

## DETALLE DE COBERTURA

### COBERTURA TOTAL HASTA US\$ 120.000 POR EVENTO

#### BENEFICIOS AMBULATORIOS:

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

#### BENEFICIOS SANATORIALES:

- Internaciones clínicas y/o quirúrgicas
  - Unidad cama
  - Derechos operatorios
  - Honorarios médicos clínicos y/o quirúrgicos
  - Análisis de Laboratorio simples y especializados
  - Radiología simple y contrastada
  - Estudios Diagnósticos especializados
  - Ecografías simples y con Doppler
  - Fisioterapia en internación
  - Uso de equipos
  - Medicamentos en internación
  - Materiales descartables en internación



- Maternidad:
  - Internación de la madre
  - Nursery
  - Carpa de Oxígeno
  - Luminoterapia
  - Incubadora
  - Derecho a sala de parto o quirófano
  - Honorarios médicos
  - Medicamentos
  - Materiales descartables
- Unidad de Terapia Intensiva
  - Unidad cama
  - Equipos propios de la unidad
  - Honorarios médico terapeuta coordinador
  - Honorarios médico de guardia de la unidad
  - Honorarios enfermera de guardia de la unidad
  - Honorarios Nutricionista
  - Análisis de Laboratorio simples y especializados
  - Radiografías simples y contrastadas
  - Ecografías simples y con Doppler
  - Estudios de Medicina Nuclear
  - Estudios diagnósticos especializados
  - Medicamentos
  - Materiales descartables
- Seguro de Viajero

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

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

#### **BENEFICIOS CUBIERTOS:**

- Honorarios Médicos
- Internación clínica/quirúrgica
- Internación Unidad de Terapia Intensiva

- Derechos Operatorios
- Medicamentos
- Materiales descartables
- Análisis de Laboratorio simple y especializado
- Radiología simple y contrastada
- Ecografía simple y con Doppler
- Estudios de Medicina Nuclear
- Estudios Diagnósticos especializados
- Quimioterapia
- Radioterapia - Acelerador Lineal
- Fisioterapia

## CONDICIONES GENERALES DE COBERTURA Y BENEFICIOS

### PLAN PREMIUM

(Vigentes año 2020)

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

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

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

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

#### 1. IDENTIFICACION:

- 1.1. La Empresa proporcionará a cada Beneficiario, una Tarjeta de Identificación de carácter intransferible, que lo acreditará como tal y que deberá exhibir junto con su documento de identidad toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos por el Plan.
- 1.2. La Tarjeta/Credencial de Identificación consignará:
  - 1.2.1. Nombre del Beneficiario, sea titular o adicional.
  - 1.2.2. Número de Cédula de Identidad.
  - 1.2.3. Fecha de nacimiento.
  - 1.2.4. Plan de Cobertura, vigente a la fecha de la firma del contrato o a la renovación del mismo.
  - 1.2.5. Número de Beneficiario.
  - 1.2.6. Fecha de ingreso.
- 1.3. La pérdida o extravío de la Tarjeta de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa adjuntando copia de la denuncia realizada ante la Autoridad competente.
- 1.4. Si la Tarjeta/Credencial de Identificación del Beneficiario Titular o Adicionales es utilizada por terceras personas, sin que el titular haya comunicado a la Empresa su extravío, facultará a la Empresa a solicitar la exclusión del beneficiario, y a proceder a la cancelación de la cobertura respecto del mismo.
- 1.5. Es obligación del Beneficiario Titular, comunicar por escrito a la Empresa, cualquier cambio de domicilio o número telefónico. De no hacerlo, será válida toda comunicación enviada al domicilio indicado en la solicitud de ingreso, o en el último domicilio comunicado.
- 1.6. Todo beneficiario tiene la obligación de comunicar, dentro de los 7 (siete) días de acaecido el hecho, cualquier cambio que se produjere en su nómina de Beneficiarios Adicionales, ya sea por, nacimientos, casamientos, defunciones o mayoría de edad de aquellos hijos solteros dependientes del mismo, bajo pena de considerar que el Beneficiario Titular ha incumplido con las obligaciones que asume.

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

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

##### 2.1. CONSULTAS, COBERTURA TOTAL

Las consultas serán realizadas en el consultorio privado del médico elegido por el Beneficiario/paciente, de la Guía Médica de profesionales en convenio, en el día y horario establecido por el profesional médico.

- 2.1.1. El Beneficiario/paciente deberá convenir con el médico el día y la hora en que deberán concurrir al consultorio.

2.1.2. El Beneficiario/paciente se obliga a cancelar con la debida anticipación las citas convenidas a las que no podrán concurrir al consultorio.

2.1.3. El Beneficiario/paciente deberá concurrir munido de la Tarjeta de Identificación otorgada por la Empresa, conjuntamente con su Documento de Identidad. En caso contrario el médico no identificará al paciente como beneficiario de La Empresa y lo considerará como un paciente particular y exigirá el pago de sus honorarios en forma particular, los cuales no serán reembolsados por la Empresa.

2.1.4. Los Médicos dispondrán en sus consultorios de una planilla de registro de consultas, la que deberá ser firmada por el Beneficiario/paciente una vez efectuada la consulta. En aquellos prestadores que cuenten con el sistema de huella digital, el Beneficiario/paciente deberá registrar su huella cada vez que realice una consulta o un procedimiento/estudio.

## **2.2. HONORARIOS MEDICOS CLINICOS/QUIRURGICOS**

2.2.1. Cobertura total de honorarios correspondientes a profesionales que figuren en la Guía Médica de profesionales en convenio.

2.2.2. Las órdenes de internación programadas, deberán ser visadas previamente en las oficinas de ASISMED S.A.

2.2.3. Cirugía con técnicas convencionales mayores y menores (con excepción de las excluidas expresamente).

2.2.4. Cirugíasvideolaparoscópicas.

2.2.5. Cirugías artroscópicas.

2.2.6. Cirugías videoendoscópicas .

2.2.7. Presencia del Hemoterapeuta en la sala de operaciones.

2.2.8. Presencia del Clínico o Pediatra en la sala de operaciones a solicitud del Cirujano.

2.2.9. Transfusiones sanguíneas.

2.2.10. Anatomía Patológica, incluye Biopsias extemporáneas.

2.2.11. Interconsultas con especialistas en convenio a solicitud del médico tratante.

## **2.3. INTERNACIONES, COBERTURA TOTAL**

2.3.1. Las órdenes de internación programadas emitidas por el médico tratante, deberán ser presentadas en las oficinas de la Empresa o remitidas vía correo electrónico a ([presupuestos@asismed.com.py](mailto:presupuestos@asismed.com.py)), para la emisión de su Presupuesto.

2.3.2. Las internaciones se realizarán, principalmente en el Sanatorio San Roque y Santa Julia (excluidas las Pediátricas y Ginecoobstétricas), Sanatorio La Costa y el Hospital Universitario San Lorenzo, en habitaciones semi-suite y suite, que cuentan con: teléfono, aire acondicionado, T.V. color con sistema de cable, cama para el acompañante y baño privado. Incluye además, el menú del paciente elaborado según lo indicado por su médico tratante o especialista, servicio de enfermería y médicos de guardia del sanatorio.

2.3.3. Serán parte de la cobertura, los análisis de laboratorio, radiografías, ecografías y estudios diagnósticos, no existiendo recargos por estudios realizados fuera de horario. Sólo se reconocerá cobertura, cuando los estudios sean realizados por prestadores en convenio.

