier tipo, Stent, Coils, sustancias viscoelásticas, uso de instrumental y materiales/instrumentales específicos de cada especialidad, órtesis, marcapasos bicamerales, resincronizadores y otros dispositivos, endoprótesis, mallas, lente intraocular, materiales de osteosíntesis, materiales radioactivos, materiales de transfusión, fórmulas y/o preparados nutricionales (bolsas), fibras (láser), Plasma, sangre, órtesis, gafas. Dispositivos de cualquier índole. Medicamentos, materiales descartables, y contrastes, que sobrepasen las coberturas estipuladas en las "Condiciones Generales de Prestación y Beneficios Plan EXCLUSIVO SUPERIOR"

4.1.13. Internación y honorarios médicos por cirugías y curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo, de sueño, cámara hiperbárica

4.1.14. Internaciones posteriores al alta médica

4.1.15. Dietología, cosmetología y podología

4.1.16. Tratamientos e internaciones de pacientes psiquiátricos

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

4.1.18. Enfermedades preexistentes y crónicas, así como cualquier evento previo al ingreso o antes de cumplido los períodos de carencia y las no declaradas por el beneficiario al ingreso. Malformaciones congénitas y/o genéticas

4.1.19. Maternidad para quien no sea titular o cónyuge del beneficiario titular

4.1.20. Medicamentos y materiales descartables de uso habitual o de receta ambulatoria

4.1.21. Cobertura internacional

4.1.22. Materiales, insumos y medicamentos, que no sean proveídos por farmacias u otros centros habilitados en la República del Paraguay o que no cuenten con el debido registro en el MSPyBS

- 4.1.23. Pacientes con serología positiva para H.I.V., tratamiento de enfermedades derivadas del S.I.D.A.
- 4.1.24. Transporte aéreo de pacientes
- 4.1.25. Vacunas, excepto las proveídas por el MSPyBS disponibles en el vacunatorio del Centro Médico La Costa
- 4.1.26. Lesiones que surjan como consecuencia de accidentes de tránsito ocasionados en transgresión de las leyes vigentes
- 4.1.27. Quemaduras cuando excedan el 30% de la superficie corporal.
- 4.1.28. Servicios que debido a su extrema urgencia sean utilizados por los beneficiarios (internación de beneficiarios en centros hospitalarios no habilitados) y no sean comunicados a la Empresa para su eventual traslado, deberán ser comunicados antes de las 24 horas siguientes al ingreso
- 4.1.29. No serán cubiertos por la Empresa todos aquellos tratamientos, prácticas o cirugías enunciadas a continuación:
 - 4.1.29.1. Que se encuentren en estado experimental
 - 4.1.29.2. Que no sean avalados científicamente o que no formen parte de los Nomencladores de las Sociedades Médicas
 - 4.1.29.3. Que se opongan a normas legales vigentes
 - 4.1.29.4. Trasplantes de órganos
 - 4.1.29.5. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación en competencias o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole, que debidamente sean probadas que fueron ocasionadas en estas circunstancias
- 4.1.30. Todo lo que no esté debidamente expresado en el contrato y sus anexos

GLOSARIO DE TERMINOS CONTRACTUALES

- **ACCIDENTE:** se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevisto, fortuito, súbito y violento por cuya consecuencia un beneficiario puede sufrir lesiones corporales que requieran atención médica o le causen la muerte.
- **ACTO MÉDICO:** prestación realizada por un profesional médico legalmente habilitado para ello, en el ejercicio de su profesión, en un sanatorio, consultorio o domicilio
- **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 SANATORIAL:** acto médico que determina el egreso del paciente de un centro hospitalario/ sanatorial post-internación con recomendaciones e indicaciones a fin de continuar su tratamiento en forma ambulatoria
- **ALTA VOLUNTARIA:** es el caso en el que el paciente, expresare su voluntad de no ser tratado o manifiestare 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.
- **ANTINEOPLASICO (o Citostático):** Sustancias que impiden el desarrollo, crecimiento, o proliferación de células tumorales malignas catalogadas como tal.
- **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 (estancia de duración inferior a 24 horas)
- **ASISTENCIA SANATORIAL:** la que se presta en un Sanatorio en régimen de internación durante un mínimo de 24 horas para el tratamiento médico o quirúrgico del beneficiario.
- **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 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.
- **CICLO DE QUIMIOTERAPIA:** período específico de tratamiento seguido de un período de recuperación
- **CIRUGIA, TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO ELECTIVO:** la cirugía electiva es el nombre que se le da a toda aquella cirugía que no sea de emergencia y que pueda ser demorada al menos por 24 horas.
- **CIRUGÍA, TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO OPTATIVO:** que no es obligatorio, sino que puede elegirse o no.
- **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 con 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.
- **COPAGO:** 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, que no es objeto de reembolso por parte de ASISMED S.A.
- **ENFERMEDAD O CONDICION PRE-EXISTENTE:** es aquella que fue diagnosticada por un médico o que presentó síntomas, desórdenes y/o signos evidentes, antes de la incorporación del beneficiario. Estas condiciones deben ser manifestadas por el beneficiario en la Declaración Jurada de Salud para su evaluación por parte de ASISMED través de su Departamento Médico.
- **ENFERMEDAD:** se entenderá por enfermedad a toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.
- **ENFERMEDADES CRÓNICAS:** Son aquellas persistentes o que continúan durante un período de tiempo igual o superior a 6 semanas.
- **ENFERMEDADES O DESORDENES CONGENITOS:** son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten.
- **EVENTO:** para efectos del presente Contrato se entiende por Evento "a todo suceso relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones, hasta tanto no se hayan resuelto e independientemente de la cantidad de internaciones y/o procedimientos médico-quirúrgicos que requiera.
- **EXCLUSIONES:** se denomina así a todos los eventos que no se encuentran cubiertos por el plan de cobertura médica, y que se encuentran detallados en las Condiciones generales del plan, sean ellos circunstancias, gastos, padecimientos, procedimientos y/o tratamientos.
- **HOSPITAL/SANATORIO:** establecimiento de salud destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen de internación a la población pudiendo disponer de asistencia ambulatoria u otros servicios.
- **IMPLANTE:** producto sanitario diseñado para ser insertado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica o técnica especial, con finalidad diagnóstica, terapéutica y/o estética, y destinado a permanecer allí después de dicha intervención.
- **INTERCONSULTA:** consulta realizada durante el ingreso sanatorial por un especialista diferente al médico tratante
- **INTERNACIÓN:** admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período igual o mayor a 24 horas.
- **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.
- **PATOLOGÍA AGUDA:** aquella que aparece de forma súbita, limitada en el tiempo y que requiere tratamiento temprano
- **PATOLOGÍA CRONICA REAGUDIZADA:** patología crónica que presenta exacerbación aguda
- **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 SALUD:** es el Menú de Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Diagnósticas establecidas en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado.

- **PRESTADORES 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 de Profesionales Médicos, y ante quienes el beneficiario puede acudir a su libre elección y de conformidad al Plan de Cobertura médica contratado.
- **PRÓTESIS:** sustitutivo artificial que, implantado de una forma temporal o permanente, mediante técnica especial operatoria, suple a un tejido u órgano o complementa su función fisiológica.
- **URGENCIA MÉDICA:** todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.



*Beneficios Exclusivos
para una mejor calidad de vida*

ANEXOS

ASISMED

PLAN
EXCLUSIVO
ESTÁNDAR

REFERENCIAS:

CP: Cobertura parcial del arancel en convenio, diferencia a cargo del paciente

CC: Cobertura compartida, 50% a cargo de ASISMED y 50% a cargo del paciente

CT: Cobertura Total (100%)

ANEXO 1

COBERTURA DE HONORARIOS MÉDICOS	COBERTURA
CONSULTAS EN CONSULTORIO	CT
CONSULTAS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS: MEDICO DE GUARDIA	CT
INTERCONSULTAS	
INTERCONSULTA ESPECIALISTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	CT
INTERCONSULTA ESPECIALISTA EN SALA	CT
INTERCONSULTA DE ESPECIALISTA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	CT
VISITAS EN INTERNACION	
VISITAS EN SALA DEL MEDICO TRATANTE	CT
VISITA EN SALA DEL ESPECIALISTA INTERCONSULTOR	CT
ATENCION EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	
HONORARIOS DEL TERAPISTA COORDINADOR - UTI ADULTOS	CT
HONORARIOS DEL TERAPISTA COORDINADOR - UTI PEDIATRICA	CT
PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA	
INSTALACION DE VIA VENOSA CENTRAL	CT
INSTACION DE VIA VENOSA UMBILICAL	CT
INSTACION DE VIA ARTERIAL	CT
PUNCION LUMBAR	CT
DRENAJE LUMBAR	CT
DESCUBIERTA VENOSA	CT
DESCUBIERTA VENOSA YUGULAR	CT
MONITOREO INTRAOPERATORIO: CLINICO/PEDIATRA	
MONITOREO INTRAOPERATORIO MEDIANA COMPLEJIDAD	CT
MONITOREO INTRAOPERATORIO ALTA COMPLEJIDAD	CT
SISTEMA NERVIOSO	
OPERACIONES SOBRE EL CRÁNEO	
CRANEOPLASTIA	AC
REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS CON ELEVACIÓN O EXTIRPACIÓN DE FRAGMENTOS	AC
CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA	AC
EXTIRPACIÓN DE LESIÓN TUMORAL CRANEANA	AC
OPERACIONES INTRACRANEANAS	
VENTRICULOSTOMÍA	AC
REVISION PROXIMAL, DISTAL DE DERIVACION VENTRICULAR O LUMBAR	AC
EXTIRPACIÓN DE TUMORES O CUERPOS EXTRAÑOS VÍA ENDOSCÓPICA	AC
EVACUACIÓN DE COLECCIONES EPIDURALES (HEMATOMA, ETC)	AC

EVACUACION COLECCIONES SUBDURALES, INTRACEREBRALES (ACV HEMORRAGICO)	AC
REPARACIÓN DE FÍSTULAS DE LÍQUIDO CÉFALO RAQUÍDEO (LCR)	AC
EXTIRPACIÓN DE LESIONES EN LOS HEMISFERIOS CEREBRALES Y VENTRÍCULOS LATERALES	AC
EXTIRPACIÓN DE LESIONES EN LA REGIÓN SELAR, FOSA POSTERIOR, REGIÓN DE LA PINEAL Y TERCER VENTRÍCULO	AC
RESECCIÓN TRANSESFENOIDAL DE LESIONES	CC
CLIPADO DE ANEURISMAS DE CIRCULACIÓN ANTERIOR	AC
CLIPADO DE ANEURISMAS DE CIRCULACIÓN POSTERIOR	AC
RESECCIÓN DE MALFORMACIONES ARTERIO VENOSAS, VENOSAS, CAVERNOMAS, ETC.	AC
BIOPSIA CEREBRAL	CT
DESCOMPRESIÓN NEUROVASCULAR	AC
OPERACIONES SOBRE LA MÉDULA ESPINAL	
EVACUACIÓN DE COLECCIONES EPIDURALES O SUBDURALES ESPINALES	AC
EXTIRPACIÓN DE TUMORES EXTRADURALES O INTRADURALES EXTRAMEDULARES	AC
EXTIRPACIÓN DE TUMORES INTRAMEDULARES	AC
EXTIRPACIÓN DE MALFORMACIONES VASCULARES MEDULARES	CC
RIZOTOMÍAS	CT
SIRINGOMIELIA O QUISTES MEDULARES	CP
OPERACIONES SOBRE LA COLUMNA VERTEBRAL	
EXTIRPACIÓN DE HERNIAS DISCALES CERVICAL 1 NIVEL - VÍA ANTERIOR	CT
EXTIRPACIÓN DE HERNIAS DISCALES CERVICAL 2 O MÁS NIVELES - VIA ANTERIOR	CT
EXTIRPACIÓN DE HERNIAS DISCALES CERVICAL 1 NIVEL - VÍA POSTERIOR	CT
EXTIRPACIÓN DE HERNIAS DISCALES CERVICAL 2 O MÁS NIVELES - VIA POSTERIOR	CT
EXTIRPACIÓN DE HERNIA TORÁXICA	CC
EXTIRPACIÓN DE HERNIA LUMBAR 1 NIVEL	CT
EXTIRPACIÓN DE HERNIA LUMBAR 2 O MÁS NIVELES	CT
EXTIRPACIÓN DE HERNIA LUMBAR VÍA ENDOSCÓPICA	CT
LAMINECTOMÍA CERVICAL O TORÁCICA	CC
TRATAMIENTO DEL CANAL ESTRECHO LUMBAR 1 NIVEL	CC
TRATAMIENTO DEL CANAL ESTRECHO LUMBAR 2 O MÁS NIVELES	CC
CORPECTOMIA CERVICAL, TORACICA O LUMBAR	CC
BIOPSIA QUIRÚRGICA DE LAS PARTES DE LA VERTEBRA	CT
ARTRODESIS CRANEO/CERVICAL	CC
ARTRODESIS CERVICAL - VÍA ANTERIOR	CC
ARTRODESIS CERVICAL VÍA POSTERIOR	CC

ARTRODESIS TORÁCICA - VÍA ANTERIOR	CC
ARTRODESIS TORÁCICA VÍA POSTERIOR	CC
ARTRODESIS LUMBAR - VÍA ANTERIOR	CC
ARTRODESIS LUMBAR VÍA POSTERIOR	CC
OPERACIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS	
NEURÓLISIS DE NERVIOS PERIFÉRICOS	CT
SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	CT
SINDROME DEL TUNEL CUBITAL O TARSIANO	CT
REPARACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS	CT
REPARACIÓN DE NERVIOS FACIALES	CC
REPARACIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL, LUMBAR, ETC	CC
EXTIRPACIÓN DE TUMORES DE NERVIOS PERIFÉRICOS, CON REPARACIÓN DEL MISMO	CT
PROCEDIMIENTO MENORES Y NEURORRADIOLÓGICOS	
PUNCIÓN LUMBAR	CT
COLOCACIÓN DE CATETER LUMBAR CONTÍNUO (TTO DOLOR, FISTULAS LCR)	CT
PUNCIÓN CISTERNAL	CT
PUNCIÓN TRANSFONTANELAR	CT
BLOQUEOS DE TRONCOS Y GANGLIOS SIMPÁTICOS	CT
BIOPSIA DE CUERPO VERTEBRAL PERCUTÁNEO	CT
INFILTRACIÓN FACETARIA Y FORAMINAL GUIADA POR RADIOSCOPIA	CT
VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA (UN NIVEL)	CC
KYPHOPLASTIA + VERTEBROPLASTIA (UN NIVEL)	CC
NUCLEOPLASTIA POR RADIOFRECUENCIA (ARTHROCARE, OTROS)	CC
TOILETTE QUIRURGICO (LUMBAR, CRANEO)	CT
OJO Y ANEXOS OCULARES	
ORBITA, GLOBOS OCULARES Y MUSCULOS	
EXTIRPACIÓN DE TUMORES, MALFORMACIONES VASCULARES U OTRAS LESIONES	CT
EXTRACCION DE TUMORES DE 2/3 POSTERIORES Y VERTICE DE LA ORBITA, CON OSTEOTOMIA	CT
ORBITOTOMIA CON EXPLORACION, DRENAJE, O EXTRACCION DE LESIONES DEL 1/3 ANTERIOR DE LA ORBITA, SIN OSTEOTOMIA	CT
EXCENTERACION DEL CONTENIDO ORBITARIO	CT
BIOPSIA DE ORBITA	CT
INYECCION DE SUBSTANCIAS TERAPEUTICAS RETROBULBARES (EN CONSULTORIO)	CT
NEUROTOMIA DEL NERVIOS OPTICO	CT
ENUCLEACIÓN O EVISCERACIÓN DEL GLOBO OCULAR	CT