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

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

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

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

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

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

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

2.4.1.1. Consultas en consultorio.

2.4.1.2. Ecografías.

2.4.1.3. Estudios diagnósticos generales y perinatales.

2.4.1.4. Análisis de laboratorio.

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

2.4.1.6. Internación de la madre.

2.4.1.7. Internación en Nursery del recién nacido.

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

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

2.4.1.10. Materiales descartables.

2.4.1.11. Derecho a Sala de Partos o Quirófano.

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

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

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

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

2.5.1.1. Clínica Médica.

2.5.1.2. Cirugía General.

2.5.1.3. Pediatría (exclusivamente en La Costa y Hospital Universitario San Lorenzo).

2.5.1.4. Gineco-obstetricia (exclusivamente en La Costa y Hospital Universitario San Lorenzo).

2.5.2. Consultas y los procedimientos realizados por el médico de guardia.

2.5.3. Medicamentos y descartables utilizados.

2.5.4. Estudios diagnósticos derivados de la urgencia:

2.5.4.1. Análisis laboratoriales.

2.5.4.2. Radiología.

2.5.4.3. Ecografías.

2.5.4.4. Estudios diagnósticos especializados.

2.5.5. Procedimientos videoendoscópicos terapéuticos.

2.5.6. Estudios diagnósticos especializados.

2.5.7. Procedimientos de enfermería, complementarios a la consulta médica.

2.5.8. Si el médico de guardia considera necesaria la participación de otros profesionales, se deberá solicitar la concurrencia de profesionales en convenio.

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

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

2.5.11. El servicio de ambulancias para traslados en Asunción y Gran Asunción, será de Cobertura total, cuando las condiciones del paciente le impidan llegar por sus propios medios a los Sanatorios del Grupo San Roque.

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

2.5.12.1.1. Horario hábil de oficina: 021-288-7000.

2.5.12.1.2. Fuera de horario de oficina: 0971-272111 o al 0981-461896.

2.5.12.2. Cuando no sea posible el traslado, la cobertura sanatoria será según lo indicado en el punto 2.3, los análisis laboratoriales se deberán solicitar al Laboratorio San Roque (021-248-9900).

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

2.6.1. La cobertura de la atención domiciliar se realizará a través de SASA "Urgencias y Emergencias", debiendo presentar el Beneficiario/paciente su Tarjeta/credencial de Identificación y su cédula de identidad en el momento de la atención, los teléfonos habilitados para acceder a este Servicio son: 561-000, 610-629 y 609-730, e incluye:

2.6.2. Atención de urgencia y/o emergencias.

2.6.3. Traslados al Sanatorio derivados de la urgencia y/o emergencia.

2.6.4. Electrocardiograma a domicilio.

2.6.5. Medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia.

2.6.6. Consulta médica a domicilio.

2.6.7. Zona de cobertura: Asunción y Gran Asunción.

## **2.7. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS AMBULATORIOS, COBERTURA 100 %**

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

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

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

### **2.7.1. Estudios Laboratoriales : Anexo I**

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

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

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

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

### **2.7.2. Radiología simple: Anexo II**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.7.4.2. Centro Diagnóstico San Roque y otros centros en convenio: Las órdenes emitidas por el médico tratante deberán ser visadas previamente en las oficinas de la Empresa al correo visaciones@asismed.com.py y/o whatsapp 0972 288 700.

2.7.4.3. Se exceptúan del trámite de visación previa los electrocardiogramas realizados por Clínicos y/o Cardiólogos que figuren en la Guía Médica de prestadores en convenio.

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

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

2.7.5.2. Centro Diagnóstico San Roque y otros centros en convenio: Las órdenes emitidas por el médico tratante, deberán ser visadas previamente en las oficinas de la Empresa vía correo electrónico (visaciones@asismed.com.py) y/o whatsapp 0972 288 700.



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

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

2.7.6.2. Otros centros en convenio, previa visación.

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

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

**2.7.9. Contrastes:** Cobertura total.

#### **2.8. TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA TRAUMATOLOGICA, COBERTURA TOTAL**

2.8.1. Los tratamientos de fisioterapia serán cubiertos tanto en ambulatorio como durante la internación del paciente.

2.8.2. Hidroterapia, cobertura hasta 20 sesiones beneficiario/año de contrato. Pacientes con secuelas neurológicas, cobertura hasta 10 sesiones beneficiario/año de contrato.

2.8.3. Centro de Fisioterapia y Rehabilitación La Costa, (Artigas y Lynch) las órdenes emitidas por el médico tratante no requieren visación previa.

2.8.4. Otros centros en convenio, visación previa.

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

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

2.9.1.1. Cardiocirugía.

2.9.1.2. Neurocirugía.

2.9.1.3. Cirugía Vascul Periférica.

2.9.1.4. Cardiología Intervencionista.

2.9.1.5. Nefrología: diálisis en I.R.A.

2.9.1.6. Oftalmología Intervencionista.

2.9.1.7. Oncología Clínica.

2.9.1.8. Cirugía Oncológica.

2.9.1.9. Cirugía Torácica.

2.9.1.10. Politraumatizado.

2.9.1.11. Internación psiquiátrica por eventos agudos.

2.9.1.12. Cirugía Láser (no estética).

##### **2.9.2. La Cobertura comprende:**

2.9.2.1. Honorarios Médicos en internación por evento quirúrgico: cirujano, ayudantes, instrumentador, monitoreo clínico intraoperatorio, anestesiólogo, hemoterapeuta, médicos interconsultores.

2.9.2.2. Honorarios Médicos en internación por evento clínico: clínico, visitas especialista, interconsultores a solicitud del médico de cabecera.

2.9.2.3. Honorarios Médicos en la Unidad Terapia Intensiva: Terapeuta Coordinador, médico de guardia de la unidad, enfermería de guardia de la unidad e interconsultores a solicitud del Terapeuta.

2.9.2.4. Sanatorios en convenio para Internación: Sanatorio San Roque y Sanatorio Santa Julia (adultos), Sanatorio La Costa y Hospital Universitario San Lorenzo (adultos, ginecoobstetricia y pediatría).

2.9.2.5. Internación clínica, quirúrgica y Unidad de Terapia Intensiva: Sanatorio San Roque, Sanatorio Santa Julia, Sanatorio La Costa y Hospital Universitario San Lorenzo.

2.9.2.6. Derechos Operatorios.

2.9.2.7. Medicamentos en internaciones clínicas/ quirúrgicas. No incluye medicamentos de uso habitual (receta ambulatoria).

2.9.2.8. Materiales Descartables en internaciones clínicas/ quirúrgicas.

2.9.2.9. Estudios Diagnósticos, según anexos, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cubiertas, siempre que hayan sido solicitados por un profesional médico

2.9.2.10. Anatomía Patología, incluyendo biopsias extemporáneas.

2.9.2.11. Radioterapia, Acelerador Lineal.

2.9.2.12. Honorarios profesionales por soporte nutricional especializado (enteral o parenteral).

2.9.2.13. Hemodiálisis (I.R.A.).

2.9.2.14. Estudios y procedimientos Intervencionistas, según anexos.

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

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

## **3. COBERTURA INTERNACIONAL: Seguro de Viajero**

3.11. Según condicionado.

## **4. DEDUCIBLE:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **5. DE LAS LIMITACIONES EN LA COBERTURA:**

5.1. Toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas.

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

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

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

5.5. Tratamientos y/o estudios/análisis, operaciones que se hallen en etapa experimental aun cuando sean reconocidos por instituciones oficiales o científicas o tratamientos que no se realicen en territorio paraguayo.

5.6. Gastos que pudieran ser reintegrados al beneficiario por otras organizaciones, aseguradoras médicas o similares, o cuando debieran ser cubiertas por el empleador del beneficiario o se originasen por acción u omisión de terceros o derivados de los mismos.