PARPADOS	
ESCISIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS, SUTURA SIMPLE	CT
HERIDA DE PÁRPADO: CORTANTE COMPLEJA	CT
BLEFAROTOMIA (absceso, orzuelo, chalazión)	CT
BLEFAROPLASTIA	CP
OPERACIONES EN LA CONJUNTIVA	
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	CT
EXCISIÓN DE LESIÓN DE CONJUNTIVA (QUISTE, EPITELIOMA, NEVUS, PTERIGION)	CT
BIOPSIA DE CONJUNTIVA	CT
SUTURA DE CONJUNTIVA	CT
INYECTABLES SUB CONJUNTIVALES	CT
PTERIGION CON AUTOINJERTO	CT
OPERACIONES EN LA CÓRNEA	
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CONSULTORIO	CT
CROSSLINKING DE CORNEA	CC
QUERATECTOMÍA MANUAL	CT
SUTURA DE CÓRNEA	CT
OPERACIONES DEL IRIS Y CUERPO CILIAR	
IRIDOTOMÍA, IRIDECTOMÍA	CT
CICLODIATERMIA	CT
CIRUGÍA DE GLAUCOMA	CT
REPOSICIÓN DE IRIS EN TRAUMA	CT
OPERACIONES EN EL CRISTALINO	
CAPSULOTOMÍA QUIRÚRGICA	CT
EXTRACCIÓN DE CATARATA UNILATERAL (EECC)	CT
FACOEMULSIFICACIÓN DEL CRISTALINO	CT
HERIDAS PENETRANTES	
CORNEALES	CT
LAVADO Y EXTRACCIÓN DE CUERPO CXTRAÑO EN CÁMARA ANTERIOR	CT
ESCLERALES	CT
QUEMADURAS	
CONJUNTIVA BULBAR Y TARSAL + TODA LA CÓRNEA + ESTRUCTURAS INTERNAS.	CT
OPERACIONES DE RETINA - VITREO	
CX DE RETINA POR MÉTODO CONVENCIONAL (RETINOPEXIA)	CT
EXÁMEN DE RETINA EN QX O UTI	CT
PUNCIÓN VÍTREA Y/O INYECCIÓN VÍTREA (no incluye medicamento)	CT

VITRECTOMÍA VIA PARS PLANA	CT
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CÁMARA VITREA	CT
DRENAJE DE BOLSA COROIDEA	CT
OPERACIONES EN EL TRACTO LAGRIMAL	
LAVADO DE SACO LAGRIMAL EN CONSULTORIO	CT
CATERIZACIÓN DEL SACO LAGRIMAL EN QUIROFANO CON ANESTESIA GENERAL	CT
PROCEDIMIENTOS CON LASER	
PANFOTOCOAGULACIÓN	CT
FOTOCOAGULACIÓN EN SECTOR -DEGENERACION PERIFERICA	CT
MACULOPATÍA	CT
CAPSULOTOMÍA POSTERIOR	CT
TRABECULOPLASTIA	CT
PUPILOPLASTIA	CT
IRIDECTOMÍA PERIFÉRICA	CT
CICLOFOTOCOAGULACIÓN (DIODO)	CC
LASIK	CC
IRIDOPLASTIA LASER	CT
SISTEMA AUDITIVO	
OPERACIONES DEL OIDO EXTERNO	
INCISION Y DRENAJE DE AURICULA.	CT
CIRUGIA DE AGENECIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	CP
RESECCION DE OSTEOMA	CT
ESCISION DE LESION LOCAL DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. INCISION Y DRENAJE DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y DE PIEL DE OIDO. BIOPSIA.	CT
OPERACIONES DEL OIDO MEDIO	
TIMPANOPLASTIA	CC
MIRINGOTOMIA SIN COLOCACION DE TUBO DRENAJE	CT
MIRINGOTOMIA CON COLOCACION DE TUBO DE DRENAJE (DIABOLOS)	CT
MASTOIDECTOMIA SIMPLE	CC
MASTOIDECTOMIA RADICAL	CC
CIERRE DE PERFORACION TIMPANICA	CC
SISTEMA RESPIRATORIO	
OPERACIONES EN LA NARIZ	
ATRESIA DE COANAS (PERMEABILIZACION POR ACCESO PALATINO) O ENDONASAL Y/O ENDOSCOPICA	CC
RECONSTRUCCION DE TABIQUE DESVIADO O SEPTUMPLASTIA	CT
RINOSEPTUMPLASTIA FUNCIONAL	CC

ESCISION DE TUMORES ENDONASALES POR RINOTOMIA LATERAL Y/O DEGLO- VING MEDIO FACIAL	CT
RESECCION DE LESION LOCAL ENDONASAL (DE SEPTUM, DE CORNETES, HEMA- TOMA SEPTAL, DRENAJE DE SEPTUM)	CT
ESCISION DE POLIPO RETRO-COANAL. EXTIRPACION DE POLIPOS NASALES (CON ANEST. GRAL)	CT
TURBINECTOMIA PARCIAL O COMPLETA SIMPLE. RESECCION SUBMUCOSA DEL CORNETE INFERIOR	CT
SUTURA DE NARIZ. BIOPSIA DE NARIZ	CT
CAUTERIZACION DE CORNETES	CT
REDUCCIÓN DE FRACTURA NASAL	CT
TURBINECTOMIA O TURBINOPLASTIA DE CORNETE MEDIO	CT
OPERACIONES EN LOS SENOS PARANASALES	
SINUSOTOMIA MAXILAR/ FRONTAL/ ETMOIDAL / ESFENOIDAL CONVENCIONAL UNILATERAL	CT
SINUSOTOMIA MAXILAR/ FRONTAL/ ETMOIDAL/ ESFENOIDAL CONVENCIONAL BILATERAL	CT
SINUSOTOMIA ESFENOIDAL ENDOSCOPICA	CT
CIRUGIA DE TUMORES ETMOIDALES POR VÍA CONVENCIONAL	CT
PUNCION DE SENO CON O SIN INSERCIÓN DE Sonda DENTRO DEL SENO PARANASAL O BIOPSIA DEL SENO PARANASAL, UNI O BILATERAL	CT
CIRUGIA DE LA FOSA PTERIGOMAXILAR (EXPLORACION, ESCISION DE TUMOR, ETC.) CONVENCIONAL.	CT
CAUTERIZACION ENDOSCÓPICA DE ARTERIA ETMOIDAL y/o ESFENOPALATINA	CT
CIRUGIA VIDEO ENDOSCOPICA RINOSINUSAL FUNCIONAL	CT
OPERACIONES EN LA LARINGE	
LARINGECTOMIA TOTAL	CT
LARINGECTOMIA TOTAL C/ VACIAMIENTO CERVICAL	CT
LARINGOFARINGECTOMIA	CT
LARINGECTOMIA PARCIAL	CT
LARINGOTOMIA MEDIANA E INFERIOR, LARINGOFISURA, TIROTOMIA, CRICO- TIROTOMIA, LARINGORRAFIA (COMO UNICA OPERACION), COLOCACION DE CANULA DE MONTGOMERY	CC
MICROCIRUGIA DE LARINGE TERAPEUTICO	CT
MICROCIRUGIA DE LARINGE DIAGNOSTICO (BIOPSIA)	CT
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN DE LARINGE POR TRAUMA PENETRAN- TE O CERRADO	CC
OPERACIONES EN LA TRÁQUEA Y BRONQUIOS	
TRAQUEORRAFIA POR ACCESO CERVICAL (Sutura de tráquea, cierre de traqueo- rrafia o fístula traqueal)	CT
TRAQUEOSTOMÍA	CT

MANEJO DE VIAS AEREAS-ENTUBACIÓN NASOTRAQUEAL DE URGENCIAS	CT
MANEJO DE VIAS AEREAS-CRICOTIROIDOTOMÍA	CT
OPERACIONES EN EL PULMÓN Y PLEURA	
TORACOTOMÍA EXPLORADORA	CC
PUNCIÓN PLEURAL DIAGNÓSTICA - TORACOCENTESIS	CT
DRENAJE PLEURAL - TORACOTOMÍA MÍNIMA	CT
VIDEOTORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA-PLEUROSCOPIA	CC
MANEJO DEL TRAUMATISMO CERRADO DE TÓRAX	CT
MANEJO DE HEMONEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO post DRENAJE	CC
RESECCIÓN PULMONAR (lobectomía - neumonectomía - segmentectomía Wedge)	CP
TOILETTE PLEURAL Y/O DECORTICACIÓN PULMONAR	CP
TORACOTOMÍA EXPLORADORA POR TRAUMA DE TORAX	CP
PUNCIÓN DE MASA TORÁCICA BAJO IMÁGENES-PUNCIÓN TORÁCICA TRANS-PARIETAL	CT
TIMECTOMÍA POR VIDEOTORACOSCOPIA - TORACOTOMIA	CP
PLEUROSTOMÍA	CP
SINDROME DEL DESFILADERO TORACICO	CP
PLEURODESIS-TALCAJE PLEURAL	CP
SISTEMA CARDIOVASCULAR	
OPERACIONES EN EL CORAZON Y PERICARDIO	
IMPLANTACION DE MARCAPASO UNICAMERAL	AC
IMPLANTACION DE MARCAPASO BICAMERAL	AC
IMPLANTACION DE MARCAPASO TEMPORARIO TRANSVENOSO	CT
DRENAJE PERICARDICO QUIRURGICO	AC
PERICARDIOCENTESIS	AC
BIOPSIA ENDOMICARDICA (BEM)	AC
COLOCACIÓN DE PORTACATH	CT
IMPLANTE POR HEMODINAMIA DE BALON INTRAAORTICO DE CONTRAPULSA-CION	AC
ANEURISMA DE AORTA TORACICA-ABDOMINAL	CC
PERICARDIECTOMIA	CC
BY- PASS AORTO-CORONARIO	AC
IMPLANTE QUIRURGICO BALON INTRAAORTICO-BIA	CT
CATETER CON RESERVORIO SUBCUTANEO PARA QUIMIOTERAPIA	CT
REPARACION DEL CAYADO AORTICO (Dissección - Aneurisma)	AC
REEMPLAZO VALVULA MITRAL	AC
BY-PASS AORTO-CORONARIO (REVASCULARIZACION DEL MIOCARDIO)	AC

REEMPLAZO VALVULAR AORTICO	AC
DISECCION AGUDA DE AORTA TIPO B	AC
DISECCION AGUDA DE AORTA TIPO A	AC
VALVULOPLASTIA MITRAL	AC
VALVULOPLASTIA MITRAL MAS VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA	AC
PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS	
PROGRAMACION DE MARCAPASO	CT
HEMODYNAMIA	
IMPLANTACION DE MARCAPASO UNICAMERAL	AC
IMPLANTACION DE MARCAPASO BICAMERAL	AC
IMPLANTACION DE MARCAPASO TEMPORARIO TRANSVENOSO	CT
ANGIOPLASTIA CORONARIA	AC
ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO	CC
ABLACION POR RADIOFRECUENCIA	CP
AORTOGRAFIA -AORTOGRAMA	CT
ESTUDIO HEMODYNAMICO COMPLETO: CORONARIOGRAFIA, CATETERISMO CARDIACO	AC
CIRUGÍAS VENOSAS	
CIRUGIA DE HIPERTENSIÓN PORTAL	AC
CIRUGIA VENOSA PROFUNDA PARA RESTAURACIÓN DEL FLUJO, FEMORO FEMORAL	AC
CIRUGIA VENOSA PROFUNDA PARA RESTAURACIÓN DEL FLUJO, PALMA	AC
CROSECTOMIA SIMPLE	CT
FLEBECTOMIA	CT
INTERRUPCIÓN DE VENA CAVA INFERIOR CON FILTROS	CT
INTERRUPCIÓN DE VENA CAVA INFERIOR POR CIRUGÍA	CT
SAFENECTOMIA INTERNA O EXTERNA + FLEBECTOMIA	CT
SAFENECTOMIA INTERNA O EXTERNA SIMPLE	CT
SAFENECTOMIA INTERNA Y EXTERNA (4 SAFENAS) + FLEBECTOMIA	CT
SAFENECTOMIA INTERNA Y EXTERNA SIMPLE (4 SAFENAS)	CT
SAFENECTOMIA INTERNA Y/O EXTERNA + FLEBECTOMIA	CT
SAFENECTOMIA SIMPLE INTERNA Y/O EXTERNA	CT
TROMBECTOMÍA CON ANESTESIA LOCAL	CT
TROMBECTOMÍA CON FLEBECTOMÍA PARCIAL	CT
TROMBECTOMIA VENOSA PROFUNDA	CT
CIRUGÍAS VENOSAS POR FOTOTERMO-OBLITERACION LASER	
ENDOABLACIÓN LASER - VARICES EPIFACIALES CON SIN PERFORANTES	CC

ENDOABLACION LASER - VARICES PERINEAL + EPIFASCIALES	CC
ENDOABLACION LASER - SAFENA	CC
ENDOABLACION LASER - SAFENA + PERFORANTES EN MIEMBRO INFERIOR	CC
ENDOABLACION LASER - SAFENA + VARICES EPIFASCIALES	CC
ENDOABLACION LASER - SAFENA + PERINEALES + VARICES EPIFASCIALES	CC
CIRUGÍAS ARTERIALES: ANEURISMAS	
ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA	AC
ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL	AC
ANEURISMA DE AÓRTA ABDOMINAL SUPRA-RENAL	AC
ANEURISMA DE AÓRTA ABDOMINAL SUPRA-RENAL Y ILIACAS	AC
ANEURISMA AÓRTA ABDOMINAL INFRARRENAL	AC
ANEURISMA AÓRTA ABDOMINAL INFRARRENAL Y ILIACAS	AC
ANEURISMA DE ARTERIA VISCERAL	AC
ANEURISMA DE ARTERIA ILIACA	AC
ANEURISMA DE CAROTIDA, SUBCLAVIA, AXILAR, FEMORAL O POPLÍTEA	AC
ANERURISMA FALSOS POST-TRAUMATICOS PERIFÉRICOS	AC
ANERISMAS FALSOS POST-CATETERISMO	AC
ANEURISMA FALSO DE AORTA ABDOMINAL	AC
ANEURISMA FALSO DE AORTA TORACICA	AC
REVASCULARIZACIÓN DE TRONCOS SUPRA-AORTICOS Y DE MIEMBROS SUPERIORES	
ENDARTERECTOMÍA DE CARÓTIDA	AC
REVASCULARIZACIÓN DE TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS DESDE LA AÓRTA	AC
REVASCULARIZACIÓN ARTERIAL DE LOS MIEMBROS SUPERIORES	AC
CIRUGÍA DE TUMOR CAROTÍDEO	AC
LIGADURA DE CAROTIDA O SUS RAMOS	CT
REVASCULARIZACIONES PARA EL MIEMBRO INFERIOR	
PROFUNDOPLASTIA (ARTERIA FEMORAL PROFUNDA)	AC
ENDARTERECTOMIA AÓRTO-ILACA	AC
PUENTE AÓRTO-ILIACO O AÓRTO FEMORAL	AC
PUENTE ILIO-ILIACO O ENDARTERECTOMIA ILIACA	AC
PUENTE ILIACO-FEMORAL	AC
PUENTE ILIACO-POPLÍTEO	AC
PUENTE AXILO FEMORAL	AC
PUENTE AXILO POPLÍTEO	AC
PUENTE FEMORO-FEMORAL	AC
PUENTE FEMORO-POPLÍTEO	AC
PUENTE FEMORO DISTAL	AC