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

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

- 5.9. Lesiones causadas por fenómenos naturales como: sismos, inundaciones, epidemias o cualquier otra catástrofe.
- 5.10. Gastos extras dentro o fuera de la internación no relacionados con la atención médica del paciente, ejemplo: comunicaciones telefónicas, servicio de acompañante, boutique, enfermería privada etc.
- 5.11. Provisión de anteojos, lentes de contacto, audífonos, cama ortopédica, silla de ruedas en domicilio, prótesis e implantes de cualquier tipo, Stent, Coil, sustancias viscoelásticas, uso de instrumental y materiales específicos de cada especialidad, órtesis, marcapasos, resincronizadores y otros dispositivos, endoprótesis, mallas, lente intraocular, materiales de osteosíntesis, materiales radioactivos, materiales de transfusión, fórmulas y/o preparados nutricionales (bolsas), fibras (láser).
- 5.12. Internación y honorarios médicos por cirugías y curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo, de sueño, cámara hiperbárica.
- 5.13. Internaciones posteriores al alta médica.
- 5.14. Dietología, cosmetología y podología.
- 5.15. Tratamientos e internaciones de pacientes psiquiátricos.
- 5.16. Pruebas relacionadas con Genética (Ej. Prueba de paternidad).
- 5.17. Las enfermedades declaradas por el beneficiario como preexistentes a la firma de este Contrato, tendrán una carencia de 6 meses. Las enfermedades Oncológicas, Renales Crónicas y Hepatopatías, tendrán una carencia mínima de 12 meses. Las enfermedades preexistentes no declaradas no formarán parte de la cobertura contemplada en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios Plan PREMIUM.
- 5.18. Maternidad antes de cumplidos los 360 días de antigüedad como beneficiaria. Recién nacido que no haya sido inscripto en el Plan PREMIUM dentro de las 72 horas de su nacimiento, y de conformidad con lo establecido en la cláusula 2.4.2.
- 5.19. Medicamentos y materiales descartables específicos de receta ambulatoria.
- 5.20. Cobertura internacional, con excepción de la incluida en el Seguro de Viajero.
- 5.21. Accidentes y/o enfermedades, relacionados con la práctica de deportes de alto riesgo, ejemplo: ala delta, boxeo, paracaidismo, etc. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación en competencias o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole.
- 5.22. Sangre y sus derivados.
- 5.23. Materiales, insumos y medicamentos, que no sean proveídos por farmacias u otros centros habilitados en la República del Paraguay o que no cuenten con el debido registro en el MSPyBS.
- 5.24. Pacientes con serología positiva para H.I.V., tratamiento de enfermedades derivadas del S.I.D.A.
- 5.25. Transporte aéreo de pacientes.
- 5.26. Vacunas, excepto las proveídas por el MSPyBS disponibles en el vacunatorio del Centro Médico La Costa.
- 5.27. Tratamiento por psicólogo y/o psicoanalista incluyendo todo tipo de Test.
- 5.28. Odontología.
- 5.29. Patologías congénitas y/o genéticas.
- 5.30. Terapias de sustitución renal.
- 5.31. Tratamientos y/o Terapias paliativas.
- 5.32. Lesiones que surjan como consecuencia de accidentes de tránsito ocasionados en transgresión de las leyes vigentes.

## **6. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA.**

- 6.1. En los casos de muerte cerebral, estado de coma y/o estado vegetativo de pacientes internados en la unidad de terapia intensiva/intermedia o en sala común, la cobertura del plan concluirá cuando se den las siguientes condiciones:
  - 6.1.1. Para determinar pacientes con muerte cerebral se aplicará el protocolo de muerte cerebral establecido por el INAT.
    - 6.1.1.1. La muerte cerebral o encefálica es un estado en donde hay una pérdida total e irreversible de las funciones cerebrales (conciencia + funciones vegetativas).
  - 6.1.2. Pacientes en estado de coma o en estado vegetativo que superen los 10 (diez) días posteriores a la suspensión de la sedación.
    - 6.1.2.1. El estado vegetativo es una condición clínica en que la persona no da ningún signo evidente de consciencia de sí o del ambiente, y parece incapaz de interactuar con los demás o de reaccionar a estímulos adecuados.
    - 6.1.2.2. El coma es un estado grave de pérdida de consciencia, constituye un síndrome y una expresión de un fuerte trastorno de las funciones cerebrales.
    - 6.1.2.3. En estos casos quedará a cargo de familiares y/o responsables del paciente el traslado del mismo a otro centro asistencial o asumir todos los gastos médicos sanatoriales que represente mantenerlo internado en el Sanatorio en estas condiciones.

## ANEXO I: ANALISIS DE LABORATORIO

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

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

BM-PANEL VIRAL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, LCR, DETECCION (PCR)  
 BM-PANEL VIRUS DIARREAS, DETECCION PCR  
 BM-PANEL VIRUS RESPIRATORIO, DETECCION (PCR)  
 BM-PARAINFLUENZA VIRUS (PIV), DETECCION (PCR)  
 BM-PARVOVIRUS B 19, DETECCION (PCR)  
 BM-PERFIL CHLAMYDIA + MYCOPLASMA H. + UREAPLASMA (PCR)  
 BM-PERFIL CHLAMYDIA+MYCOPLASMA H+UREAPLASMA, DETECCION (PCR)  
 BM-RHINOVIRUS HUMANO (HRV), DETECCION (PCR)  
 BM-SALMONELLA (PCR)  
 BM-SAPOVIRUS (PCR)  
 BM-SHIGELLA, (PCR)  
 BM-STAPHYLOCOCCUS-MRSA-DETECCION Y CARACTERIZACION  
 BM-STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, DETECCION (PCR)  
 BM-TOXOPLASMOSIS, DETECCION (PCR)  
 BM-UREAPLASMA UREALYTICUM, DETECCION (PCR)  
 BM-VARICELA ZOSTER VIRUS (VZV), DETECCION (PCR)  
 BM-VIRUS JC (POLYOMAVIRUS), DETECCION (PCR)  
 BM-VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (RSV), DETECCION (PCR)  
 BNP (peptido natri uretrico)  
 BORRELIA BURGDORFERI (LYME) IGG  
 BORRELIA BURGDORFERI (LYME) IGM  
 BRUCELLA ABORTUS Igg  
 BUN  
 BUSQUEDA DE ACAROS  
 C3  
 C4  
 CA 125  
 CA 15,3  
 CA 19,9  
 CA 27,29  
 CADMIO orina  
 CADMIO sangre  
 CADENAS LIBRES O CADENAS LIGERAS  
 CALCIO  
 CALCIO (O)  
 CALCIO IONICO  
 CALCIO O (ESPONTANEA)  
 CALCITONINA  
 CALCULO URINARIO  
 CAMPYLOBACTER - CULTIVO  
 CARBAMAZEPINA  
 CARBOXIHEMOGLOBINA  
 CARIOTIPO  
 CATECOLAMINA  
 CD4  
 CD8  
 CEA (ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO)  
 CENTROMERO  
 CERULOPLASMINA  
 CETONEMIA  
 CETONURIA  
 CH 100 (COMPLEMENTO HEMOLITICO)  
 CHAGAS AC (METODO LATEX)  
 CHAGAS AC IGG  
 CHAGAS AC IGM  
 CHLAMYDIAS AC IGG  
 CHLAMYDIAS AC IGM  
 CHLAMYDIAS ORINA  
 CHLAMYDIAS PNEUMONIAE (SEC. NASAL)  
 CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGG (sangre)  
 CHLAMYDIAS PNEUMONIAE IGM (sangre)  
 CHLAMYDIAS SECRESION CONJUNTIVAL  
 CHLAMYDIAS SECRESION GENITAL  
 CICLOSPORINA  
 CIM (CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA) C/U  
 CISTINA (O)  
 CITOMEGALOVIRUS – COLOR GIEMSA  
 CITRATO (O)  
 CK – MB  
 CK - MM  
 CK – TOTAL  
 CLEARENCE DE CREATININA  
 CLEARENCE DE UREA  
 CLORUROS  
 CLORUROS - LCR  
 CLORUROS (O)  
 CLOTEST  
 CMV – IGG (ANT ANTICITOMEGALOVIRUS)  
 CMV – IGM (ANT ANTICITOMEGALOVIRUS)  
 CMV EN BAL  
 COBRE (O)  
 COBRE orina  
 COBRE sangre  
 COCCIDIODINA INTRADERMORREAC  
 COLESTEROL HDL  
 COLESTEROL LDL  
 COLESTEROL TOTAL  
 COLESTEROL VLDL  
 COLINESTERASA  
 COLORACION DE GIEMSA  
 COLORACION DE GRAM  
 COLORACION DE KINYOUN  
 COLORACION DE TINTA CHINA  
 COLORACION DE ZIEHL – NEELSEN  
 COMPLEMENTO HEMOLITICO (CH 50)

CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MED  
 COOMBS DIRECTO  
 COOMBS INDIRECTO  
 COOMBS INDIRECTO CUANTITATIVO  
 COPROCULTIVO  
 COPROFUNCIONAL  
 COPROPORFIRINAS  
 CORTISOL  
 CORTISOL AM  
 CORTISOL PLASMATICO  
 CORTISOL PM  
 CORTISOL URINARIO  
 COTININA  
 COXIELLA BURNETTI IGG  
 COXIELLA BURNETTI IGM  
 COXSACKIE -(PCR)  
 COXSACKIE (SEC. NASAL)  
 COXSACKIE A EN LCR  
 COXSACKIE A IGG  
 COXSACKIE A IGM  
 COXSACKIE B EN LCR  
 COXSACKIE B IGG  
 COXSACKIE B IGM  
 CRASIS SANGUINEA COMPLETA (PERFIL DE COAGULACION -  
 COAGULOGRAMA)  
 CREATININA  
 CREATININA (O)  
 CRIOAGLUTININAS  
 CRIOGLOBULINAS  
 CRIPTOCOCCUS (LATEX PARA TORULA)  
 CRYPTOSPORIDIUM  
 CRISTALES DE CHARCOT DE LEYDEN  
 CUERPOS CETONICOS  
 CUERPOS CETONICOS (O)  
 CULTIVO DE BAAR EN LCR  
 CULTIVO EN AEROBIOSIS  
 CULTIVO EN ANAEROBIOSIS  
 CULTIVO PARA BAAR  
 CULTIVO PARA CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE  
 CULTIVO PARA GERMENES COMUNES  
 CULTIVO PARA LISTERIA  
 CURVA DE GLUCOSA (03 HORAS)  
 CURVA DE GLUCOSA (04 HORAS)  
 CURVA DE GLUCOSA (05 HORAS)  
 CURVA DE GLUCOSA (EMBARAZO)  
 DEHIDROTESTOSTERONA  
 DENGUE IGG CROMATOGRAFIA  
 DESHIDROGENASA (G6PD) NEONATAL  
 DETECCION DE CRISTALES  
 DGP-2 AC IGA  
 DGP2 IGG  
 DHEA SULFATO (DHEA-SO4)  
 DIGITOXINA  
 DIGOXINA  
 DIMERO D  
 DIMERO D CUANTITATIVO  
 DOPAMINA  
 DOPAMINA (O)  
 DOSAJE DE AMITRIPTILINA  
 DOSAJE DE HORMONA ANTIDIURETICA  
 DOSAJE DE NTX - PYRILINKS (OSTEOPOROSIS)  
 DOSAJE RENINA  
 DOSAJES PARA DIGITALICOS  
 DQ2-DQ8 (PCR)  
 EBV - EA IGG  
 EBV - EA IGM  
 EBV - EBNA IGG  
 EBV - EBNA IGM  
 EBV - VCA IGG  
 EBV - VCA IGM  
 ECHO VIRUS IGG  
 ECHO VIRUS IGM  
 EFEDRINA  
 ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA  
 ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS  
 ELECTROFORESIS DE PROTEINAS  
 ELECTROFORESIS DE PROTEINAS (LCR)  
 ELECTROLITOS - IONOGRAMA (NA + K + CL)  
 ELECTROLITOS (O)  
 ENTEROVIRUS IGG  
 ENTEROVIRUS IGM  
 ENTEROVIRUS EN LCR (incluidos herpes I y II)  
 ENZIMAS CARDIACAS (GOT - CK TOTAL - CK MB - LDH)  
 ERITROSEDIMENTACION  
 ESPERMA - CHLAMYDIAS  
 ESPERMA - CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
 ESPERMOGRAMA  
 ESPUTO - COLORACION DE ZIEHL  
 ESPUTO - CULTIVO PARA BAAR  
 ESPUTO - CULTIVO PARA GERMENES COMUNES (ESPUTO,  
 CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA)  
 ESPUTO - EOSINOFILOS - MASTOCITOS  
 ESPUTO - FROTIS  
 ESTEATOCRITOS  
 ESTRADIOL  
 ESTRIOL LIBRE  
 ESTUDIO CAPILAR - INVESTIGACION DE HONGOS  
 EXCRECION DE CREATININA

FACTOR DE CRECIMIENTO IGF1	GLUCOSA (O) – GLUCOSURIA
FACTOR IX	GLUCOSA 6 FOSFATO DE DESHIDROGENASA (G6PD)
FACTOR REUMATOIDEO (ARTRITEST)	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL
FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPOS IGA (ARTRITEST)	GOT / AST
FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPOS IGG (ARTRITEST)	GPT / ALT
FACTOR REUMATOIDEO ISOTIPOS IGM (ARTRITEST)	GRAVINDEX
FACTOR V LEYDEN	H.O.M.A.
FACTOR VIII	HAMBURGER
FENCICLIDINA	HANTA VIRUS IGG
FENIL ALANINA	HANTA VIRUS IGM
FENIL CETONURIA	HAPTOGLOBINA
FENILHIDANTOINA	HAV – IGG (ANTIC HEPATITIS A)
FENITOINA	HAV – IGM (ANTIC HEPATITIS A)
FENOBARBITAL	HBC – AC IGG (ANTI CORE)
FENOLES	HBC – AC IGM (ANTI CORE)
FERRITINA	HBC AC (ANTI CORE TOTAL)
FIBRINOGENO	HBE – AC (Hepatitis E Anticuerpo)
FIBRINOLISIS	HBE - AG
FORMULA LEUCOCITARIA	HBS – AC
FOSFATASA ACIDA PROSTATICA - PAP	HBS – AG (ANTIGENO DE SUPERFICIE - HEPATITIS B)
FOSFATASA ACIDA TOTAL	HCG CUANTITATIVO TUMORAL (MARCADOR TUMORAL)
FOSFATASA ALCALINA	HCG LIBRE
FOSFOLIPIDOS	HCG SUB UNIDAD BETA
FOSFORO	HCG SUB UNIDAD BETA CUANTITATIVA
FOSFORO (O)	HCV – AC (ANTIC HEPATITIS C)
FRAGILIDAD DE LOS HEMATIES	HCV – AC (ANTIC HEPATITIS C) IGM
FRAGILIDAD OSMOTICA	HECES – BENEDICT
FROTIS	HECES – EXAMEN PARASITOLOGICO
FROTIS DE SANGRE PERIFERICA (FSP)	HECES – EXAMEN PARASITOLOGICO SERIADO
FROTIS DE SANGRE PERIFERICA HEMATOLOGICA	HECES – FLORA MICROBIANA
FRUCTOSAMINA	HECES – FROTIS
FSH	HECES – HONGOS
FSH SERIADOS	HECES – MICROSCOPIA FUNCIONAL
FTA - ABS EN LCR IGG	HELICOBACTER PYLORI IGA
FTA - ABS EN LCR IGM	HELICOBACTER PYLORI IGG
FTA – ABS IGG AC	HELICOBACTER PYLORI IGM
FTA – ABS IGM AC	HEMATOCRITO
FTI	HEMOCULTIVO EN AEROBIOSIS (cada muestra)
G6PDH NEONATAL	HEMOCULTIVO EN ANAEROBIOS (cada muestra)
GALACTOSA NEONATAL	HEMOGLOBINA
GALACTOSEMIA	HEMOGLOBINA FETAL
GAMMA GLOBULINA	HEMOGLOBINA GLICOSILADA - HBA1C (GLUCOHEMOGLOBINA)
GAMMA GT	HEMOGRAMA CON ERITROSEDIMENTACION
GASES ARTERIALES (GASOMETRIA ARTERIAL)	HEMOPARASITOS – GOTA GRUESA
GASES VENOSOS (GASOMETRIA VENOSA)	HEMOPARASITOS – OBSERVACION DIRECTA
GASTRINA	HEPATITIS DELTA AC
GENTAMICINA	HEPATITIS B VIRUS (HBV), carga viral
GLOBULINA	HERPES – SECRESION GENITAL
GLUCOSA	HERPES 1 IGG