PUENTE POPLÍTEO DISTAL	AC
ARTERIALIZACIÓN VENOSA	AC
CIRUGÍA DE FÍSTULA ARTERIO VENOSAS ADQUIRIDAS	
FÍSTULA AÓRTO-CAVA, AÓRTO-ILIACA, RENO-CAVA, ILIO-ILÍACA	AC
FÍSTULA CERVICO- CEFÁLICA EXTRACREANANA	AC
FÍSTULA DE LOS MIEMBROS (SUPERIOR O INFERIOR)	AC
FÍSTULA ARTERIOVENOSA, TRATAMIENTO POR EMBOLIZACIÓN	AC
ANGIOPLASTIA - ANGIOPLASTIA Y STENT - EMBOLIZACIONES	
ANGIOPLASTIA PECUTÁNEA CON BALÓN	CT
ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE STENT CAROTÍDEO	CT
ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE STENT FORRADO AÓRTICO PARA AAA	CC
ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE STENT FORRADO AÓRTICO PARA ANEURISMA AORTO ILIACO	CC
ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE UN STENT FORRADO PARA DISECCIÓN DE AORTA TORACICA	CC
ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE DOS STENT FORRADO PARA DISECCIÓN DE AORTA TORACICA	CC
ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE UN STENT FORRADO AÓRTICO PARA ANEURISMA TORACICO	CC
ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE DOS STENT FORRADO AÓRTICO PARA ANEURISMA TORACICO	CC
ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE STENT RENAL	CT
COLOCACIÓN DE STENT FORRADO EN FÍSTULA ARTERIO VENOSA	CT
COLOCACIÓN DE STENT FORRADO EN ANEURISMA FALSO	CT
EMBOlizACIONES ARTERIALES	CT
URGENCIAS EN CIRUGÍA VASCULAR	
ANEURISMA AÓRTA ABDOMINAL ROTO	CT
TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL	CT
LESIÓN VASCULAR ABDOMINAL TRAUMATICA	CT
LESIÓN VASCULAR CERVICAL TRAUMATICA	CT
LESIÓN VASCULAR TRAUMATICA CERVICO-TORÁCICA	CT
LESIÓN VASCULAR TRAUMATICA MIEMBROS SUPERIOR O INFERIOR	CT
OTROS PROCEDIMIENTOS	
COLOCACIÓN DE PORTACATH	CT
BAZO	
ESPLENECTOMIA TOTAL	CT
BIOPSIA ESPLÉNICA TRANSPARIETAL	CT
ESPLENECTOMÍA PARCIAL	CT
ESPLENORRAFIA	CT

OPERACIONES EN EL MEDIASTINO Y DIAFRAGMA	
CORRECCIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA	CC
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORES DE MEDIASTINO (de cualquier origen)	CC
MEDIASTINOSCOPIA O MEDIASTINOTOMÍA	CC
SISTEMA DIGESTIVO	
OPERACIONES EN LOS LABIOS	
ESCISION LOCAL DE LESION DE LABIO (TU)	CT
BIOPSIA DE LESION DE LABIO (TU)	CT
INCISION Y DRENAJE DE LABIO (ABSCESO). SUTURA DE LABIO. BIOPSIA DE LABIO	CT
OPERACIONES EN LA BOCA	
INCISION Y DRENAJE DE PISO DE BOCA. BIOPSIA DE MUCOSA BUCAL. SUTURA DE BOCA (PISO O CARA MUCOSA DE MEJILLA)	CT
OPERACIONES EN LA LENGUA	
ESCISION LOCAL DE LESION DE LENGUA (TU)	CT
GLOSOTOMIA CON DRENAJE DE ABSCESO CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO. SUTURA DE LENGUA. BIOPSIA DE LENGUA.	CT
SECCION DE FRENILLO LINGUAL CON ANESTESIA LOCAL O GENERAL	CT
GLOSECTOMIA	CT
VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL	CT
OPERACIONES EN DIENTES ENCIAS Y MAXILAR INFERIOR	
BIOPSIA DE ENCIA. SUTURA DE ENCIA	CT
OPERACIONES EN EL PALADAR Y UVULA	
INCISION Y DRENAJE DE PALADAR (ABSCESO). SUTURA DE PALADAR. BIOPSIA DE PALADAR	CT
OPERACIONES EN LAS GLANDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES	
PAROTIDECTOMIA TOTAL	CT
ESCISION RADICAL DE GLANDULA SUBMAXILAR	CT
INCISION Y DRENAJE DE GLANDULA PAROTIDA, SUBMAXILAR O SUS CONDUCTOS	CT
BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL. EXTRACCION INCISIONAL DE CALCULOS SALIVALES	CT
EXTIRPACION DE RANULA	CT
OPERACIONES EN AMIGDALAS, ADENOIDES, FARINGE Y NASOFARINGE	
AMIGDALECTOMIA, ADENOIDECTOMIA Y/O ADENOAMIGDALECTOMIA	CT
INCISION Y DRENAJE DE AMIGDALAS	CT
FARINGOTOMIA (EXPLORACION-EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO). INCISION Y DRENAJE DE TEJIDO RETROFARINGEO POR VIA BUCAL	CT
SUTURA DE FARINGE	CT

BIOPSIA DE FARINGE	CT
REPARACIÓN DE LESIÓN DE FARINGE POR TRAUMA PENETRANTE	CT
BIOPSIA DE LESION DE NASOFARINGE	CT
ESÓFAGO	
ESOFAGOSTOMÍA	CP
ESOFAGOTOMÍA EXPLORADORA	CP
ESTÓMAGO	
GASTRECTOMÍA TOTAL CON LINFADENECTOMÍA	CT
GASTROSTOMÍA	CT
COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA	CT
GASTRO-YEYUNO ANASTOMOSIS	CT
GASTRECTOMÍA PARCIAL CON VAGOTOMÍA	CT
GASTRECTOMÍA PARCIAL SIN VAGOTOMIA	CT
GASTRORRAFIA (ÚLCERA PERFORADA, HERIDA, TRAUMATISMO)	CT
VAGOTOMÍA CON PILOROPLASTIA	CT
CIERRE DE GASTROSTOMÍA O FÍSTULA GÁSTRICA	CT
CONVERSION DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL (CUALQUIER TÉCNICA)	CT
GASTRECTOMÍA PARCIAL CON LINFADENECTOMÍA	CT
GASTRECTOMÍA POLAR SUPERIOR CON RECONSTRUCCIÓN YEYUNAL CON TORACOTOMÍA	CT
GASTRECTOMIA POLAR SUPERIOR CON RECONSTRUCCIÓN YEYUNAL SIN TORACOTOMÍA	CT
GASTRECTOMIA TOTAL SIN VACIAMIENTO	CT
GASTROTOMIA CON SUTURA DE VARICES	CT
GASTROTOMIA PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN AISLADA	CT
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS VÁRICES GÁSTRICAS	CT
VAGOTOMÍA GÁSTRICA PROXIMAL O SUPERSELECTIVA	CT
VAGOTOMÍA GÁSTRICA PROXIMAL O SUPERSELECTIVA CON DUODENOPLASTIA (DRENAJE)	CT
REFLUJO GASTROESOFÁGICO - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	CP
OPERACIONES DEL INTESTINO DELGADO	
ENTEROTOMÍA Y/O ENTERORRAFIA	CT
QUISTE MESENTÉRICO - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	CT
ILEOSTOMÍA O CIERRE DE ILEOSTOMÍA	CT
PERFORACIÓN DUODENAL O DEL INTESTINO DELGADO - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	CT

RESECCIÓN DEL INTESTINO DELGADO Y ANASTOMOSIS	CT
DESVOLVULACION QUIRÚRGICA	CT
YEYUNOSTOMÍA	CT
OPERACIONES EN EL COLON Y RECTO	
PROCTOCOLECTOMÍA TOTAL O SIN CON RESERVOIRIO ILEAL	CT
RECTOSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	CT
PROCTOTOMÍA POR VÍA POSTERIOR	CT
COLOSTOMÍA	CT
DESVOLVULACION ENDOSCOPICA	CT
APENDICECTOMÍA	CT
APENDICECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CT
PERITONITIS (APENDICULAR)	CT
PERITONITIS (APENDICULAR) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CT
PERITONITIS (DE ORIGEN COLÓNICO)	CC
RECTOCELE (TRATAMIENTO QUIRÚRGICO - SARLES U OTRA TÉCNICA)	CT
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL RECTOCELE (vía vaginal)	CT
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL RECTOCELE (vía endoanal)	CT
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL RECTOCELE CON ENGRAPADORA MECANICA	CT
FECALOMA - REMOCIÓN MANUAL	CT
PROLAPSO RECTAL - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (DELORME)	CT
RESECCIÓN ULTRABAJA DE RECTO CON ANASTOMOSIS MECÁNICA	CT
DUHAMEL - HADDAD (1ER TIEMPO)	CT
DUHAMEL - HADDAD (2DO TIEMPO)	CT
PROCTOPEXIA (POR VÍA POSTERIOR)	CT
TUMOR MALIGNO ANORECTAL - RESECCIÓN ENDOANAL	CT
CIRUGÍA DE ACCESO POSTERIOR	CT
COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA A LO HARTMAN	CT
TUMOR BENIGNO ANORECTAL - RESECCIÓN ENDOANAL	CT
TUMOR MALIGNO ANORECTAL - RESECCIÓN POR VIA POSTERIOR	CT
COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA	CT
COLECTOMÍA TOTAL CON ILEO RECTO ANASTOMOSIS	CT
COLOCACIÓN DE SONDA RECTAL POR SESION	CT
COLECTOMÍA TOTAL	CT
COLOTOMÍA Y/O COLORRAFIA	CT
PROLAPSO RECTAL - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (VÍA ANTERIOR)	CT
COLECTOMÍA PARCIAL SIN COLOSTOMÍA	CT

OPERACIONES EN EL AÑO	
HEMORROIDECTOMÍA ABIERTA O CERRADA	CT
PROLAPSO MUCOSO	CT
HEMORROIDES - LIGADURA ELÁSTICA (POR SESIÓN)	CT
HEMORROIDES - MACRO LIGADURA ELASTICA (por sesión) CON SEDACION	CT
HEMORROIDES - TRATAMIENTO ESCLEROSANTE (POR SESIÓN)	CT
DILATACIÓN DIGITAL O INSTRUMENTAL DEL AÑO Y/O DEL RECTO (POR SESIÓN)	CT
HEMORROIDECTOMÍA POR FLUXIÓN HEMORROIDARIA	CT
HEMORROIDECTOMÍA CON ENGRAPADORA MECÁNICA (HEMORROIDOPEXIA)	CT
ABCESO ANORECTAL - DRENAJE	CT
ABCESO ISQUIORECTAL - DRENAJE	CT
CRIPTECTOMIA (ÚNICA O MÚLTIPLE)	CT
ESFINTEROPLASTIA ANAL (PIKREL O SIMILAR)	CC
FISTULECTOMÍA ANAL	CT
HEMORROIDES - FOTOCOAGULACION CON RAYOS INFRARROJOS (POR SESIÓN)	CT
PAPILECTOMÍA (ÚNICA O MÚLTIPLE)	CT
TROMBOSIS HEMORROIDARIA -EXCERESIS-TROMBECTOMÍA	CT
AÑO-RECTOMIOMECTOMÍA	CT
ABCESO RECTAL - CON RESECCIÓN DE LA CRIPTA O FÍSTULA	CT
BIOPSIA RECTAL (POR VÍA QUIRÚRGICA)	CT
FISURECTOMÍA	CT
HÍGADO Y VIAS BILIARES	
SEGMENTECTOMÍA HEPÁTICA	CT
RESECCION DE QUISTE HEPÁTICO CON HEPATECTOMÍA	CT
ABSCESO HEPÁTICO - DRENAJE QUIRÚRGICO	CT
BIOPSIA HEPÁTICA (PERCUTÁNEA)	CT
BIOPSIA HEPÁTICA (POR LAPAROTOMÍA)	CT
HEPATORRAFIA	CT
HEPATORRAFIA COMPLEJA CON LESIÓN DE ESTRUCTURAS VASCULARES Y/O BILIARES	CT
RESECCIÓN DE QUISTE HEPÁTICO SIN HEPATECTOMÍA	CT
RESECCION DE TUMOR DE VESÍCULA O DE LA VÍA BILIAR SIN HEPATECTOMÍA	CT
ABSCESO HEPÁTICO - DRENAJE PERCUTÁNEO	CT
ALCOHOLIZACIÓN PERCUTÁNEA DIRIGIDA DE TUMOR HEPÁTICO	CT
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PERITONITIS BILIAR	CT
COLECISTECTOMÍA CON FÍSTULA BILIODIGESTIVA	CT

COLECISTO YEYUNOSTOMÍA	CT
COLEDOCO O HEPÁTICO YEYUNOSTOMÍA	CT
COLEDOCOTOMÍA O COLEDOCOSTOMÍA	CT
COLEDOCOSCOPIA INTRA-OPERATORIA	CT
DRENAJE BILIAR TRANS-HEPÁTICO (Abierto o percutáneo)	CT
PAPILOTOMÍA TRANSDUODENAL	CT
COLECISTECTOMÍA SIN COLANGIOGRAFÍA	CT
COLECISTECTOMÍA CON COLANGIOGRAFÍA	CT
COLECISTECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA	CT
COLECISTOSTOMÍA	CT
PÁNCREAS	
BIOPSIA DE PÁNCREAS POR LAPAROTOMÍA	CT
BIOPSIA DE PÁNCREAS - PERCUTÁNEA	CT
ENUCLEACIÓN DE TUMORES PANCREÁTICOS	CT
PANCREATECTOMÍA TOTAL O PARCIAL	CT
PANCREATORRAFÍA	CT
PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS - DRENAJE EXTERNO	CT
PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS - DRENAJE INTERNO	CT
PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS - DRENAJE PERCUTÁNEO	CT
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL QUISTE PANCREÁTICO - CISTOYEYUNO ANASTOMOSIS	CT
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL QUISTE PANCREÁTICO - GASTRO ANASTOMOSIS	CT
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL QUISTE PANCREÁTICO - DRENAJE EXTERNO	CT
ABDOMEN, PERITONEO Y RETROPERITONEO	
LAPAROTOMÍA EXPLORADORA	CT
VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	CT
HERNIORRAFIA UMBILICAL O EPIGÁSTRICA	CT
HERNIOPLASTIA INGUINAL	CT
HERNIOPLASTIA INGUINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CT
HERNIOPLASTIA CRURAL	CT
HERNIORRAFIA COMPLICADA O ESTRANGULADA-SIN RESECCION INTESINAL	CT
TUMORACIÓN RETROPERITONEAL - EXCERESIS	CT
OMENTECTOMIA PARCIAL O TOTAL	CT
PARACENTESIS TERAPÉUTICA	CT
DRENAJE QUIRÚRGICO DE COLECCIÓN PERITONEAL (INTERASAS O SUBFRÉNICO)	CT
BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL	CT