HERPES 1 IGM  
HERPES 2 IGG  
HERPES 2 IGM  
HERPES 6 IGG  
HERPES 6 IGM  
HERPES I IFD  
HERPES II IFD  
HEV - AC (ANTIC HEPATITIS E)  
HIDATIDOSIS (ANT ANTIHIDATIDICO)  
HIERRO HEPATICO  
HIERRO SERICO  
HISTOPLASMINA INTRADERMOREAC  
HISTOPLASMOSIS  
HIV – P24  
HLA B27  
HOMOCISTINA EN ORINA - HOMOCISTINURIA  
HOMOCYSTEINA  
HONGOS – CULTIVO E IDENTIFICACION  
HONGOS – EXAMEN EN FRESCO  
HORMONA DE CRECIMIENTO - HGH  
HTLV1-2  
IDENTIFICACION DE PARASITOS  
IGA  
IGA SECRETORIA  
IGD  
IGE TOTAL  
IGF-1 TIPO INSL (somatomedina)  
IGF-I TIPO 3 (proteína ligadora)  
IGG  
IGM  
INDICE HEMATIMETRICOS  
INDICE ANDROGENICO LIBRE  
INDICES DE RIESGOS  
INFLUENZA A (SEC. NASAL) I.F.D.  
INFLUENZA A / B (SEC. NASAL - TEST RAPIDO)  
INFLUENZA A IGG  
INFLUENZA A IGM  
INFLUENZA AH1N1  
INFLUENZA B (SEC. NASAL) I.F.D.  
INFLUENZA B IGG  
INFLUENZA B IGM  
INMUNOELECTROFORESIS  
INMUNOFIJACION DE PROTEINAS EN ORINA  
INMUNOFIJACION DE PROTEINAS EN SANGRE  
INMUNOGLOBULINAS (IGA - IGM - IGG)  
INMUNOGLOBULINAS EN LCR (IGA - IGM -IGG)  
INR  
INSULINA BASAL  
INSULINEMIA CON TEST DE T GLUCOSA

LATEX EN LCR  
LATEX EN LIQUIDO PLEURAL  
LATEX EN ORINA  
LATEX PARA LEGIONELLA PNEUMOFILA  
LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO A  
LATEX PARA STREPTOCOCCUS GRUPO B  
LATEX PARA STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE  
LAVADO BRONCO ALVEOLAR – CULTIVO Y ATB  
LAVADO GASTRICO PARASITOS  
LCR – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
LCR CITOQUIMICO  
LDH  
LEGIONELLA IGG  
LEGIONELLA IGM  
LEGIONELLA PNEUMOFILA (IFD)  
LEISHMANIA IGG  
LEISHMANIA IGM  
LEPTOSPIROSIS  
LESION DE PIEL – CULTIVO HONGOS  
LESION DE UÑAS - CULTIVO HONGOS  
LESION GENITAL  
LESION GENITAL - CAMPO OSCURO  
LESION GENITAL – COLORACION DE FONTANA  
LESION GENITAL – COLORACION DE GRAM  
LH  
LH SERIADO  
LINFA CUTANEA COLORACION DE ZIEHL  
LIPASA  
LIPIDOS TOTALES  
LIQUIDO (OTROS) - CITOQUIMICO  
LIQUIDO AMNIOTICO – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
LIQUIDO ARTICULAR – CRISTALES  
LIQUIDO ARTICULAR – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
LIQUIDO ARTICULAR CITOQUIMICO  
LIQUIDO ASCITICO – CRISTALES  
LIQUIDO ASCITICO – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
LIQUIDO GASTRICO – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
LIQUIDO GASTRODUODENAL - PARASITOS  
LIQUIDO PERITONEAL – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
LIQUIDO PLEURAL – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
LIQUIDO PLEURAL CITOQUIMICO  
LITIO  
LKM - 1 AC  
MAGNESIO  
MAGNESIO (O)  
MAGNESIO ERITROCITARIO  
MAR TEST IGG  
MARIHUANA (O)  
MERCURIO orina

MERCURIO sangre  
META ANFETAMINAS  
METADONA  
METAHEMOGLOBINA  
METANEFRIAS  
METAPNEUMOVIRUS (SEC. NASAL)  
METOTREXATE  
MICROALBUMINURIA  
MIELOCULTIVO AEROBIOS  
MIELOCULTIVO ANAEROBIOS  
MIOGLOBINA  
MIOGLOBINA (O)  
MONOTEST  
MORFINA (O)  
MUCOPROTEINAS  
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS  
MYCOPLASMA - CULTIVO E IDENTIFICACION  
MYCOPLASMA HOMINIS (secrecion genital o esperma)  
MYCOPLASMA HOMINIS EN ORINA  
MYCOPLASMA PNEUMONIAE (SEC.NASAL) ( IFD)  
MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG  
MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGM  
N DNA DS-AC  
NEISSERIA  
NICOTINA  
NITROGENO UREICO  
NOROVIRUS  
ORINA – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
ORINA - RUTINA  
ORINA 1ER CHORRO – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
ORINA CHORRO MEDIO – CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA  
OSMOLARIDAD URINARIA  
OSTEOCALCINA  
OXALATO  
OXICARBAMAZEPINA  
OXIURIUS  
P.C.R- SECRECION URETRAL PARA UREAPLASMA  
PALUDISMO IGG  
PALUDISMO IGM  
PAPP-A  
PARACOCCIDIOIDES  
PARAINFLUENZA 1  
PARAINFLUENZA 2  
PARAINFLUENZA 3  
PARAINFLUENZA IGG  
PARAINFLUENZA IGM  
PARATHORMONA - PTH  
PAROTIDITIS IGG  
PAROTIDITIS IGM

PARVOVIRUS  
PARVOVIRUS B19 (IGG/IGM) Inmunocromatografia  
PAS - ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO - ANTIGENO  
PROSTATICO ESPECIFICO TOTAL  
PAS LIBRE - FREE PSA  
PAUL BUNNEL  
PCR CARDIOESPECIFICA  
PCR PARA HERPES –VIRUS EN LCR  
PDF  
PEPTIDO C  
PEPTIDO NATRIURETICO ARTERIAL (BNP) CUANTITATIVO  
PERFIL AUTOINMUNE  
PERFIL ENA  
PERFIL HEPATICO - HEPATOGRAMA (GOT - GPT - FOSFATASA  
ALCALINA - BILIRRUBINA - GAMMA GT)  
PERFIL INMUNOHEMATOLOGICO  
PERFIL LIPIDICO - LIPIDOGRAMA (COLESTEROL TOTAL - HDL -  
LDL - VLDL - TRIGLICERIDOS)  
PERFIL RENAL  
PERFIL TIROIDEO  
PH – HECES  
PH – ORINA  
PH-SANGRE  
PLASMA SEMINAL – BIOQUIMICA  
PLOMO  
PLOMO orina  
PLOMO sangre  
PM - 1  
PNEUMOCYSTITIS CARINII  
PNEUMONIA ATIPICA IgM  
PORFOBILINOGENO  
POTASIO  
POTASIO (O)  
PPD  
PRE-ALBUMINA  
PREPARACION DE CELULAS LE  
PRO - BNP  
PROCALCITONINA  
PROGESTERONA  
PROLACTINA  
PROLACTINA (30 minutos)  
PROTEINA C  
PROTEINA C REACTIVA - PCR  
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA  
PROTEINA DE BENCE – JONES  
PROTEINA S  
PROTEINAS – RELACION A/G  
PROTEINAS TOTALES  
PROTEINAS TOTALES (O)

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

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

ZINC

## ANEXO II: RADIOLOGIA SIMPLE Y CONTRASTADA

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

RX COLUMNA LUMBAR 8 posiciones  
RX CONTROL RADIOLOGICO O RADIOSCOPICO DE MANIOBRAS -  
SCOPIA  
RX COSTILLA - PARRILLA COSTAL 1 posición  
RX COSTILLA - PARRILLA COSTAL 2 posiciones  
RX COSTILLA - PARRILLA COSTAL 3 posiciones  
RX COSTILLA - PARRILLA COSTAL 4 posiciones  
RX CRANEO 1 posición  
RX CRANEO 2 posiciones  
RX CRANEO 3 posiciones  
RX CRANEO 4 posiciones  
RX CRANEO 5 posiciones  
RX CRANEO 6 posiciones  
RX DEDO (manos o pies) 2 posiciones  
RX ESOFAGO - ESTOMAGO DUODENO (seriada esófago-  
gastroduodeno)  
RX ESTERNON 1 posición  
RX ESTERNON 2 posiciones  
RX ESTOMAGO - DUODENO (doble contraste) Seriada  
Gastroduodenal  
RX ESTOMAGO Y DUODENO  
RX HOMBRO 1 posición  
RX HOMBRO 2 posiciones  
RX HOMBRO 3 posiciones  
RX HOMBRO 4 posiciones  
RX INTESTINO DELGADO O TRANSITO INTESTINAL  
RX INTESTINO DELGADO O TRANSITO INTESTINAL DOBLE  
CONTRASTE  
RX LARINGE (laringografía) CONTRASTADA  
RX MANO 1 posición  
RX MANO 2 posiciones  
RX MANO 3 posiciones  
RX MANO 4 posiciones  
RX MANO 6 posiciones  
RX MASTOIDE 1 posición  
RX MASTOIDE 2 posiciones  
RX MASTOIDE 4 posiciones  
RX MASTOIDE 6 posiciones  
RX MAXILAR INFERIOR 1 posición  
RX MAXILAR INFERIOR 2 posiciones  
RX MUÑECA 1 posición  
RX MUÑECA 2 posiciones  
RX MUÑECA 3 posiciones  
RX MUÑECA 4 posiciones  
RX MUÑECA 6 posiciones  
RX MUSLO O FEMUR 1 posición

RX MUSLO O FEMUR 2 posiciones  
RX MUSLO O FEMUR 4 posiciones  
RX ORBITA 1 posición  
RX ORBITA 2 posiciones  
RX ORBITA 3 posiciones  
RX PIE 1 posición  
RX PIE 2 posiciones  
RX PIE 3 posiciones  
RX PIE 4 posiciones  
RX PIERNA 1 posición  
RX PIERNA 2 posiciones  
RX PIERNA 3 posiciones  
RX PIERNA 4 posiciones  
RX RODILLA 1 posición  
RX RODILLA 10 posiciones  
RX RODILLA 2 posiciones  
RX RODILLA 3 posiciones  
RX RODILLA 4 posiciones  
RX RODILLA 6 posiciones  
RX RODILLA MAS ROTULA 2 posiciones  
RX RODILLA MAS ROTULA 3 posiciones  
RX SACO LAGRIMAL 1 lado  
RX SACO LAGRIMAL 2 lados  
RX SACRO-COXIS 1 posición  
RX SACRO-COXIS 2 posiciones  
RX SENOS FACIALES O PARANASALES 1 posición  
RX SENOS FACIALES O PARANASALES 2 posiciones  
RX SENOS FACIALES O PARANASALES 3 posiciones  
RX TALON 2 posiciones  
RX TALON ambos lados  
RX TEST DE DEGLUCION O DEGLUTOGRAMA  
RX TOBILLO 1 posición  
RX TOBILLO 2 posiciones  
RX TOBILLO 3 posiciones  
RX TOBILLO 4 posiciones  
RX TORAX - ABDOMEN  
RX TORAX 1 posición  
RX TORAX 2 posiciones  
RX TORAX 3 posiciones  
RX TORAX 4 posiciones  
RX VESICULA SIMPLE  
SIALOGRAFIA 1 lado  
SIALOGRAFIA 2 lados  
URETROCISTOGRAFIA  
UROGRAMA ASCENDENTE

### ANEXO III: ECOGRAFIAS CON Y SIN DOPPLER

ECO DOPPLER GINECO-TRANSVAGINAL  
ECO DOPPLER MAMAS

ECO DOPPLER PELVIANO O GINECOLOGICO  
ECO DOPPLER TESTICULAR

ECO DOPPLER TIROIDES  
ECO DOPPLER TRANSRECTAL  
ECO-DOPPLER AORTA ABDOMINAL  
ECO-DOPPLER HEPATICO  
ECO-DOPPLER MIEMBRO (incluye test allen)  
ECO-DOPPLER RENAL  
ECO-DOPPLER VASOS CUELLO  
ECOENCEFALOGRAMA  
ECOGRAFIA ABDOMINAL COMPLETA  
ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR  
ECOGRAFIA CAROTIDA  
ECOGRAFIA DE BAZO  
ECOGRAFIA DE CADERAS  
ECOGRAFIA DE MAMAS  
ECOGRAFIA DE MEDICINA INTERNA  
ECOGRAFIA DE MIEMBROS cada lado  
ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS  
ECOGRAFIA DE TIROIDES  
ECOGRAFIA DE TORAX (pleural)  
ECOGRAFIA GINECOLOGICA  
ECOGRAFIA HIGADO, VIAS BILIARES,VESICULA  
ECOGRAFIA MUSCULO TENDINOSA  
ECOGRAFIA OBSTETRICA  
ECOGRAFIA OSTEOARTICULAR

#### **SALUD FETAL**

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

#### **INVESTIGACIONES MAMARIAS**

FOCALIZACION MAMARIA  
GALACTOGRAFIA - DUCTOGALACTOGRAFIA cada lado

GALACTOGRAFIA BILATERAL CON MARCADO (incluye mamografía)  
MAGNIFICACION  
MAMA (pieza operatoria)  
MAMA REPERAGE PARA BIOPSIA  
MAMOGRAFIA  
PUNCION BIOPSICA (core)

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

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

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

(exclusivamente en el Centro Médico La Costa)

ANGIO- TOMOGRAFIA  
ARTRO-TOMOGRAFIA  
COLANGIO- TAC (región vesicular)  
T.C.M.S ABDOMEN COMPLETO  
T.C.M.S ABDOMEN SUPERIOR  
T.C.M.S COLUMNA CERVICAL  
T.C.M.S COLUMNA DORSAL  
T.C.M.S COLUMNA LUMBAR