ABSCESO DE PARED - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	CT
DRENAJE ABSCESO ABDOMINAL PERCUTÁNEO	CT
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS TUMORES DE LA PARED ABDOMINAL (ENDOMETRIOMA)	CT
SISTEMA URINARIO	
OPERACIONES EN EL RIÑÓN	
ABSCESO RENAL / PERIRRENAL (drenaje quirúrgico)	CT
ABSCESO RENAL / PERIRRENAL (drenaje percutáneo)	CT
BIOPSIA RENAL (quirúrgico)	CT
BIOPSIA RENAL PERCUTANEA (ecodirigida)	CT
MARZUPIALIZACION DE QUISTE RENAL (quirúrgico)	CT
MARZUPIALIZACION DE QUISTE RENAL (laparoscópico)	CT
TRATAMIENTO ESCLEROSANTE DEL QUISTE RENAL	CT
LUMBOTOMIA EXPLORADORA	CT
LUMBOSCOPIA EXPLORADORA	CT
NEFRECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA	CT
NEFRECTOMIA TOTAL (quirúrgico)	CT
NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA	CT
NEFRECTOMIA PARCIAL (enfermedad benigna)	CT
NEFRECTOMIA PARCIAL POR TUMOR RENAL	CT
NEFROLITOTOMIA ANATROFICA	CT
NEFRORRAFIA (trauma).	CT
NEFROPEXIA (quirúrgico)	CT
NEFROPEXIA PERCUTANEA	CT
NEFROLITOTOMIA A CIELO ABIERTO	CT
NEFROSTOMIA PERCUTANEA (no incluye equipo)	CT
NEFROPIELOENTEROCISTOSTOMIA	CT
NEFROURETERECTOMIA CON RESECCION DE MANGUITO VESICAL	CC
PIELOTOTOMIA ABIERTA	CT
PIELOTOTOMIA LAPAROSCOPICA	CT
PIELOPLASTIA ABIERTA	CT
ENDOPIELOTOMIA PERCUTANEA	CT
PIELOPLASTIA LAPAROSCOPICA	CC
PIELOPLASTIA RETROGRADA (Acusise)	CT
SINFISIOTOMIA EN RIÑÓN EN HERRADURA	CC
TUMORES RETROPERITONEALES MALIGNOS (exéresis)	CT
NEFRECTOMIA RADICAL.	CT

NEFRECTOMIA RADICAL CON TROMBECTOMIA DE LA CAVA	CT
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTANEA	CT
ADRENALECTOMIA A CIELO ABIERTO UNILATERAL	CT
OPERACIONES EN EL URÉTER	
BIOPSIA ENDOSCOPICA DE URETER	CT
DILATACION ENDOSCOPICA DE URETER	CT
URETEROSTOMIA CUTANEA	CT
URETEROLITOTOMIA (quirúrgica)	CT
URETEROLISIS	CT
CATETERISMO URETERAL	CT
COLOCACION QUIRURGICA DE CATETER DOBLE J	CT
COLOCACION ENDOSCOPICA DE DOBLE J	CT
COLOCACION NEFROSCOPICA DE DOBLE J	CT
COLOCACION URETEROSCOPICA DE DOBLE J	CT
URETEROTOMIA INTERNA URETEROSCOPICA	CT
RETIRO DE CATETER DOBLE J POR CISTOSCOPIA	CT
URETEROSCOPIA TERAPEUTICA	CT
OPERACIONES EN LA VEJIGA URINARIA	
CISTECTOMIA RADICAL	CT
CISTECTOMIA PARCIAL.	CT
CISTECTOMIA TOTAL	CT
CISTOLITOTOMIA A CIELO ABIERTO	CT
CISTOLITOTRIPSIA TRANSURETRAL (US-EH-Láser-Manual)	CT
CISTOSTOMIA SUPRAPUBICA QUIRURGICA (talla vesical quirúrgica)	CT
CISTOSTOMIA SUPRAPUBICA POR PUNCION (talla vesical por punción)	CT
CISTORRAFIA (TRAUMA)	CT
COLPOPEXIA ABDOMINAL (BURSCH, MARSCHALL, ETC). OPERACIONES CORRECTORAS DE LA INCONTINENCIA DE ORINA AL ESFUERZO.	CT
RESECCION TRANSURETRAL (RTU) MONOPOLAR / BIPOLAR DE TUMOR VESICAL	CT
LAVADO VESICAL MANUAL A TRAVES DE Sonda URETROVESICAL (retención coágulos)	CT
VESICOSTOMIA QUIRURGICA	CT
OPERACIONES EN LA URETRA	
ABSCESO PERIURETRAL (drenaje quirúrgico)	CT
BIOPSIA ENDOSCOPICA DE URETRA	CT
CUERPO EXTRAÑO/CALCULO URETRAL (extracción endoscópica)	CT
CUERPO EXTRAÑO / CALCULO URETRAL (extracción quirúrgica)	CT

URETRORRAFIA POR DESGARRO, HERIDA	CT
ELECTROCOAGULACION ENDOSCOPICA (lesión de uretra)	CT
ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA.	CT
INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA (tratamiento quirúrgico)	CT
MEATOTOMIA URETRAL	CT
URETOSTOMIA	CT
URETROTOMIA INTERNA CIEGA (otitis)	CT
EXCERESIS DE TUMOR URETRAL	CT
URETRECTOMIA POST CISTECTOMIA	CT
PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS	
CAMBIO DE Sonda URETRO VESICAL (paciente internado)	CT
CAMBIO DE Sonda DE TALLA VESICAL (paciente internado)	CT
COLOCACION DE Sonda VESICAL (paciente internado)	CT
SISTEMA GENITAL MASCULINO	
OPERACIONES EN EL PENE	
BIOPSIA DE PENE	CT
AMPUTACION PARCIAL DE PENE	CT
AMPUTACION TOTAL DE PENE	CT
REDUCCION DE PARAFIMOSIS	CT
INCISION DE PREPUCCIO (postotomía)	CT
OPERACIONES EN EL TESTÍCULO, TÚNICA VAGINAL, CORDÓN ESPERMÁTICO Y ESCROTO	
BIOPSIA ESCROTAL	CT
DRENAJE DE ABSCESO ESCROTAL	CT
EXCERESIS DE QUISTE ESCROTAL	CT
RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO	CT
BIOPSIA DE TESTICULO	CT
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE HIDROCELE	CT
ORQUIECTOMIA (no tumoral)	CT
REPARACION TESTICULAR (trauma)	CT
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA TORSION TESTICULAR	CT
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL VARICOCELE (No relacionado a infertilidad)	CT
OPERACIONES EN EL EPIDÍDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE	
BIOPSIA DE EPIDIDIMO. BIOPSIA DE CORDON	CT
DRENAJE DE ABSCESO DE EPIDIDIMO	CT
EPIDIDIMECTOMIA	CT
EXCERESIS DE QUISTE DE EPIDIDIMO UNILATERAL (espermatocele, etc.)	CT

OPERACIONES EN LA PRÓSTATA	
ABSCESO PROSTATICO (drenaje)	CT
BIOPSIA PROSTATICA	CT
BIOPSIA PROSTATICA ECODIRIGIDA	CT
ADENOMECTOMIA PROSTATICA A CIELO ABIERTO	CT
RESECCION TRASURETRAL DE PROSTATA (R.T.U.)	CT
VAPORIZACION PROSTATICA (no incluye equipo ni fibra)	CT
ABLACION POR LASER (no incluye equipo ni fibra)	CT
CAUTERIZACION DE LECHO PROSTATICO POR HEMORRAGIA	CT
SISTEMA GENITAL FEMENINO	
OPERACIONES EN OVARIOS Y TROMPAS DE FALOPIO	
RESECCION CUNEIFORME DE OVARIOS. OOFORRECTOMIA O EXTIRPACION DE OVARIO	CT
RESECCION CUNEIFORME DE OVARIOS. OOFORRECTOMIA O EXTIRPACION DE OVARIO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CT
OOFOROSALPINGECTOMIA / ANEXECTOMIA	CT
OOFOROSALPINGECTOMIA / ANEXECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CT
QUISTECTOMIA	CT
QUISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CT
ELECTROCAUTERIZACION DE ENDOMETRIOSIS. DRILLING OVARICO	CT
ENDOMETRIOSIS PROFUNDA	CC
ENDOMETRIOSIS PROFUNDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CC
ANEXO HISTERECTOMIA TOTAL CON VACIAMTO GANGLIONAR CON OMEMTECTOMIA CON O SIN APENDICECTOMIA CON O SIN BX PERITONEAL	CT
CIRUGÍAS EN TROMPA	
SALPINGECTOMIA	CT
EMBARAZO ECTOPICO NO COMPLICADO.	CT
EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO	CT
HISTEROSCOPIA	
HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	CT
BIOPSIA ENDOMETRIAL	CT
POLIPECTOMIA HISTEROSCOPICA	CT
MIOMECTOMIA HISTEROSCOPICA	CT
CIRUGÍAS DEL UTERO / CUELLO UTERINO	
HISTERECTOMÍA RADICAL: COLPOANEXOHISTERECTOMIA AMPLIADA (OP. DE WERTHEIM - MEIGS)	CT
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	CT
HISTERECTOMÍA TOTAL VAGINAL	CT

MIOMECTOMÍA UTERINA ABDOMINAL	CT
MIOMECTOMÍA UTERINA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	CT
MIOMECTOMÍA VAGINAL (MIOMA PARIDO EN VAGINA)	CT
BIOPSIA ENDOMETRIAL AMBULATORIA	CT
LEGRADO EVACUADOR. RASPADO UTERINO TERAPÉUTICO	CT
LEGRADO BIÓPSICO. RASPADO UTERINO DIAGNÓSTICO	CT
AMPUTACIÓN DE CUELLO (TRAQUELECTOMÍA, TRAQUEOPLASTIA)	CT
CONIZACIÓN DE CUELLO	CT
HISTERECTOMÍA SUB-TOTAL	CT
HISTERORRAFIA: SUTURA RUPTURA UTERINA INTRAPARTO	CT
VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	CT
TRATAMIENTO POR LEEP: CONIZACIÓN DE CUELLO	CT
CIRUGÍAS DE VAGINA, VULVA Y PERINE	
COLPORRAFIA POSTERIOR CON RECONSTRUCCIÓN DEL ESFÍNTER ANAL (DESGARRO PERINEAL COMPLICADO)	CT
COLPORRAFIA ANTERIOR	CT
COLPORRAFIA POSTERIOR	CT
COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR, CON O SIN AMPUTACIÓN DE CUELLO, CON O SIN CORRECCIÓN DE RETROVERSIÓN UTERINA, CON O SIN PERINEORRAFIA	CT
COLPOPEXIA POR VÍA ABDOMINAL	CT
COLPOPEXIA VAGINAL	CT
PERINEORRAFIA	CT
COLPOCLEISIS COMPLETA O PARCIAL	CT
COLPOTOMÍA VAGINOTOMIA DE DRENAJE (ABSCESO PELVIANO), ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE VAGINA	CT
BIOPSIA DE VAGINA PUNCIÓN DE VAGINA. PUNCIÓN DE SACO DE DOUGLAS	CT
VULVECTOMÍA RADICAL (INCLUYE VACIAMIENTO GANGLIOS LINFÁTICOS INGUINALES)	CT
VULVECTOMÍA SIMPLE	CT
EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULA BARTHOLINO	CT
DRENAJE DE ABCESO DE GLÁNDULA DE BARTOLINO	CT
EXÉRESIS DE QUISTE VAGINAL	CT
BIOPSIA VULVAR	CT
POLIPECTOMIA ENDOCERVICAL + LEGRADO DE BASE	CT
CIRUGÍAS OBSTÉTRICAS	
PARTO VAGINAL	CT
EVACUACIÓN UTERINA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO CON MECANISMO DE PARTO.	CT

CESÁREA CLASICA	CT
LEGRADO POR EMBARAZO MOLAR	CT
SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	
INCISIONES DE LOS HUESOS (Exploración, drenaje, extracción de cuerpo extraño, biopsia quirúrgica)	CT
TRATAMIENTO INCRUENTO DE FRACTURA (sin desplazamiento) CERRADAS	CT
MANIPULACION DE FRACTURAS NO QUIRURGICAS (con desplazamiento)	CT
CIRUGIA DE FRACTURAS (OSTEOSINTESIS)	CT
SUTURA CAPSULAS O LIGAMENTOS ARTICULARES Y OPERACIONES EN BOLSAS SEROSAS	CT
LUXACION-TRATAMIENTO INCRUENTO	CT
LUXACION TRATAMIENTO CRUENTO (reducción quirúrgica de luxación y fijación o reparación)	CT
OPERACIONES EN MUSCULOS	CT
OPERACIONES EN TENDONES, VAINAS TENDINOSAS Y FASCIA (Exploración, drenaje, infección, tenosinovitis, Cuerpo extraño, tenotomía, fasciotomía, biopsia escisión de lesión)	CT
AMPUTACION Y DESARTICULACION DE MIEMBROS DE ORIGEN TRAUMATICO (accidentes)	CT
HALLUX VALGUS	CC
ARTROSCOPIA DE RODILLA	
ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA	CT
SUTURA MENISCAL	CT
MENISCECTOMIA	CT
DEBRIDAMIENTO ARTICULAR	CC
LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR (no incluye meniscectomía ni sutura meniscal)	CT
LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR	CT
FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL	CT
FRACTURA DE ROTULA	CT
LIGAMENTO PATELOFEMORAL MEDIAL	CT
ARTROSCOPIA DE HOMBRO	
CUERPO EXTRAÑO Y LAVADO	CT
INESTABILIDAD ANTERIOR y POSTERIOR 0 LESION DE SLAP	CT
MANGUITO ROTADOR	CT
ARTROSCOPIA DE OTRAS ARTICULACIONES	
ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE TOBILLO	CT
SINDROME DE IMPACTO DE TOBILLO	CT