T.C.M.S COLUMNA POR SEGMENTO  
T.C.M.S CON PUNCION  
T.C.M.S CORONARIO  
T.C.M.S DE CRANEO  
T.C.M.S DE CUELLO  
T.C.M.S DE MIEMBROS  
T.C.M.S DE OIDO  
T.C.M.S DE ORBITAS  
T.C.M.S DE TORAX DE ALTA RESOLUCION TACAR  
T.C.M.S PARA INFILTRACION (PUNCION)  
T.C.M.S PELVIS  
T.C.M.S PEQUEÑAS PARTES  
T.C.M.S PUNCION DE QUISTE  
T.C.M.S SACRO-COXIS  
T.C.M.S SENOS PARANASALES  
T.C.M.S TORAX  
T.C.M.S VENTANA OSEA  
T.C.M.S. A.T.M.  
T.C.M.S. DE CARA  
T.C.M.S. HELICOIDAL

#### **ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS**

DOPPLER COLOR CAROTIDEO O VERTEBRAL  
DOPPLER COLOR CAROTIDEO Y VERTEBRAL  
ECO STRESS - ECO ESFUERZO  
ECO STRESS CON DOBUTAMINA  
ECOCARDIOGRAFIA CON CONTRASTE  
ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER TISULAR  
ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER TISULAR DE ESFUERZO  
ECOCARDIOGRAMA CON DOPPLER COLOR  
ECOCARDIOGRAMA CON TRANSDUCTOR TRANSESOFAGICO  
ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO CON DOPPLER COLOR  
ELECTROCARDIOGRAMA  
ERGOMETRIA  
ERGOMETRIA CON OXIMETRIA DE PULSO  
HOLTER 24 HORAS  
MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA)  
TILT-TEST

#### **ESTUDIOS DE CITOCOLPOSCOPIA**

ASPIRADO ENDOMETRIAL  
CICLO HORMONAL SERIADO  
COLPOSCOPIA  
PAP DE CUELLO  
PAP DE CUELLO MAS COLPOSCOPIA  
PAP DE ENDOMETRIO  
PAP DE MAMA  
PAP DE PUNCION DE MAMA  
PAP MAS ASPIRADO ENDOMETRIO

PAP MAS COLPOSCOPIA MAS ENDOMETRIO  
PAP MAS PAP DE MAMA  
TEST DE HPV (captura hibrida)  
VULVOSCOPIA O VAGINOSCOPIA

#### **DENSITOMETRIA OSEA**

ANALISIS MINERAL OSEO DE CUERPO ENTERO  
DENSITOMETRIA OSEA  
PERFIL OSTEOPOROTICO

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

ANGIO RESONANCIA  
ARTORRESONANCIA  
COLANGIO RESONANCIA  
DEFECO - RMI  
MIELORRESONANCIA  
RMI A.T.M.  
RMI COLUMNA TOTAL  
RMI CON DIFUSION  
RMI CON ESPECTROGRAFIA  
RMI CON LCR  
RMI CON PERFUSION  
RMI CON TRACTOGRAFIA  
RMI CUELLO  
RMI CUERPO ENTERO  
RMI DE ABDOMEN SUPERIOR O INFERIOR  
RMI DE BRAZO  
RMI DE CADERA  
RMI DE CARA  
RMI DE CODO  
RMI DE COLUMNA  
RMI DE COLUMNA POR SEGMENTO  
RMI DE CORAZON  
RMI DE CRANEO  
RMI DE ENCEFALO  
RMI DE HOMBRO  
RMI DE MAMA  
RMI DE MEDIASTINO  
RMI DE MUÑECA  
RMI DE MUSLO/PIERNA  
RMI DE OIDO  
RMI DE ORBITA  
RMI DE PARTES BLANDAS  
RMI DE PELVIS  
RMI DE PIE  
RMI DE RODILLA  
RMI DE SILLA TURCA  
RMI DE TOBILLO  
RMI FETAL



RMI HIPOFISIS  
RMI NERVI0 CIATICO  
RMI PEQUEÑAS PARTES  
RMI PLEXO BRAQUIAL  
RMI SENOS PARANASALES  
URORRESONANCIA

### **RADIOTERAPIA**

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

### **MEDICINA NUCLEAR**

CAPTACION I-131  
CENTELLOGRAFIA CEREBRAL CON SPECT  
CENTELLOGRAFIA CON GALIO 69  
CENTELLOGRAFIA DE SACO LAGRIMAL - SPECT  
CENTELLOGRAFIA DE SANGRADO GASTRO INTESTINAL  
CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES O MAPEO  
CENTELLOGRAFIA DIVERTICULO DE MECKEL  
CENTELLOGRAFIA GLANDULA SALIVAR  
CENTELLOGRAFIA HEPATICA  
CENTELLOGRAFIA MEDULA OSEA  
CENTELLOGRAFIA OSEA SIMPLE  
CENTELLOGRAFIA OSEA TRIPLE FASE  
CENTELLOGRAFIA PULMONAR  
CENTELLOGRAFIA REFLUJO GASTROESOFAGICO  
CENTELLOGRAFIA REFLUJO VESICO-URETRAL  
CENTELLOGRAFIA RENAL CON DMSA  
CENTELLOGRAFIA RENAL CON DTPA  
CENTELLOGRAFIA RENAL CON DTPA Y FUROSEMIDA  
CENTELLOGRAFIA TESTICULAR  
CENTELLOGRAFIA VIAS BILIARES Y VESICULA  
CISTERNOGRAFIA O VENTRICULOGRAFIA CEREBRAL  
FLEBOGRAFIA  
LINFOGRAFIA  
PERFUSION MIOCARDICA TALIO - DIPIRIDAMOL - SPECT  
PERFUSION MIOCARDICA TALIO - SPECT  
PERFUSION MIOCARDICA TALIO CON REINYECCION - SPECT  
SPECT CON GALIO 67 (infecciones)

SPECT CON GALIO 67 (tumores)  
SPECT CON I-131 MIBG (suprarrenales)  
SPECT DE PARATIROIDES  
TEST DE SUPRESION CON HORMONA TIROIDEA  
TRATAMIENTO CON IODO RADIOACTIVO  
VENTRICULOGRAFIA EN REPOSO - SPECT

### **ESTUDIOS ENDOVASCULARES**

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

### **CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA - HEMODINAMIA**

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

### **GASTRO-COLOPROCTOLOGIA**

#### **Estudios Endoscópicos**

ANORRECTOSCOPIA  
ANOSCOPIA  
COLANGIO-PANCREATOGRAFIA-RETROGRADA ENDOSCOPICA  
(ERCP)  
COLONOSCOPIA  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA  
RECTOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE  
RECTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA  
**Procedimientos Terapéuticos**  
ENTEROSCOPIA (p/ sangrado oculto)

ESCLEROSIS DE LESION SANGRANTE O VARICES ESOFAGICAS  
POR SESION  
ESFINTEROTOMIA O PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA  
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN EL TUBO DIGESTIVO  
GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)  
LITOTRIPSIA ENDOSCOPICA (p/ litiasis coledociana-incluye  
equipo)  
MUCOSECTOMIA (endoscópica)  
POLIPECTOMIA ALTA  
POLIPECTOMIA BAJA

### NEUMOLOGIA

BRONCOSCOPIA + PUNCION AGUJA DE WANG  
BRONCOSCOPIA C/CEPILLO PROTEGIDO  
BRONCOSCOPIA RIGIDA  
BRONCOSCOPIA RIGIDA  
BRONCOSCOPIA TERAPEUTICA  
ESPIROMETRIA CON PROVOCACION BRONQUIAL  
ESPIROMETRIA DIAGNOSTICA  
ESPIROMETRIA TEST BRONCODILATADOR  
FARINGOLARINGOSCOPIA  
FIBROBRONCOSCOPIA CON BIOPSIA ENDOBRONQUIAL  
FIBROBRONCOSCOPIA CON BIOPSIA TRANSBRONQUIAL  
FIBROBRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONQUIAL O  
BRONCOALVEOLAR  
FIBROBRONCOSCOPIA EN UTI (aspirado bronquial)  
OSCILOMETRIA  
PLETISMOGRAFIA CORPORAL  
POLISOMNOGRAFIA  
POTENCIALES EVOCADOS DEL NERVI0 FACIAL.  
PUNCION PULMONAR TRANSTORACICA (PPT)  
TEST DE DIFUSION DE MONOXIDO DE CARBONO (DLCO)  
TEST DE MARCHA DE 6 MIN

### NEUROFISIOLOGIA

BLINK REFLEX  
ELECTROCOCLEOGRAFIA  
ELECTROENCEFALOGRAMA  
ELECTROMIOGRAFIA DE LOS 4 MIEMBROS  
ELECTROMIOGRAFIA UNO O DOS MIEMBROS  
ELECTRONEURONOGRAMA  
MAPEO CEREBRAL  
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO  
POTENCIAL EVOCADO SOMATOSENSITIVO  
POTENCIAL EVOCADO VISUAL  
POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL  
(BERA)  
POTENCIALES EVOCADOS DEL NERVI0 FACIAL

### OFTALMOLOGIA

ANGIOFLUORESCENOGRAMA (A.F.G. / R.F.G.)  
BIOMICROSCOPIA DEL NERVI0 OPTICO  
CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO (campimetría)  
CURVA DE PRESION INTRAOCULAR  
ECOBIOMETRIA  
EJERCICIOS ORTOPTICOS  
ESTUDIO DE ESTRABISMO  
EXAMEN ORTOPTICO  
GONIOSCOPIA  
MAPEAMIENTO DE RETINA CON DILATACION DE PUPILA  
PAM  
PAPILOGRAFIA  
PAQUIMETRIA  
PERIMETRIA DOBLE FRECUENCIA  
QUERATOMETRIA  
SEGMENTOGRAFIA  
TOMOGRAMA CONFOCAL DE NERVI0 OPTICO  
TOMOGRAMA DE NERVI0 OPTICO (OCT)  
TOMOGRAMA OPTICA COHERENTE (O.C.T.3)  
TOPOGRAFIA DE CORNEA

### OTORRINOLARINGOLOGIA

ACUFENOMETRIA  
AUDIOMETRIA  
ELECTRONISTAGMOGRAFIA  
EMISIONES OTOACUSTICAS  
ENDOSCOPIA NASAL  
ESTUDIO FUNCIONAL LABERINTICO (Pruebas Vestibulares)

EXAMEN FUNCIONAL DE NARIZ  
EXAMEN VESTIBULAR POR PRUEBA CALORICA  
IMPEDANCIOMETRIA  
LARINGOFIBROSCOPIA  
LARINGOSCOPIA DIRECTA DIAGNOSTICA  
LARINGOSCOPIA INDIRECTA DIAGNOSTICA  
LOGOaudiometria  
MANIOBRA DE REPOSICION  
OTOMICROSCOPIA  
PRUEBAS SUPRALIMINARES  
REPOSICION DE OTOCONIOS.  
TIMPANOMETRIA

### UROLOGIA

CISTOSCOPIA  
FLUJOMETRIA URINARIA  
PENESCOPIA  
URODINAMIA

**ESTUDIOS DE MOTILIDAD Y PHMETRIA**  
CISTOMETRIA + FLUJOMETRIA + EMG  
MANOMETRIA ANO-RECTAL

MANOMETRIA ESOFAGICA ESTACIONARIA  
PH METRIA AMBULATORIA 24 HORAS

## **GLOSARIO DE TERMINOS CONTRACTUALES**

### **ACCIDENTE:**

Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevisto, fortuito, súbito y violento por cuya consecuencia un beneficiario puede sufrir lesiones corporales que requieran atención médica o le causen la muerte.

### **ALTA:**

Acto médico que determina la finalización de la modalidad de asistencia que venía siendo prestada al paciente hasta el momento, por cura, mejoría, inalteración, por pedido o transferencia. El paciente podrá, si hace falta, pasar a recibir otra modalidad de asistencia, sea en el mismo establecimiento, en otro o en el propio domicilio.

### **ARANCEL DIFERENCIADO (A.D):**

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

### **ASISTENCIA AMBULATORIA:**

Modalidad de actuación realizada por uno o más integrantes del equipo de salud a pacientes en régimen de no internación.

### **BENEFICIARIO:**

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.

### **BENEFICIARIO TITULAR:**

Es la persona física que contrata uno de los planes de cobertura médica.

### **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.

### **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.

### **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 (Resonancia Magnética Nuclear con prestadores en convenio designados por ASISMED) e internaciones en sanatorio, según el plan elegido y a los que tiene derecho, mediante el pago de una cuota mensual

### **COBERTURA BÁSICA:**

Es el conjunto de beneficios contemplados en el Plan Básico que el Beneficiario tiene contratado con la Empresa.

### **COBERTURA OPCIONAL:**

Son los beneficios adicionales y complementarios a la cobertura básica que el beneficiario titular puede o no contratar de acuerdo a sus necesidades.

### **CONDICIONES GENERALES:**

Son todas aquellas condiciones que se encuentran establecidas en el Contrato de Cobertura Médica conforme al Plan elegido por el Beneficiario, y que van a regir la relación entre la Empresa y el beneficiario/paciente.

### **CO-PAGO:**

Es el monto de dinero que el beneficiario debe abonar al prestador en convenio al momento de recibir una prestación que no cuenta con cobertura total. Este monto puede ser un porcentaje del costo de la prestación o un valor fijo.

### **EGRESO HOSPITALARIO:**

Paciente que deja el establecimiento/servicio hospitalario, ya sea por alta, por defunción (óbito), o por traslado (transferencia).

### **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.

**ENFERMEDAD O CONDICION PRE-EXISTENTE:**

Es aquella que fue diagnosticada por un médico o que presentó síntomas, desórdenes y/o signos evidentes, antes de la incorporación del beneficiario. Estas condiciones deben ser manifestadas por el beneficiario en la Declaración Jurada de Salud para su evaluación por parte de ASISMED SAN ROQUE a través de su Departamento Médico.

**ENFERMEADES O DESORDENES CONGENITOS:**

Son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten.

**ENFERMEADES CRÓNICAS:**

Son aquellas persistentes o que continúan durante un período de tiempo igual o superior a 6 semanas.

**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, inclusive en las sucesivas o alternadas renovaciones”.

**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.

**INTERNACION:**

Admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período igual o mayor a 24 horas.

**LAS ALTERACIONES O ENFERMEADES:**

Que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. No se considerará como enfermedad a las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el beneficiario/paciente.

**NIVELES:**

Valor arancelado pactado entre la Empresa y el Prestador.

**PACIENTE INTERNADO:**

Paciente que, admitido en el hospital, pasa a ocupar una cama por un período mayor de 24 horas.

**PERIODO DE CARENCIA:**

Es el tiempo que debe transcurrir a partir del día de aceptación de su incorporación como beneficiario para gozar de los distintos servicios contemplados en el Plan contratado. Durante este período los servicios sujetos a carencia de cobertura se beneficiaran 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 contratada.

**URGENCIA MÉDICA:**

Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

**GRUPO SAN ROQUE:**

Denominación que se da al conjunto de sanatorios cabecera: Sanatorio San Roque, Sanatorio La Costa, Sanatorio Santa Julia, Hospital Universitario San Lorenzo (HUSL).