ARTROPLASTIAS	
COXO FEMORAL TOTAL	CT
RODILLA TOTAL	CT
PROTESIS CABEZA FEMUR	CT
OPERACIONES DE LA REGIÓN CERVICAL	
BIOPSIA DE GANGLIO CERVICAL	CT
DRENAJE DE ABCESO CERVICAL	CT
CERVICOTOMIA EXPLORADORA	CT
EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	
CLAVICULA, HUMERO, RADIO, CUBITO (diáfisis)	CT
MUÑECA y MANO	CT
PELVIS	CT
FEMUR y TIBIA	CT
TOBILLO	CT
PIE	CT
SISTEMA ENDOCRINO	
OPERACIONES EN LAS TIROIDES Y PARATIDORES	
TIROIDECTOMIA	CT
PARATIROIDECTOMIA	CT
SISTEMA TEGUMENTARIO	
PROCEDIMIENTOS MENORES, MAYORES, PIEL, TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS	
ESCISIÓN LOCAL DE LESIONES DE PIEL O GLÁNDULAS, LESIÓN CICATRIZAL, INFLAMATORIA, O TUMORAL BENIGNA (Quiste sebáceo, ántrax, nevus, etc.)	CT
INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO SUBCUTÁNEO, HIDROADENITIS, QUISTE SEBÁCEO INFECTADO, FORÚNCULO, PANADIZO, FLEMÓN, HEMATOMA, ANTRAX, ETC. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL.	CT
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN AREAS NO VASCULARES	CT
EXTIRPACIÓN DE LESIONES DE PIEL (verrugas, nevus)	CT
ELECTROCOAGULACIÓN O APLICACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS	
ESCISIÓN DE UÑA, LECHO O REPLIEGUE UNGUEAL	CT
ESCISIÓN DE LIPOMA	CT
BIOPSIA DE PIEL, TUMORES SUPERFICIALES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO. LINFONODO SUPERFICIAL, ETC.	CT
VACIAMIENTO AXILAR O INGUINAL (como único procedimiento)	CT
SUTURA DE HERIDA CON O SIN DEBRIDAMIENTO	CT
DRENAJE DE ABSCESOS Y GANGLIOS SUPERFICIALES (Adenoflemon)	CT
TOMA DE BIOPSIA CON PUNCH	CT
CRIOTERAPIA DE LESIONES BENIGNAS	CT

OPERACIONES DE LA MAMA	
PUNCION AGUJA FINA	CT
PUNCION AGUJA FINA BAJO GUIA ECOGRAFICA	CT
PUNCION ASPIRATIVA DE QUISTES	CT
PUNCION ASPIRATIVA DE QUISTES BAJO GUIA ECOGRAFICA	CT
PUNCION BIOPSIA TRUCUT	CT
PUNCION BIOPSIA TRUCUT BAJO GUIA ECOGRAFICA	CT
REPERAGE PREOPERATORIO CON ARPON BAJO GUIA ECOGRAFICA	CT
BIOPSIA QUIRURGICA INCISIONAL Y/O EXCISIONAL DE TUMOR	CT
BIOPSIA RADIOGUIADA TRAS REPERAGE CON ARPON	CT
RESECCION DE NODULO	CT
TUMORECTOMIA	CT
CUADRANTECTOMIA - PATOLOGIA BENIGNA	CT
CUADRANTECTOMIA - PATOLOGIA MALIGNA	CT
BIOPSIA QUIRURGICA DE PIEL REGION MAMARIA; AREOLA Y/O PEZON	CT
MASTECTOMIA SIMPLE o TOTAL	CT
MASTECTOMIA RADICAL	CT
LINFADENECTOMIA AXILAR	CT
GANGLIO CENTINELA	CT
DRENAJE QUIRURGICO DE ABSCESO MAMARIO	CT
FISTULECTOMIA	CT
DUCTOGALACTOFORECTOMIA	CT
BIOPSIA AXILAR	CT
OTORRINOLARINGOLOGÍA: PROCEDIMIENTOS	
CAUTERIZACION QUIMICA DE VARICES SEPTALES	CT
ELECTROCAUTERIZACION DE VARICES SEPTALES	CT
EXTRACCION DE CALCULO SALIVAL, CATETERIZACION, DILATACION DEL CONDUCTO	CT
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ	CT
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE OIDO	CT
INSUFLACION DE LAS TROMPAS DE EUSTAQUIO	CT
LARINGOSCOPIA DIRECTA CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	CT
LAVADO DE OIDO	CT
TAPONAMIENTO NASAL	CT
TECNICA DE PROETZ POR SESION (LAVADO DE SENOS PARANASALES)	CT
GINECOLOGIA: PROCEDIMIENTOS	

TRACTO GENITAL INFERIOR		
BIOPSIA DE CUELLO UTERINO MÁS LEGRADO ENDOCERVICAL		CT
LEGRADO ENDOCERVICAL		CT
BIOPSIA DE CUELLO UTERINO		CT
TRATAMIENTO DESTRUCTIVO LOCAL QUIMICO		CT
TRAUMATOLOGÍA: PROCEDIMIENTOS		
ARTROCENESIS DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA		CT
ENYESADO		CT
INFILTRACIONES (no incluye medicamento)		CT
UROLOGIA: PROCEDIMIENTOS		
CISTOSCOPIA + BIOPSIA FRIA DE VEJIGA		CT

ANEXO 2

ANÁLISIS DE LABORATORIO	COBERTURA	CARENCIA (DÍAS)
ANÁLISIS DE RUTINA		
ACIDO URICO	CT	0
ACIDO URICO (O)	CT	0
COLESTEROL TOTAL	CT	0
CREATININA	CT	0
CREATININA (O)	CT	0
ERITROSEDIMENTACION	CT	0
FORMULA LEUCOCITARIA	CT	0
GLUCOSA	CT	0
GLUCOSA (O) - GLUCOSURIA	CT	0
HEMATOCRITO	CT	0
HEMOGLOBINA	CT	0
HEMOGRAMA CON ERITROSEDIMENTACION	CT	0
ORINA - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	0
ORINA - RUTINA	CT	0
ORINA 1ER CHORRO - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	0
ORINA CHORRO MEDIO - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	0
RECUESTO DE GLOBULOS BLANCOS	CT	0
RECUESTO DE GLOBULOS ROJOS	CT	0

RECUENTO DE PLAQUETAS	CT	0
TIPIFICACION	CT	0
TRIGLICERIDOS	CT	0
UREA	CT	0
UREA (O)	CT	0
ANÁLISIS ESPECIALIZADOS		
% DE SATURACION DE HIERRO	CT	30
17 BETA ESTRADIOL	CT	30
17 CESTOSTEROIDES	CT	30
17 HIDROXICORTICOSTEROIDES	CT	60
17 HIDROXIPROGESTERONA NEONATAL	CT	60
17 OH PROGESTERONA	CT	60
17 OH PROGESTERONA NEONATAL	CT	60
ACIDO ACETIL SALICILICO - AAS	CT	30
ACIDO CITRICO (SEMEN)	CT	60
ACIDO FENIL PIRUVICO	CT	60
ACIDO FOLICO	CT	30
ACIDO HIPURICO	CT	60
ACIDO LACTICO	CT	30
ACIDO METILHIPURICO	CT	60
ACIDO PIRUVICO	CT	30
ACIDO VALPROICO	CT	30
ACIDO VANIL MANDELICO - AVM	CT	60
ACTH	CT	60
ADA (Adenosina Deaminasa) LIQUIDO PLEURAL	CT	60
ADENOVIRUS - AG (SEC. NASAL) TEST RAPIDO - MET:INMUNOCROMATOGRAFIA	CT	60
ADENOVIRUS (SEC. NASAL) MET: I.F.D	CT	60
ADENOVIRUS EN HECES	CT	60
ADENOVIRUS IGG	CT	60
ADENOVIRUS IGM	CT	60
AGLUTININA ANTI A	CT	30
AGLUTININA ANTI B	CT	30
AGUA - ANALISIS BACTERIOLOGICO	CT	30
AGUA - EST FISICO QUIMICO Y BACTERIOLOGICO	CT	30
ALATOP	CT	60
ALBUMINA	CT	30

ALBUMINA (O)	CT	30
ALDOLASA	CT	30
ALDOSTERONA	CT	60
ALFA I ANTITRIPSINA	CT	60
ALFAFETOPROTEINA (AFP)	CT	60
ALFAFETOPROTEINA EN SUERO MATERNO (AFP)	CT	60
AMICACINA	CT	60
AMILASA - ALFA AMILASA - AMILASEMIA	CT	30
AMILASA (O) - ALFA AMILASA (O) - AMILASURIA	CT	30
AMINOFILINA	CT	60
AMONIO	CT	60
ANCA C	CT	60
ANCA P	CT	60
ANDROSTENEDIONA	CT	60
ANTI - GBM IGG (membrana basal glomerular)	CT	60
ANTI - GBM IGM (membrana basal glomerular)	CT	60
ANTI CARDIOLIPINA IGA	CT	60
ANTI CARDIOLIPINA IGG	CT	60
ANTI CARDIOLIPINA IGM	CT	60
ANTI CCP	CT	60
ANTI CELULAS PARIETALES	CT	60
ANTI LA (SSB)	CT	60
ANTI RNP	CT	60
ANTI RO (SSA)	CT	60
ANTI SM	CT	60
ANTI TRYPANOSOMA IGG	CT	30
ANTI TRYPANOSOMA IGM	CT	30
ANTIBIOGRAMA PARA ANAEROBIOS Y AEROBIOS	CT	30
ANTIC ANTI DNA	CT	30
ANTIC ANTI-HIV (Incl. AC/AG/P24)	CT	60
ANTIC ANTI LISTERIA	CC	60
ANTIC ANTI MUSCULO LISO	CT	30
ANTIC ANTI RUBEOLA - IGG	CT	30
ANTIC ANTI RUBEOLA - IGM	CT	30
ANTIC ANTI SCL-70	CT	30
ANTIC ANTI TOXOPLASMA IGG	CT	30
ANTIC ANTI TOXOPLASMA IGM	CT	30

ANTIC ANTIENDOMISIO IGA	CT	60
ANTIC ANTIENDOMISIO IGG	CT	60
ANTIC ANTIGLIADINA IGA	CT	30
ANTIC ANTIGLIADINA IGG	CT	30
ANTIC ANTIMICROSOMALES (ATPO)	CT	30
ANTIC ANTIMITOCONDRIALES	CT	30
ANTIC ANTINUCLEARES (ANA IGA)	CT	30
ANTIC ANTINUCLEARES (ANA IGG)	CT	30
ANTIC ANTINUCLEARES (ANA IGM)	CT	30
ANTIC ANTINUCLEARES (ANA)	CT	30
ANTIC ANTIRETICULINA	CT	60
ANTIC ANTITIROGLOBULINAS	CT	30
ANTIC ANTITIROIDEOS (TPO-Peroxidasa-Ac. Igl y Tiroglobulina)	CT	60
ANTIC JO 1	CT	60
ANTICUERPOS ANTI FOSFOLIPIDOS	CT	60
ANTICUERPOS IRREGULARES	CT	30
ANTIFOSFOLIPIDOS IGG, suero	CT	60
ANTIFOSFOLIPIDOS IGM, suero	CT	60
ANTIGENOS FEBRILES	CT	30
ANTITROMBINA III (3)	CC	60
APOLIPOPROTEINA A	CT	60
APOLIPOPROTEINA B	CT	60
ASCA IgA (ANTIC. IgA anti-Sacchoromyces cerevisiae)	CT	60
ASCA IgG (ANTIC. IgG anti-Sacchoromyces cerevisiae)	CT	60
ASPECTO DEL SUERO	CT	30
ASPERGILUS	CT	30
ASTO	CT	30
AZUCARES REDUCTORES (BENEDIC) - AZUCARES REDUCTORES (O)	CT	30
B2 GLICOPROTEINA IGA	CT	60
B2 GLICOPROTEINA IGA	CT	60
B2 GLICOPROTEINA IGG	CT	60
B2 GLICOPROTEINA IGM	CT	60
BCA IGG	CT	60
BETA 2 - MICROGLOBULINA	CT	30
BETA CROSS LAPS	CC	60

BICARBONATO ACTUAL	CT	30
BILIRRUBINA DIRECTA	CT	30
BILIRRUBINA INDIRECTA	CT	30
BILIRRUBINA TOTAL - BILIRRUBINA T, D e I	CT	30
BILIS - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
BNP (péptido natri uretrico)	CT	60
BRUCELLA ABORTUS IgG	CT	60
BRUCELLA ABORTUS IgM	CT	60
BUN (Nitrógeno Ureico en Sangre)	CT	30
BUSQUEDA DE ACAROS	CT	30
C3	CT	30
C4	CT	30
CA 125	CT	60
CA 15,3	CT	60
CA 19,9	CT	60
CA 27,29	CT	60
CALCIO	CT	30
CALCIO (O)	CT	30
CALCIO IONICO	CT	30
CALCIO O (ESPONTANEA)	CT	30
CALCITONINA	CT	60
CALCULO URINARIO	CT	30
CALPROTECTINA (Heces)	CC	60
CAMPYLOBACTER - CULTIVO	CT	30
CARBOXIHEMOGLOBINA	CC	60
CEA (ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO)	CT	60
CENTROMERO	CT	60
CERULOPLASMINA	CT	60
CETONEMIA	CT	30
CETONURIA	CT	30
CH 100 (COMPLEMENTO HEMOLITICO)	CT	60
CHAGAS AC (METODO LATEX)	CT	30
CHAGAS AC IGG	CT	30
CHAGAS AC IGM	CT	30
CHLAMYDIAS AC IGG	CT	30
CHLAMYDIAS AC IGM	CT	30
CHLAMYDIAS ORINA	CT	30

CHLAMYDIAS PNEUMONIAE (SEC. NASAL)	CT	30
CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGG (sangre)	CT	30
CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGM (sangre)	CT	30
CHLAMYDIAS SECRESION CONJUNTIVAL	CT	60
CHLAMYDIAS SECRESION GENITAL	CT	30
CIM (CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA)	CC	60
CISTINA (O)	CC	60
CITOMEGALOVIRUS - COLOR GIEMSA	CT	30
CK - MB	CT	30
CK - MM	CT	30
CK - TOTAL	CT	30
CLEARENCE DE CREATININA	CT	30
CLEARENCE DE UREA	CT	30
CLORUROS	CT	30
CLORUROS - LCR	CT	30
CLORUROS (O)	CT	30
CLOTTEST	CT	60
CMV - IGG (ANT ANTICITOMEGALOVIRUS)	CT	60
CMV - IGM (ANT ANTICITOMEGALOVIRUS)	CT	60
COCCIDIODINA INTRADERMORREAC	CT	60
COLESTEROL HDL	CT	30
COLESTEROL LDL	CT	30
COLESTEROL VLDL	CT	30
COLINESTERASA	CT	30
COLORACION DE GIEMSA	CT	30
COLORACION DE GRAM	CT	30
COLORACION DE KINYOUN	CT	30
COLORACION DE TINTA CHINA	CT	30
COLORACION DE ZIEHL - NEELSEN	CT	30
COMPLEMENTO HEMOLITICO (CH 50)	CT	60
COOMBS DIRECTO	CT	30
COOMBS INDIRECTO	CT	30
COOMBS INDIRECTO CUANTITATIVO	CT	30
COPROCULTIVO	CT	30
COPROFUNCIONAL	CT	30
COPROPORFIRINAS	CT	60
CORTISOL	CT	30

CORTISOL AM	CT	30
CORTISOL PLASMATICO	CT	30
CORTISOL PM	CT	30
CORTISOL URINARIO	CT	30
COXIELLA BURNETTI IGG	CT	30
COXIELLA BURNETTI IGM	CT	30
COXSACKIE (SEC. NASAL)	CT	60
COXSACKIE A IGG	CT	60
COXSACKIE A IGM	CT	60
COXSACKIE B EN LCR	CT	60
COXSACKIE B IGG	CT	60
COXSACKIE B IGM	CT	60
CRASIS SANGUINEA COMPLETA (PERFIL DE COAGULACION - COAGULOGRAMA)	CT	30
CRIOAGLUTININAS	CT	30
CRIOGLOBULINAS	CT	30
CRIPTOCOCCUS (LATEX PARA TORULA)	CT	60
CRYPTOSPORIDIUM	CT	30
CUERPOS CETONICOS	CT	30
CUERPOS CETONICOS (O)	CT	30
CULTIVO EN AEROBIOSIS	CT	30
CULTIVO EN ANAEROBIOSIS	CT	30
CULTIVO PARA BAAR	CT	30
CULTIVO PARA GERMESES COMUNES	CT	30
CULTIVO PARA LISTERIA	CT	30
CURVA DE GLUCOSA (03 HORAS)	CT	30
CURVA DE GLUCOSA (04 HORAS)	CT	30
CURVA DE GLUCOSA (05 HORAS)	CT	30
CURVA DE GLUCOSA (EMBARAZO)	CT	30
DEHIDROTESTOSTERONA	CT	30
DENGUE IGG CROMATOGRAFIA	CT	30
DESHIDROGENASA (G6PD) NEONATAL	CC	60
DETECCION DE CRISTALES	CT	30
DGP-2 AC IGA (anti gliadina deaminada)	CC	60
DGP-2 AC IGG (anti gliadina deaminada)	CC	60
DHEA SULFATO (DHEA-SO4)	CT	30
DIGITOXINA	CT	60

DIGOXINA	CT	30
DIMERO D	CT	60
DIMERO D CUANTITATIVO	CT	60
DOSAJE DE NTX - PYRILINKS (OSTEOPOROSIS)	CT	60
DOSAJES PARA DIGITALICOS	CT	60
EBV - EA IGG	CT	60
EBV - EA IGM	CT	60
EBV - EBNA IGG	CT	60
EBV - EBNA IGM	CT	60
EBV - VCA IGG	CT	60
EBV - VCA IGM	CT	60
ECHO VIRUS IGG	CT	60
ECHO VIRUS IGM	CT	60
ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	CT	30
ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS	CT	60
ELECTROFORESIS DE PROTEINAS	CT	30
ELECTROFORESIS DE PROTEINAS (LCR)	CT	60
ELECTROLITOS - IONOGRAMA (NA + K + CL)	CT	30
ELECTROLITOS (O)	CT	30
ENTEROVIRUS IGG	CC	60
ENTEROVIRUS IGM	CC	60
ENZIMAS CARDIACAS (GOT - CK TOTAL - CK MB - LDH)	CT	30
ESPERMA - CHLAMYDIAS	CT	60
ESPERMA - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
ESPERMOGRAMA	CT	60
ESPUTO - COLORACION DE ZIEHL	CT	30
ESPUTO - EOSINOFILOS - MASTOCITOS	CT	30
ESPUTO - FROTIS	CT	30
ESPUTO CULTIVO PARA BAAR	CT	30
ESPUTO CULTIVO PARA GERMEENES COMUNES (ESPUTO, CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA)	CT	30
ESTEATOCRITOS	CT	60
ESTRADIOL	CT	30
ESTRIOL LIBRE	CT	60
ESTUDIO CAPILAR - INVESTIGACION DE HONGOS	CT	30
EXCRECION DE CREATININA	CT	30
FACTOR IX	CC	60

FACTOR REUMATOIDEO (ARTRITEST)	CT	30
FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPOS IGA (ARTRITEST)	CT	60
FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPOS IGG (ARTRITEST)	CT	60
FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPOS IGM (ARTRITEST)	CT	60
FACTOR V LEYDEN	CC	60
FACTOR VIII	CC	60
FENIL ALANINA	CT	60
FENIL CETONURIA	CT	30
FENILHIDANTOINA	CT	60
FENOLES	CT	60
FERRITINA	CT	60
FIBRINOGENO	CT	30
FIBRINOLISIS	CT	30
FOSFATASA ACIDA PROSTATICA - PAP	CT	30
FOSFATASA ACIDA TOTAL	CT	30
FOSFATASA ALCALINA	CT	30
FOSFOLIPIDOS	CT	30
FOSFORO	CT	30
FOSFORO (O)	CT	30
FRAGILIDAD DE LOS HEMATIES	CT	30
FRAGILIDAD OSMOTICA	CC	60
FROTIS	CT	30
FROTIS DE SANGRE PERIFERICA (FSP)	CT	30
FRUCTOSAMINA	CT	30
FSH	CT	30
FSH SERIADOS	CT	60
FTA - ABS EN LCR IGG	CT	30
FTA - ABS EN LCR IGM	CT	30
FTA - ABS IGG AC	CT	30
FTA - ABS IGM AC	CT	30
FTI	CT	30
G6PDH NEONATAL	CT	60
GALACTOMANANO - AG	CT	60
GALACTOSA NEONATAL	CT	60
GALACTOSEMIA	CT	60
GAMMA GLOBULINA	CT	60
GAMMA GT	CT	30

GASES ARTERIALES (GASOMETRIA ARTERIAL)	CT	30
GASES VENOSOS (GASOMETRIA VENOSA)	CT	30
GASTRINA	CT	60
GLOBULINA	CT	30
GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	CT	30
GOT / AST	CT	30
GPT / ALT	CT	30
GRAVINDEX	CT	30
H.O.M.A.	CT	30
HAMBURGER	CT	60
HAPTOGLOBINA	CT	30
HAV - IGG (ANTIC HEPATITIS A)	CT	30
HAV - IGM (ANTIC HEPATITIS A)	CT	30
HBC - AC IGG (ANTI CORE)	CT	30
HBC - AC IGM (ANTI CORE)	CT	30
HBC AC (ANTI CORE TOTAL)	CT	60
HBE - AC (Hepatitis E Anticuerpo)	CT	60
HBE - AG	CT	60
HBS - AC	CT	30
HBS - AG (ANTIGENO DE SUPERFICIE - HEPATITIS B)	CT	60
HCG CUANTITATIVO TUMORAL (MARCADOR TUMORAL)	CT	60
HCG LIBRE	CT	60
HCG SUB UNIDAD BETA	CT	30
HCG SUB UNIDAD BETA CUANTITATIVA	CT	30
HCV - AC (ANTIC HEPATITIS C)	CT	30
HECES - BENEDICT	CT	30
HECES - EXAMEN PARASITOLOGICO	CT	30
HECES - EXAMEN PARASITOLOGICO SERIADO	CT	30
HECES - FLORA MICROBIANA	CT	30
HECES - FROTIS	CT	30
HECES - HONGOS	CT	30
HECES - MICROSCOPIA FUNCIONAL	CT	30
HELICOBACTER PYLORI IGA	CT	60
HELICOBACTER PYLORI IGG	CT	60
HELICOBACTER PYLORI IGM	CT	60
HEMOCULTIVO EN AEROBIOSIS (cada muestra)	CT	60
HEMOCULTIVO EN ANAEROBIOS (cada muestra)	CT	60

HEMOGLOBINA FETAL	CT	30
HEMOGLOBINA GLICOSILADA - HBA1C (GLUCOHEMOGLOBINA)	CT	30
HEMOPARASITOS - GOTTA GRUESA	CT	30
HEMOPARASITOS - OBSERVACION DIRECTA	CT	30
HERPES - SECRESION GENITAL	CT	30
HERPES 1 IGG	CT	60
HERPES 1 IGM	CT	60
HERPES 2 IGG	CT	60
HERPES 2 IGM	CT	60
HERPES 6 IGG	CC	60
HERPES 6 IGM	CC	60
HERPES I IFD	CT	60
HERPES II IFD	CT	60
HEV - AC (ANTIC HEPATITIS E)	CT	30
HIDATIDOSIS (ANT ANTIHIDATIDICO)	CT	60
HIERRO SERICO	CT	30
HISTOPLASMINA INTRADERMOREAC	CT	60
HISTOPLASMOSIS	CC	60
HIV - P24	CT	60
HOMOCISTINA EN ORINA - HOMOCISTINURIA	CT	60
HOMOCYSTEINA	CT	60
HONGOS - CULTIVO E IDENTIFICACION	CT	30
HONGOS - EXAMEN EN FRESCO	CT	30
IDENTIFICACION DE PARASITOS	CT	30
IGA	CT	30
IGA SECRETORIA	CT	60
IGE TOTAL	CT	60
IGF-1 TIPO INSL (somatomedina)	CT	60
IGG	CT	30
IGM	CT	30
INDICE ANDROGENICO LIBRE	CT	30
INDICES DE RIESGOS	CT	30
INFLUENZA A (SEC. NASAL) I.F.D.	CT	60
INFLUENZA A / B (SEC. NASAL - TEST RAPIDO)	CT	30
INFLUENZA A IGG	CT	60
INFLUENZA A IGM	CT	60

INFLUENZA AH1N1	CT	60
INFLUENZA B (SEC. NASAL) I.F.D.	CT	60
INFLUENZA B IGG	CT	60
INFLUENZA B IGM	CT	60
INMUNOGLOBULINAS (IGA - IGM - IGG)	CT	60
INMUNOGLOBULINAS EN LCR (IGA - IGM - IGG)	CT	60
INSULINA BASAL	CT	30
INSULINEMIA CON TEST DE T GLUCOSA	CT	30
LATEX EN LCR	CT	30
LATEX EN LIQUIDO PLEURAL	CT	30
LATEX EN ORINA	CT	30
LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO A	CT	30
LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO B	CT	30
LAVADO BRONCO ALVEOLAR - CULTIVO Y ATB	CT	30
LAVADO GASTRICO PARASITOS	CT	30
LCR - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
LCR CITOQUIMICO	CT	30
LDH	CT	30
LEGIONELLA IGG	CT	60
LEGIONELLA IGM	CT	60
LEGIONELLA PNEUMOFILA (IFD)	CT	60
LEISHMANIA IGG	CT	60
LEISHMANIA IGM	CT	60
LEPTOSPIROSIS	CC	60
LESION DE PIEL - CULTIVO HONGOS	CT	30
LESION DE UÑAS - CULTIVO HONGOS	CT	30
LESION GENITAL	CT	30
LESION GENITAL - CAMPO OSCURO	CT	30
LESION GENITAL - COLORACION DE FONTANA	CT	30
LESION GENITAL - COLORACION DE GRAM	CT	30
LH	CT	30
LH SERIADO	CT	60
LINFA CUTANEA COLORACION DE ZIEHL	CT	30
LIPASA	CT	30
LIPIDOS TOTALES	CT	30
LIQUIDO (OTROS) - CITOQUIMICO	CT	30
LIQUIDO AMNIOTICO - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30

LIQUIDO ARTICULAR - CRISTALES	CT	30
LIQUIDO ARTICULAR - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
LIQUIDO ARTICULAR CITOQUIMICO	CT	30
LIQUIDO ASCITICO - CRISTALES	CT	30
LIQUIDO ASCITICO - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
LIQUIDO GASTRICO - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
LIQUIDO GASTRODUODENAL - PARASITOS	CT	30
LIQUIDO PERITONEAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
LIQUIDO PLEURAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
LIQUIDO PLEURAL CITOQUIMICO	CT	30
LITIO	CT	30
LKM - 1 AC	CT	60
MAGNESIO	CT	30
MAGNESIO (O)	CT	30
MAGNESIO ERITROCITARIO	CT	30
MAR TEST IGG	CT	60
METAHEMOGLOBINA	CT	60
METANEFRINAS	CT	60
METAPNEUMOVIRUS (I.F.D.)	CT	60
METAPNEUMOVIRUS (SEC. NASAL)	CC	60
METOTREXATE	CC	60
MICROALBUMINURIA	CT	60
MIELOCULTIVO AEROBIOS	CT	30
MIELOCULTIVO ANAEROBIOS	CT	30
MIOGLOBINA	CT	30
MIOGLOBINA (O)	CT	30
MONOTEST	CT	30
MORFINA (O)	CT	30
MUCOPROTEINAS	CT	30
MYCOPLASMA - CULTIVO E IDENTIFICACION	CT	30
MYCOPLASMA HOMINIS (secreción genital o esperma)	CT	60
MYCOPLASMA HOMINIS EN ORINA	CT	60
MYCOPLASMA PNEUMONIAE (SEC.NASAL) (IFD)	CT	30
MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG	CT	60
MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGM	CT	60
N DNA DS-AC	CT	30
NEISSERIA	CT	60

NITROGENO UREICO	CT	30
NOROVIRUS	CT	60
OSMOLARIDAD URINARIA	CT	30
OSTEOCALCINA	CT	60
OXALATO	CC	60
OXIURIUS	CT	30
PAPP-A	CT	60
PARACOCCIDIOIDES	CC	60
PARAINFLUENZA 1	CT	60
PARAINFLUENZA 2	CT	60
PARAINFLUENZA 3	CT	60
PARAINFLUENZA IGG	CT	60
PARAINFLUENZA IGM	CT	60
PARATHORMONA - PTH	CT	60
PAROTIDITIS IGG	CT	60
PAROTIDITIS IGM	CT	60
PARVOVIRUS B19 (IGG/IGM) Inmunocromatografia	CC	60
PARVOVIRUS B19 IGG	CC	60
PARVOVIRUS B19 IGM	CC	60
PAS	CT	30
PAS LIBRE - FREE PSA	CT	60
PAUL BUNNEL	CT	30
PCR CARDIOESPECIFICA	CT	60
PDF	CT	30
PEPTIDO C	CT	60
PEPTIDO NATRIURETICO ARTERIAL (BNP) CUANTITATIVO	CT	60
PERFIL AUTOINMUNE	CT	60
PERFIL ENA	CT	60
PERFIL HEPATICO - HEPATOGRAMA	CT	30
PERFIL LIPIDICO - LIPIDOGRAMA	CT	30
PH - HECES	CT	30
PH - ORINA	CT	30
PH-SANGRE	CT	30
PLASMA SEMINAL - BIOQUIMICA	CT	30
PM - 1	CT	60
PNEUMOCYSTITIS CARINII	CC	60
PNEUMONIA ATIPIICA IgM	CC	60

PORFOBILINOGENO	CT	30
POTASIO	CT	30
POTASIO (O)	CT	30
PPD	CT	30
PRE-ALBUMINA	CT	60
PREPARACION DE CELULAS LE	CT	30
PRO - BNP	CC	60
PROCALCITONINA	CC	60
PROGESTERONA	CT	30
PROLACTINA	CT	30
PROTEINA C	CC	60
PROTEINA C REACTIVA - PCR	CT	30
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	CT	30
PROTEINA DE BENCE - JONES	CT	30
PROTEINA S	CC	60
PROTEINAS - RELACION A/G	CT	30
PROTEINAS TOTALES	CT	30
PROTEINAS TOTALES (O)	CT	30
PROTOPORFIRINA	CT	30
PRUEBA DE LAZO	CT	30
PUNTA DE CATETER - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
RASPADO DE LENGUA - CULTIVO PARA HONGOS	CT	30
RAST - ABEJA	CT	60
RAST - AMPICILINA	CT	60
RAST - AVISPA	CT	60
RAST - CHOCOLATE	CT	60
RAST - CLARA DE HUEVO	CT	60
RAST - EPITELIO DE GATO	CT	60
RAST - EPITELIO DE PERRO	CT	60
RAST - FRUTILLA	CT	60
RAST - LECHE DE VACA	CT	60
RAST - PENICILINA	CT	60
RAST - PESCADO	CT	60
RAST - POLEN	CT	60
RAST - POLVO DE CASA	CT	60
RAST - TRIGO	CT	60
RAST d1 Dermatophagoides-pteronyssynus	CT	60

RAST d2 Dermatophagoides-farinae	CT	60
RAST DE SOJA	CT	60
RAST F76 ALFALACTOALBUMNINA	CT	60
RAST F77 BETALACTOGLOBULINA	CT	60
RAST F78 CASEINA	CT	60
RAST PARA AMOXICILINA	CT	60
RAST PARA ASCARIS	CT	60
RAST PARA BLOMIA TROPICALIS	CT	60
RAST PARA CANDIDA ALBICANS	CT	60
RAST PARA CERDO	CT	60
RAST PARA CITRICOS	CT	60
RAST PARA CUCARACHA	CT	60
RAST PARA EPITELIO DE ANIMAL	CT	60
RAST PARA GLUTEN	CT	60
RAST PARA HONGOS	CT	60
RAST PARA HORMIGA	CT	60
RAST PARA HUEVO	CT	60
RAST PARA HUMEDAD	CT	60
RAST PARA LATEX	CT	60
RAST PARA MAIZ	CT	60
RAST PARA MANI	CT	60
RAST PARA MEZCLA DE ACAROS	CT	60
RAST PARA MEZCLA DE ALIMENTOS	CT	60
RAST PARA MOHO Y LEVADURAS	CT	60
RAST PARA MOSQUITO	CT	60
RAST PARA NARANJA	CT	60
RAST PARA PARASITOS	CT	60
RAST PARA PENICILINA G	CT	60
RAST PARA PENICILINA V	CT	60
RAST PARA PICADURA DE INSECTO	CT	60
RAST PARA POLEN DE PASTO	CT	60
RAST PARA TOMATE	CT	60
RAST PARA YEMA DE HUEVO	CT	60
RAZON PSA	CT	30
REACCION DE HUDDLESON	CT	30
REACCION DE WIDAL	CT	30
RECEPTORES ESTROGENICOS	CC	60

RECUENTO DE ADDIS	CT	30
RECUENTO DE HAMBURGER	CT	30
RELACION CALCIO/CREATININA	CT	30
RELACION LDH (LIQ.PLEURAL)	CT	30
RELACION MICROALBUMINURIA/CREATININA	CT	30
RELACION PT (LIQ.PLEURAL)	CT	30
RELACION UREA/CREATININA	CT	30
RESISTENCIA OSMOTICA ERITROCITARIA	CT	30
RETICULOCITOS	CT	30
RETRACCION DEL COAGULO	CT	30
RETRO CULTIVO (cada muestra)	CT	30
RK39	CT	30
ROTAVIRUS	CT	30
SALICILATO	CT	30
SANGRE OCULTA O GUAYACO	CT	30
SAP Sec. anal: cultivo p/ streptococcus agalactiae Grupo B	CT	30
SAP Sec. vaginal. cultivo p/ streptococcus agalactiae Grupo B	CT	30
SARAMPION IGG	CT	60
SARAMPION IGM	CT	60
SECRESION CONJUNTIVAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SECRESION ENDOCERVICAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SECRESION FARINGEA - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SECRESION GENITAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SECRESION NASAL - CITOLOGIA	CT	30
SECRESION NASAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SECRESION PROSTATICA - FROTIS	CT	30
SECRESION PURULENTA - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SECRESION TRAQUEAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SECRESION URETRAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SECRESION URETRAL - FROTIS	CT	30
SECRESION VAGINAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SECRESION VAGINAL - EXAMEN FRESCO Y GRAM	CT	30
SECRESION VAGINAL PH	CT	30
SECRESION VAGINAL Y ENDOCERVICAL-CULT Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SECRESION VULVO VAGINAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30

SECRESIONES (OTRAS) - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
SHBG	CT	60
SN	CT	60
SODIO	CT	30
SODIO (O)	CT	30
STREPTOZIMA	CT	60
SUB-CLASES IGG 1	CC	60
T3 LIBRE	CT	30
T3 TOTAL	CT	30
T3 UPTAKE	CT	30
T4 LIBRE	CT	30
T4 NEONATAL	CT	30
T4 TOTAL	CT	30
T4 UPTAKE	CT	30
TEOFILINA	CT	60
TEST DE ABSORCION A LA XILOSA	CT	30
TEST DE APT	CT	30
TEST DE ARBORIZACION	CT	30
TEST DE O´ SULLIVAN	CT	30
TEST DE QUILOMICRONES	CT	30
TEST DE TZANCK	CT	30
TEST DEL PIECITO (TSH Neonatal, Tripsina Inmuno Reactiva, Fenil Alanina)	CT	60
TEST PARA AMINAS	CT	30
TEST PARA CHIKUNGUNYA IGG	CT	60
TEST PARA CHIKUNGUNYA IGM (Elisa)	CT	60
TEST PARA CHIKUNGUNYA INMUNOCROMATOLOGICO	CT	60
TEST PARA DENGUE AG	CT	30
TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO AG - NS1	CT	30
TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO IGG	CT	30
TEST PARA DENGUE CROMATOGRAFICO IGM	CT	30
TEST PARA DENGUE IGG (Met. Elisa)	CT	30
TEST PARA DENGUE IGM (Met.Elisa)	CT	30
TESTOSTERONA BIODISPONIBLE	CC	60
TESTOSTERONA LIBRE	CT	60
TESTOSTERONA TOTAL	CT	60
TIBC (CAPACIDAD DE FIJACION DE HIERRO)	CT	60

TIEMPO DE COAGULACION	CT	30
TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA	CT	30
TIEMPO DE PROTROMBINA - TP	CT	30
TIEMPO DE SANGRIA	CT	30
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA ACTIVADA (TTPA)	CT	30
TINE TEST	CT	30
TIPIFICACION	CT	30
TIROGLOBULINA	CT	30
TOXINA PARA CLOSTRIDIUM DIFFICILE	CC	60
TOXOCARA IGG	CT	60
TRANSFERRINA	CT	30
TRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA	CT	60
TRANSGLUTAMINASA TISULAR IGG	CT	60
TRIPSINA INMUNO REACTIVA NEONATAL	CT	60
TRIPSINOGENO	CT	60
TROPONINA I	CT	60
TROPONINA I CUANTITATIVA	CT	60
TROPONINA I ULTRASENSIBLE	CT	60
TROPONINA T CUALITATIVA	CT	60
TSH	CT	30
TSH NEONATAL	CT	30
ULCERA GENITAL - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	CT	30
UREAPLASMA - UREPLASMA	CT	30
UROBILINA - UROBILINOGENO	CT	30
UROPORFIRINA	CT	30
VAN DE KAMER	CT	60
VARICELA IGG	CT	60
VARICELA IGM	CT	60
VARICELA ZOSTER	CC	60
VDRL	CT	30
VDRL CUANTITATIVO	CT	30
VDRL EN LCR	CT	30
VIROCITOS	CT	30
VIRUS SINSCICIAL AG (VSR) - MET. I.F.D.	CT	30
VIRUS SINSCICIAL AG (VSR) - MET. INMUNOCROMATO- GRAFIA	CT	30
VIRUS SINSCICIAL IGG (VSR)	CT	30

VIRUS SINCICIAL IGM (VSR)	CT	30
VITAMINA B12	CT	60
VITAMINA B6	CT	60
VITAMINA D (calcitriol)	CC	60
WALER ROSE	CT	30
YERSENIA - CULTIVO	CT	60

ANEXO 3

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS ESPECIALIZADOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS	COBERTURA	CARENCIA (DÍAS)
ALERGIA		
EVALUACION PARA RECIBIR CONTRASTES	CT	30
OSCILOMETRIA	CT	30
PRICK TEST - ALIMENTOS	CT	60
PRICK TEST - BATERIA STANDARD	CT	60
PRICK TEST - INFRECIENTES	CT	60
PRICK TEST - INSECTOS	CT	60
TEST DE CONTACTO (PATCH TEST)	CT	60
CARDIOLOGÍA		
DOPPLER COLOR CAROTIDEO O VERTEBRAL	CT	30
DOPPLER COLOR CAROTIDEO Y VERTEBRAL	CT	30
ECO STRESS - ECO ESFUERZO (EJERCICIO)	CT	30
ECO STRESS DOBUTAMINA	CT	30
ECOCARDIOGRAMA CON DOPPLER COLOR	CT	0
ECOCARDIOGRAMA CON TRANSDUCTOR TRANSESOFA-GICO	CT	30
ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO CON DOPPLER COLOR	CT	30
ELECTROCARDIOGRAMA	CT	0
ELECTROCARDIOGRAMA PEDIATRICO	CT	0
ERGOMETRIA	CT	30
HOLTER 24 HORAS	CT	30
MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA)	CT	30
COLOPROCTOLOGÍA		
ANOSCOPIA	CT	30
RECTOSIGMOIDOSCOPIA	CT	30
GASTRO-COLOPROCTOLOGIA: ESTUDIOS		

COLANGIO - PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA	CT	60
COLONOSCOPIA	CT	30
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	CT	30
RECTOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE	CT	30
USO DE SALA - USO DE EQUIPO DE VIDEO - HONORARIOS ANESTESIOLOGO	CT	30
GASTRO-COLOPROCTOLOGÍA: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS		
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	CT	30
POLIPECTOMIA CON ASA DE DIATERMIA (ALTA)	CT	60
POLIPECTOMIA CON ASA DE DIATERMIA (BAJA)	CT	60
MUCOSECTOMIA	CT	60
ESFINTEROTOMIA O PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA	CC	60
LITOTRIPSIA BILIAR	CC	60
DRENAJE BILIAR CON ENDO PROTESIS	CC	60
HEMOSTASIA (inyección o colocación de hemoclips) DE LESION SANGRANTE	CC	60
COLOCACION DE SONDA NASO-YEYUNAL (vía endoscópica.)	CT	60
GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)	CC	60
USO DE SALA - USO DE EQUIPO DE VIDEO - HONORARIOS ANESTESIOLOGO	CT	Según procedimiento
GINECOLOGÍA - T.G.I. (Tracto Genital Inferior)		
COLPOSCOPIA	CT	30
PAP DE CUELLO	CT	30
VULVOSCOPIA - VAGINOSCOPIA. ESTUDIO DE CUPULA VAGINAL	CT	30
PAP DE CUELLO MAS COLPOSCOPIA - ESTUDIO DE CUELLO UTERINO CON CITOLOGIA	CT	30
NEUMOLOGÍA		
CAPACIDAD VITAL LENTA	CT	30
ESPIROMETRIA CON PRUEBA BRONCOLADITADORA	CT	30
ESPIROMETRIA DIAGNOSTICA	CT	0
PIMAX Y PEMAX	CT	60
POLISOMNOGRAFIA DOMICILIARIA (poligrafía)	CC	60
POLISOMNOGRAFIA EN LABORATORIO DE SUEÑO (CPAP/ BIPAP)	CC	60
TEST DE DIFUSION DE MONOXIDO DE CARBONO (DLCO)	CT	60
TEST DE MARCHA DE 6 MIN	CT	30
TEST DEL OXIDO NITRICO EXALADO (FENO)	CT	30

VOLUMENES PULMONARES POR DILUCION DE HELIO	CC	60
NEUROLOGÍA - OTONEUROLOGÍA		
ELECTROENCEFALOGRAMA	CT	30
ELECTROENCEFALOGRAMA INFANTIL	CT	30
ELECTROENCEFALOGRAMA SUEÑO	CT	30
ELECTROMIOGRAFIA	CT	30
MAPEO CEREBRAL	CT	30
POTENCIAL EVOCADO VISUAL	CT	30
REPOSICION DE OTOCONIOS	CT	30
OFTALMOLOGÍA		
BIOMETRIA OPTICA	CT	0
CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO (campimetría)	CT	0
CURVA TONOMETRICA	CT	0
ECOBIMETRIA DEL NERVIÓ OPTICO	CT	0
EJERCICIOS ORTOPTICOS	CT	30
ESTUDIO DE POTENCIAL VISUAL COMPUTARIZADO	CT	0
ESTUDIOS DE ESTRABISMO	CT	30
EXAMEN ORTOPTICO	CT	30
GONIOSCOPIA	CT	0
MAPEAMIENTO DE RETINA CON DILATACION DE PUPILA	CT	30
MICROSCOPIA ESPECULAR	CT	0
PAQUIMETRIA	CT	0
RETINOGRAFIA Y PAPILOGRAFIA DIGITAL	CT	30
TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA ANTERIOR - OCT	CT	30
TOMOGRAFIA DE NERVIÓ OPTICO	CT	30
TOMOGRAFIA DE SCHEIMPFLUG	CT	30
TOPOGRAFIA DE CORNEA	CT	0
OTORRINOLARINGOLOGÍA - OTONEUROLOGÍA		
ACUFENOMETRIA	CT	30
AUDIOMETRIA	CT	30
EMISIONES OTOACUSTICAS	CT	60
ENDOSCOPIA NASAL	CT	30
EXAMEN FUNCIONAL LABERINTICO CON VIDEONISTAGMOGRAFIA	CT	60
IMPEDANCIOMETRIA	CT	30
LARINGOFIBROSCOPIA	CT	60
LOGOAUDIOMETRIA	CT	30

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CON SEDACION Y/O ANESTESIA GRAL.	CT	60
POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS SIN SEDACION	CT	60
TIMPANOMETRIA	CT	30
SALUD FETAL		
DOPPLER FETAL	CT	60
ECOCARDIOGRAFIA CON DOPPLER B-D PRE-NATAL	CT	60
ECOGRAFIA MORFOLOGICA (marcadores cromosómicos)	CT	60
ECOGRAFIA MORFOLOGICA FETAL	CT	60
ECOGRAFIA TRIDIMENSIONAL (3D)	CT	60
MONITOREO FETAL	CT	60
PERFIL BIOFISICO FETAL	CT	60
UROLOGÍA		
CISTOSCOPIA - URETROCISTOSCOPIA	CT	60
FLUJOMETRIA URINARIA	CT	30
PENESCOPIA	CT	30
PIELOGRAFIA ANTEROGRADA DIAGNOSTICA UNILATERAL POR NEFROSTOMIA	CT	60
PIELOGRAFIA RETROGRADA DIAGNOSTICA UNILATERAL	CT	60
URODINAMIA	CT	60
VASCULAR PERIFERICO		
DOPPLER ARTERIAL	CT	30
DOPPLER VENOSO	CT	30
ARTERIOGRAFÍAS		
ARTERIOGRAFIA CONTRASTADA AÓRTICA	CT	60
ARTERIOGRAFIA CONTRASTADA SELECTIVA	CT	60
ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES	CT	60
FLEBOGRAFIA ASCENDENTE	CT	60
USO DE EQUIPO DE HEMODINAMIA - HONORARIOS ANESTESIOLOGO	CT	60
IMÁGENES		
ECOGRAFÍAS		
ECO DOPPLER GINECO-TRANSVAGINAL	CT	0
ECO DOPPLER MAMAS	CT	30
ECO DOPPLER PELVIANO O GINECOLOGICO	CT	30
ECO DOPPLER TESTICULAR	CT	30
ECO DOPPLER TIROIDES	CT	30

ECO-DOPPLER AORTA ABDOMINAL	CT	30
ECO-DOPPLER GINECO-TRANSVAGINAL	CT	30
ECO-DOPPLER HEPATICO	CT	30
ECO-DOPPLER RENAL	CT	30
ECO-DOPPLER VASOS CUELLO	CT	30
ECOENCEFALOGRAMA	CT	30
ECOGRAFIA ABDOMINAL COMPLETA	CT	0
ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR	CT	30
ECOGRAFIA DE CADERAS	CT	30
ECOGRAFIA DE MAMAS	CT	30
ECOGRAFIA DE MIEMBROS cada lado	CT	30
ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS	CT	30
ECOGRAFIA DE TIROIDES	CT	30
ECOGRAFIA DE TORAX (pleural)	CT	30
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	CT	30
ECOGRAFIA HIGADO, VIAS BILIARES, VESICULA	CT	0
ECOGRAFIA INTRAOPERATORIA (con equipo portátil)	CT	30
ECOGRAFIA OBSTETRICA	CT	30
ECOGRAFIA OSTEOARTICULAR	CT	30
ECOGRAFIA P/ PUNCION	CT	30
ECOGRAFIA PELVICA	CT	30
ECOGRAFIA PILORICA	CT	30
ECOGRAFIA PROSTATICA INTRACAVITARIA (transrectal)	CT	30
ECOGRAFIA PROSTATICA SUPRAPUBICA	CT	30
ECOGRAFIA RENAL	CT	30
ECOGRAFIA TESTICULAR	CT	30
ECOGRAFIA TRANSVAGINAL	CT	30
ECOGRAFIA VESICAL	CT	30
ECOGRAFIA VESICO-PROSTATICA	CT	30
ECOGRAFIA VIAS URINARIAS, RIÑON, VEJIGA	CT	30
RADIOLOGÍA SIMPLE - TODAS LAS POSICIONES		
ABDOMEN SIMPLE	CT	0
ANTEBRAZO	CT	0
ARBOL URINARIO simple	CT	0
ARTICULACIONES SACROILIACAS	CT	0
ARTICULACIONES TEMPORO-MAXILARES	CT	0
BRAZO - HUMERO	CT	0

CADERA O PELVIS	CT	0
CARA	CT	0
CAVUM	CT	0
CLAVICULA	CT	0
CODO	CT	0
COLUMNA CERVICAL	CT	0
COLUMNA DORSAL	CT	0
COLUMNA DORSO LUMBAR	CT	0
COLUMNA LUMBAR	CT	0
CONTROL RADIOLOGICO O RADIOSCOPICO DE MANIO- BRAS - SCOPIA	CT	0
COSTILLA - PARRILLA COSTAL	CT	0
CRANEO	CT	0
DEDO (manos o pies)	CT	0
ESCANOMETRIA	CT	30
ESTERNON	CT	0
HOMBRO	CT	0
MANO	CT	0
MAXILAR INFERIOR	CT	0
MUÑECA	CT	0
MUSLO O FEMUR	CT	0
ORBITA	CT	0
PIE	CT	0
PIERNA	CT	0
RODILLA	CT	0
RODILLA MAS ROTULA	CT	0
SACRO-COXIS	CT	0
SENOS FACIALES O PARANASALES	CT	0
TALON	CT	0
TOBILLO	CT	0
TORAX	CT	0
TORAX - ABDOMEN	CT	0
RADIOLOGÍA CONTRASTADA		
CISTOGRAFIA	CT	30
COLANGIOGRAFIA POSTOPERATORIA	CT	30
COLON DOBLE CONTRASTE (o enema baritado)	CT	30
COLON ENEMA OPACO	CT	30

ESOFAGO - ESOFAGOGRAMA	CT	30
ESOFAGO - ESTOMAGO DUODENO (seriada esófago-gastro-duodeno)	CT	30
ESTOMAGO - DUODENO (doble contraste) Seriada Gastroduodenal	CT	30
HISTEROSALPINGOGRAFIA	CT	60
PIELOGRAFIA O UROGRAMA DE EXCRECION	CT	30
URETROCISTOGRAFIA	CT	30
RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA		
ORTOPANTOMOGRAFIA DIGITAL	CT	30
RX CRANEO PARA ORTODONCIA	CT	30
RADIOLOGÍA DE LA MAMA		
MAGNIFICACIÓN Y/O FOCALIZACIÓN	CT	30
MAMA (pieza operatoria)	CT	30
MAMA REPERAGE PARA BIOPSIA	CT	30
MAMOGRAFIA DIGITAL	CT	30
DENSITOMETRÍA OSEA		
ANALISIS MINERAL OSEO DE CUERPO ENTERO - DENSITOMETRIA OSEA	CT	30
DENSITOMETRIA OSEA MAS MEDICION DE MASA CORPORAL	CT	30
PERFIL OSTEOPOROTICO	CT	30
TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA		
ANGIO-TOMOGRFIA	CT	60
COLONOSCOPIA VIRTUAL	CT	60
T.A.C. ABDOMEN SUPERIOR	CT	30
T.A.C. ALTA RESOLUCION (TACAR)	CT	60
T.A.C. ATM	CT	30
T.A.C. COLUMNA CERVICAL	CT	30
T.A.C. COLUMNA DORSAL	CT	30
T.A.C. COLUMNA LUMBAR	CT	30
T.A.C. COLUMNA POR SEGMENTO	CT	30
T.A.C. CON PUNCION	CT	30
T.A.C. DE CARA	CT	30
T.A.C. DE CRANEO	CT	30
T.A.C. DE CUELLO	CT	30
T.A.C. DE MIEMBROS	CT	30
T.A.C. DE OIDO	CT	30

T.A.C. DE ORBITAS	CT	30
T.A.C. DE SENOS PARANASALES	CT	30
T.A.C. PELVIS	CT	30
T.A.C. PEQUEÑAS PARTES	CT	30
T.A.C. TORAX	CT	30
T.C.M.S ABDOMEN COMPLETO	CT	30
T.C.M.S CORONARIO	CT	60
T.C.M.S PARA INFILTRACION (PUNCION)	CT	60
T.C.M.S SACRO-COXIS	CT	30
T.C.M.S SCAN DENTAL (para implante)	CT	60
RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA - RMI		
ANGIO RESONANCIA	CT	30
ANGIO RESONANCIA ARTERIAL O VENOSA	CT	30
ARTORRESONANCIA	CT	60
COLANGIO RESONANCIA	CT	60
RMI A.T.M. (articulación tèmpero-maxilar)	CT	30
RMI CON ESPECTROSCOPIA	CT	30
RMI CUELLO	CT	30
RMI DE ABDOMEN	CT	30
RMI DE BRAZO	CT	30
RMI DE CADERA	CT	30
RMI DE CARA	CT	30
RMI DE CODO	CT	30
RMI DE COLUMNA CERVICAL	CT	30
RMI DE COLUMNA DORSAL	CT	30
RMI DE COLUMNA LUMBAR	CT	30
RMI DE CORAZON	CT	60
RMI DE CRANEO	CT	30
RMI DE ENCEFALO	CT	30
RMI DE HOMBRO	CT	30
RMI DE MAMA	CT	30
RMI DE MEDIASTINO	CT	30
RMI DE MUÑECA	CT	30
RMI DE MUSLO/PIERNA	CT	30
RMI DE OIDO	CT	30
RMI DE ORBITA	CT	30
RMI DE PARTES BLANDAS	CT	30

RMI DE PELVIS	CT	30
RMI DE PIE	CT	30
RMI DE RODILLA	CT	30
RMI DE SILLA TURCA	CT	30
RMI DE TOBILLO	CT	30
RMI HIPOFISIS	CT	30
RMI PEQUEÑAS PARTES	CT	30
RMI PLEXO BRAQUIAL	CT	60
RMI SENOS PARANASALES	CT	30
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA		
ETANOLIZACION DE NODULOS QUISTICOS BAJO GUIA ECOGRAFICA (ALCOHOLIZACION)	CT	60
PUNCION BIOPSIA HEPATICA PERCUTANEA	CT	60
PUNCIONES CON AGUJA FINA CON FINES DIAGNOSTICOS GUIADAS POR IMAGENES	CT	60

ANEXO 4

ASISTENCIA AL VIAJERO - Prestador Europ Assistance**TOPE MÁXIMO DE COBERTURA**

La suma de US\$ 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 EUROP ASSISTANCE ARGENTINA S.A.

SERVICIOS DE ASISTENCIA INCLUIDOS Y TOPES DE COBERTURA RESPECTIVOS

GASTOS MÉDICOS E INTERNACIÓN: atención médica de emergencia, estudios complementarios, internación, intervenciones quirúrgicas con un tope de gastos de hasta: US\$ 20.000 por persona y por viaje hasta 90 días en todo el mundo.

MEDICAMENTOS: gastos de medicamentos ambulatorios, con un tope de gastos de hasta US\$ 500 por persona y por viaje.

ODONTOLOGÍA: atención Odontológica de urgencia, con un tope de gastos de hasta US\$ 300 por persona y por viaje.

TRASLADOS SANITARIOS: de enfermos o heridos, al centro asistencial más próximo.

LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJES.

INDEMNIZACIÓN COMPLEMENTARIA POR PÉRDIDA DE EQUIPAJES: solo en vuelos internacionales, con un máximo de US\$ 1.200.

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.

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.

ASISTENCIA LEGAL

PRÉSTAMOS POR GASTOS LEGALES: adelantos para el pago de fianzas de hasta US\$ 10.000 y para honorarios de abogados de hasta US\$ 2.500.

HONORARIOS JUDICIALES: por imputación de daños y perjuicios por accidente de tránsito, en el extranjero con un tope de gastos de hasta US\$ 1.000.

REPATRIACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO Y TRASLADO DE RESTOS.

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.

REPATRIACIÓN DE MENORES: acompañamiento de hijos menores de 18 años de edad de regreso a País de Residencia.

HOTEL ACOMPAÑANTE: gastos de hotel, sin extras, de un acompañante del Beneficiario hospitalizado en el extranjero, por US\$ 100 diarios y con un tope de US\$ 500.

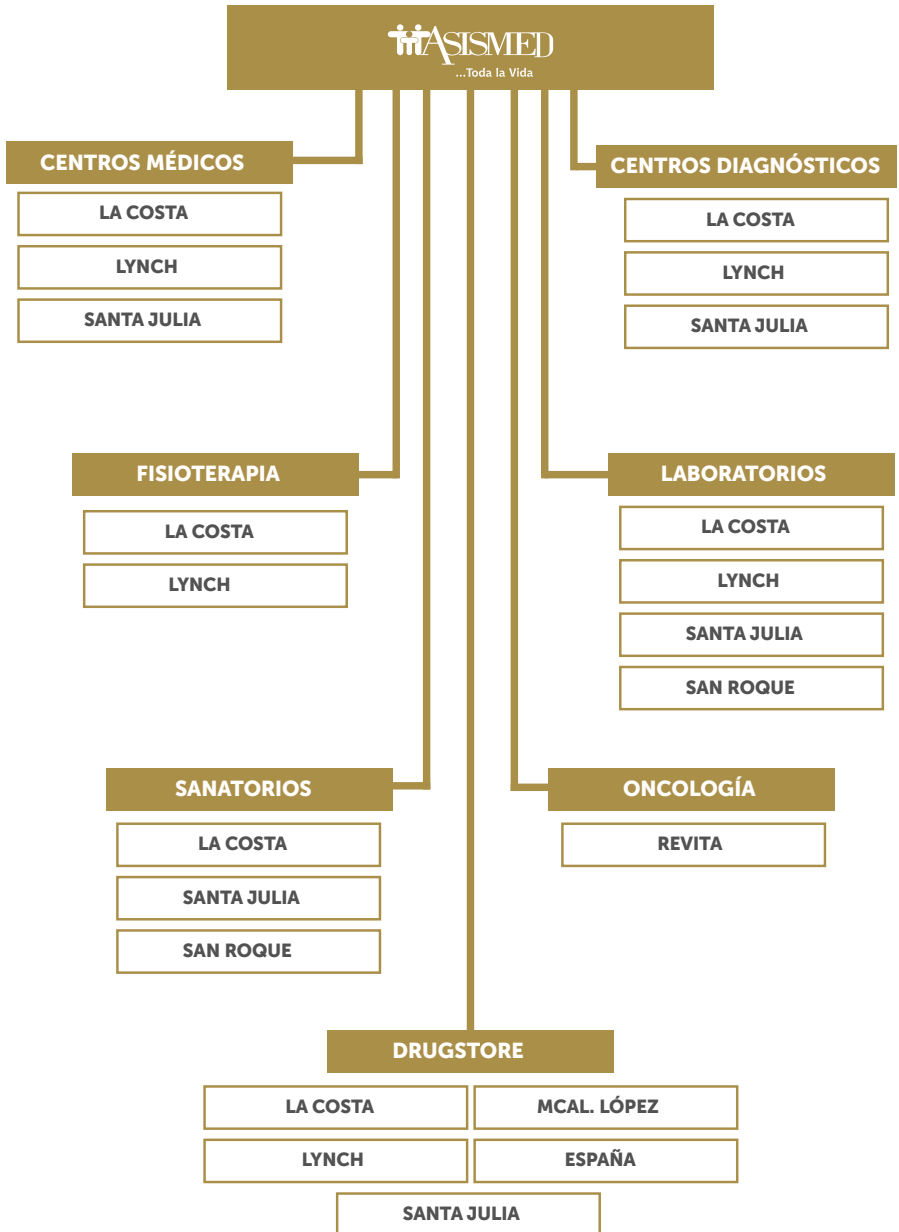
TRASLADO POR INCIDENTE EN HOGAR: gastos de traslados del titular por robo, incendio, explosión en domicilio habitual, con posibilidad de producirse mayor daño.

HOTEL POR CONVALECENCIA: prolongación de estadía en el extranjero por convalecencia de un Beneficiario de hasta US\$ 100 diarios y con un tope de US\$ 500.

TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES.

Las condiciones generales de prestación se encuentran en el condicionado del seguro de viajero Europ Assistance, cuyo representante en Paraguay es 382 OUTSOURCING S.A. Solicite información antes de viajar, email: consultas@asistenciaviajesea.com.py ó acceda a www.asistenciaviajesea.com.py

ESPACIO DE SALUD EXCLUSIVO Y CENTRALIZADO





Edificio Corporativo Asimed



Asimed Oficina Mcal. López



Drugstore Asimed Santa Julia



Drugstore Asimed Mcal. López



Drugstore Asimed La Costa



Drugstore Asimed Bahía



Drugstore Asimed La Torre



Drugstore La Costa Lynch



Centro Médico La Costa Lynch



Sanatorio La Costa



Sanatorio Santa Julia



Sanatorio San Roque



Laboratorio San Roque Villa Morra



Laboratorio San Roque Centro



Centro Oncológico Revita

ASISMED

...Toda la Vida

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



Descargue la APP Asimed:

