

PLAN VIP PLUS

Servicios con Cobertura	Cantidad	Vigencia
Cobertura Ambulatoria:		
• Consultas en consultorio	Ilimitada	Inmediata
• Estudios Laboratoriales de rutina (anexo I)	Ilimitados	Inmediata
• Estudios Laboratoriales especializados (anexo I)	Ilimitados	30 días
• Radiología simple (anexo II)	Ilimitada	Inmediata
• Radiología contrastada (anexo III)	Ilimitada	30 días
• Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)	Ilimitados	30 días
• Ecografías Medicina Interna (anexo IV)	Ilimitadas	30 días
• Estudios de Salud Fetal	Ilimitados	30 días
• Honorarios Anestesiólogo en estudios diagnósticos	Ilimitado	30 días
• Fisioterapia Traumática (anexo V)	Ilimitado	30 días
• Urgencias en Sanatorio		Inmediata
○ Consulta con médico de guardia		
○ Procedimientos con médico de guardia:		
▪ Suturas		
▪ Curaciones		
▪ Extracción de cuerpos extraños		
▪ Drenajes de abscesos		
▪ Taponamiento nasal		
○ Electrocardiograma		
○ Medicamentos y descartables:		
▪ Sanatorios del Grupo San Roque	Cobertura Total	
▪ Otros Sanatorios en convenio, por evento	Hasta Gs. 100.000	
○ Servicios de Enfermería:		
▪ Nebulizaciones con medicamentos		
▪ Aplicación de inyectables		
▪ Toma de Presión Arterial		
▪ Enema		
• Servicio Domiciliario Asunción y Gran Asunción	Ilimitado	Inmediata
○ Consultas		
○ Atención de urgencias y/o emergencias		
○ Medicamentos y descartables utilizados		
○ Electrocardiograma		
• Traslados en ambulancia Asunción y Gran Asunción	Ilimitado	Inmediata
Cobertura Sanatorial:		
○ Unidad cama:	60 días benef/año/Cto.	
▪ Urgencia		Inmediata
▪ Programadas		150 días
○ Honorarios médicos Clínicos y/o Quirúrgicos:		
▪ Urgencia		Inmediata
▪ Programadas		150 días
○ Anatomía Patológica, biopsias simples		150 días
○ Transfusiones sanguíneas (honorarios) por evento	Hasta 15	150 días
○ Derechos Operatorios:		
▪ Urgencia		Inmediata
▪ Programados		150 días

Servicios con Cobertura	Cantidad	Vigencia
○ Uso de equipo de videolaparoscopia		150 días
○ Uso de equipo de artroscopia		150 días
○ Medicamentos y descartables por evento	Hasta Gs. 600.000	150 días
○ Unidad de Terapia Intensiva	20 días benef/año/Cto.	150 días
▪ Adultos: Sanatorios del Grupo San Roque		
▪ Pediátrica/Neonatal: Sanatorio La Costa		
• Honorarios Terapista en convenio		
• Estudios Laboratoriales (anexo I)		
• Estudios Radiológicos (anexo II)		
• Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)		
• Ecografías (anexo IV)		
Cobertura de Maternidad:		300 días
• Internación de la madre	Según indicación Médica	
• Nursery	Según indicación médica	
• Uso de Carpa de Oxígeno, Luminoterapia e incubadora	Hasta 20 días	
• Derecho a sala de parto o quirófano		
• Honorarios Médicos:		
○ Obstetra		
○ Ayudantes (Cesárea)		
○ Pediatra		
○ Anestesiólogo		
○ Transfusionista (Cesárea)		
• Medicamentos y descartables (evento sin complicaciones)	Cobertura Total	
• Estudios Laboratoriales (anexo I)		
• Estudios Radiológicos (anexo II)		
• Estudios Diagnósticos especializados (anexo III)		
• Ecografías (anexo IV)		

CARENCIAS ESTABLECIDAS PARA:

- Cobertura de Maternidad: 300 días
- Cobertura de Cirugías Programadas: 150 días

CONDICIONES GENERALES DE PRESTACION Y BENEFICIOS PLAN VIP PLUS

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

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

1.1. PLAN VIP PLUS

2. REQUISITOS:

- 2.1. El interesado en contratar un determinado Plan de cobertura médica, deberá llenar la solicitud de admisión proveída por la Empresa, respondiendo en forma fidedigna a todos los datos solicitados.
- 2.2. En la solicitud, manifestará bajo la forma de Declaración Jurada el estado de salud en que se encuentre, indicando enfermedades actuales y/o crónicas o estado de gravedad. En caso de que le sea requerido, deberá presentar certificación médica actualizada y si hubiese lugar, estudios diagnósticos complementarios.
- 2.3. La presentación de la solicitud por parte del interesado, implica el conocimiento y aceptación por parte del mismo, de las condiciones generales establecidas en este documento y de las particularidades contenidas en el Contrato y demás documentos integrantes del mismo.

3. DEFINICIONES:

- 3.1. **ACCIDENTE:** Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevisto, fortuito, súbito y violento por cuya consecuencia un beneficiario puede sufrir lesiones corporales que requieran atención médica o le causen la muerte
- 3.2. **ALTA:** Acto médico que determina la finalización de la modalidad de asistencia que venía siendo prestada al paciente hasta el momento, por cura, mejoría, alteración, por pedido o transferencia. El paciente podrá, si hace falta, pasar a recibir otra modalidad de asistencia, sea en el mismo establecimiento, en otro o en el propio domicilio.
- 3.3. **ALTA SANATORIAL:** acto médico que determina el egreso del paciente de un centro hospitalario/sanatorial pos internación con recomendaciones e indicaciones a fin de continuar su tratamiento en forma ambulatoria
- 3.4. **ALTA MEDICA:** acto médico que determina la condición del paciente de haber recuperado plenamente su salud y que puede continuar con sus actividades en forma normal, no requiriendo de un seguimiento posterior.
- 3.5. **ALTA VOLUNTARIA:** es el caso en el que el paciente, expresare su voluntad de no ser tratado o manifestare su intención de interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, y solicita su alta voluntaria, asumiendo las consecuencias y/o complicaciones derivadas de su decisión. Esta alta voluntaria también se aplica en caso de que sea un familiar o responsable del paciente, que decida retirar al mismo del sanatorio aún en contra del criterio médico.
- 3.6. **ARANCEL DIFERENCIADO (A.D.):** es el valor establecido en convenio con los profesionales médicos e instituciones prestadoras de servicios, respecto de una prestación que no cuenta con cobertura. Este Arancel en todos los casos será de cargo del Beneficiario en su totalidad.
- 3.7. **ASISTENCIA AMBULATORIA:** Modalidad de actuación realizada por uno o más integrantes del equipo de salud a pacientes en régimen de no internación
- 3.8. **BENEFICIARIO ASOCIADO, FUNCIONARIO O EMPLEADO:** se denomina así al asociado, funcionario o empleado de la Contratante -en caso de Personas Jurídicas- del Plan de cobertura médica, y titular del grupo familiar.
- 3.9. **BENEFICIARIO TITULAR:** es la persona física, funcionario o empleado de la Contratante, titular del grupo familiar del Plan de cobertura médica contratado por la Contratante. que contrata uno de los planes de cobertura médica.
- 3.10. **BENEFICIARIO:** se denomina en modo general a la persona física que es sujeto de una prestación médica o sanatorial conforme al Plan de Cobertura Médica contratado..
- 3.11. **CENTRO MEDICO LA COSTA ARTIGAS:** denominación que se da al Centro medico ubicado en calle Artigas 1500 c/ Concepción Leyes de Chavez
- 3.12. **CENTRO MEDICO SANTA JULIA:** denominación que se da al Centro medico ubicado en calle Brasilia 1182 esq. Tte. Insaurrealde.
- 3.13. **CENTRO MEDICO LA COSTA LYNCH:** denominación que se da al Centro medico ubicado en calle Avda. Madame Lynch Esq. Victor Heyn.
- 3.14. **CENTRO MÉDICO LA COSTA DEL ESTE:** denominación que se da al Centro medico ubicado en Shopping Plaza Jesuítica. Km 8 Ruta 7 Ciudad del Este
- 3.15. **COBERTURA MEDICA:** designa al conjunto de prestaciones médicas contemplados en el/los Plan/es ofrecidos por la Empresa a sus beneficiarios y que incluyen, consultas, análisis, exámenes diagnósticos e internaciones en sanatorio, según el plan elegido y a los que tiene derecho, mediante el pago de una cuota mensual.
- 3.16. **COBERTURA OPCIONAL:** Son los beneficios adicionales y complementarios a la cobertura básica que el beneficiario titular

puede o no contratar de acuerdo a sus necesidades.

- 3.17. **CONDICIONES GENERALES:** Son todas aquellas condiciones que se encuentran establecidas en el Contrato de Cobertura Médica conforme al Plan elegido por el Beneficiario, y que van a regir la relación entre la Empresa y el beneficiario/paciente.
- 3.18. **CENTRO MEDICO LA COSTA:** denominación que se da al CONJUNTO de los siguientes Centros Médicos: Centro Medico La Costa Artigas, Centro Médico Santa Julia, Centro Médico La Costa - Lynch y Centro Médico La Costa del Este.
- 3.19. **ENFERMEDAD O CONDICION PRE-EXISTENTE:** es aquella que fue diagnosticada por un médico o que presentó síntomas, desórdenes y/o signos evidentes, antes de la incorporación del beneficiario. Estas condiciones deben ser manifestadas por el beneficiario en la Declaración Jurada de Salud para su evaluación por parte de ASISMED S.A. a través de su Departamento Médico.
- 3.20. **ENFERMEDAD:** Se entenderá por enfermedad a toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.
- 3.21. **ENFERMEDADES CRÓNICAS:** Son aquellas persistentes o que continúan durante un período de tiempo igual o superior a 6 semanas.
- 3.22. **ENFERMEDADES O DESORDENES CONGENITOS:** Son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten.
- 3.23. **EVENTO:** para efectos del presente Contrato se entiende por Evento "a todo suceso relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones, hasta tanto no se hayan resuelto e independientemente de la cantidad de internaciones y/o procedimientos médico-quirúrgicos que requiera.
- 3.24. **EXCLUSIONES:** Se denomina así a todos los eventos que no se encuentran cubiertos por el plan de cobertura médica, y que se encuentran detallados en las Condiciones generales del plan, sean ellos circunstancias, gastos, padecimientos, procedimientos y/o tratamientos.
- 3.25. **SANATORIO SAN ROQUE:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Eligio Ayala esq. Paí Perez
- 3.26. **SANATORIO LA COSTA:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Avda. Artigas 1500 c/Concepción Leyes de Chavez
- 3.27. **SANATORIO SANTA JULIA:** denominación que se da al Sanatorio ubicado en calle Brasilia 1182 esq. Tte. Insaurralde.
- 3.28. **HOSPITAL/SANATORIO:** Establecimiento de salud destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen de internación a la población pudiendo disponer de asistencia ambulatoria u otros servicios.
- 3.29. **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN LORENZO (HUSL):** denominación que se da al Hospital ubicado en calle Km 15 – Ruta 2 Mcal. Jose Félix Estigarribia
- 3.30. **INTERNACION:** Admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período igual o mayor a 24 horas.
- 3.31. **SANATORIOS GRUPO SAN ROQUE:** denominación que se da al CONJUNTO de los siguientes sanatorios: Sanatorio San Roque; Sanatorio La Costa, Sanatorio Santa Julia y Hospital Universitario San Lorenzo (HUSL)
- 3.32. **LAS ALTERACIONES O ENFERMEDADES** que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. No se considerará como enfermedad a las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el beneficiario/paciente.

4. IDENTIFICACION:

- 4.1. La Empresa proporcionará a cada Beneficiario, una Tarjeta/Credencial de Identificación de propiedad de la Empresa, de carácter intransferible, que lo acreditará como tal y que deberá exhibir conjuntamente con su Documento de Identidad toda vez que requiera servicios médicos, sanatoriales y/o diagnósticos cubiertos por el Plan.
- 4.2. La Tarjeta/Credencial de Identificación consignará:
 - 4.2.1. Nombre del Beneficiario, sea Titular o Adicional.
 - 4.2.2. Número de Cédula de Identidad.
 - 4.2.3. Fecha de Nacimiento.
 - 4.2.4. Plan de Cobertura, vigente a la fecha de la firma del contrato o a la renovación del mismo.
 - 4.2.5. Número de Beneficiario.
 - 4.2.6. Fecha de Ingreso.
- 4.3. La pérdida o extravío de la Tarjeta/Credencial de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa adjuntando copia de la denuncia realizada ante la Autoridad competente.
- 4.4. La utilización de la Tarjeta/Credencial de Identificación por terceros con el consentimiento del Beneficiario Titular o Adicional, facultará a la Empresa a proceder a la exclusión del beneficiario y a efectuar la cancelación de la cobertura respecto del mismo.
- 4.5. Es obligación del Beneficiario Titular, comunicar por escrito a la Empresa, cualquier cambio de domicilio o número telefónico. De no hacerlo, será válida toda comunicación enviada al domicilio indicado en la solicitud de ingreso, o en el último domicilio comunicado.
- 4.6. Todo beneficiario tiene la obligación de comunicar, dentro de los 7 (siete) días de acaecido el hecho, cualquier cambio que se produjere en su nómina de Beneficiarios Adicionales, ya sea por, nacimientos, casamientos, defunciones o mayoría de edad de aquellos hijos solteros dependientes del mismo, bajo pena de considerar que el Beneficiario Titular ha incumplido

con las obligaciones que asume.

5. DE LAS COBERTURAS MEDICAS:

La cobertura médica contempla las prestaciones médicas descriptas a continuación:

5.1. CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS: Cobertura Total.

- 5.1.1. Las consultas serán realizadas en el consultorio privado del médico elegido por el Beneficiario, de la Agenda de Profesionales en Convenio, en los días y horarios por ellos establecidos.
- 5.1.2. Los Beneficiarios deberán convenir con el médico el día y la hora en que deberá concurrir al consultorio.
- 5.1.3. Los Beneficiarios se obligan a cancelar con la debida anticipación las citas convenidas a las que no podrá concurrir.
- 5.1.4. Los Beneficiarios deberán concurrir munidos de la Tarjeta/Credencial de Identificación otorgada por la Empresa, conjuntamente con su Documento de Identidad. En caso contrario el médico podrá negarse a realizar la prestación o a exigir el pago de sus honorarios en forma particular.
- 5.1.5. Los Médicos dispondrán en sus consultorios de una planilla de registro de consultas, la que deberá ser firmada por el Beneficiario/paciente una vez efectuada la consulta. En aquellos prestadores que cuenten con el sistema de huella digital, el Beneficiario/paciente deberá registrar su huella cada vez que realice una consulta o un procedimiento/estudio.
- 5.1.6. Médico Copago: El beneficiario/paciente abonará un ticket habilitador de Gs. 10.000 o más dependiendo del valor convenido entre el médico y la Empresa.

5.2. HONORARIOS MEDICOS CLINICO QUIRURGICOS:

- 5.2.1. Sólo se cubrirán honorarios de los profesionales que forman parte de la Agenda de Prestadores en Convenio.
- 5.2.2. Los honorarios médicos en internación, estarán directamente relacionados con la cantidad máxima de días con cobertura sanatorial.
- 5.2.3. Cuando los honorarios clínicos correspondan a médicos que no forman parte del plantel de prestadores en convenio, los mismos serán de cargo del beneficiario/paciente.
- 5.2.4. En los casos en que el Cirujano no sea médico en convenio y sus ayudantes pertenezcan al plantel de profesionales en convenio con la Empresa, sólo se cubrirán los honorarios de estos últimos hasta los montos señalados por el arancel en convenio.
- 5.2.5. Los honorarios del Anestesiólogo, sólo se cubrirán honorarios de los profesionales en convenio de la Agenda de Profesionales, para aquellas cirugías y procedimientos que cuenten con cobertura en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del plan contratado.
- 5.2.6. Los honorarios correspondientes a médicos con Nivel de Arancel Diferenciado, serán de cargo del beneficiario; la cobertura se limitará sólo a la parte sanatorial, de acuerdo al punto 5.3.
- 5.2.7. Los honorarios médicos de profesionales en Nivel Copago, tendrán cobertura parcial quedando los excedentes de cargo del beneficiario/paciente.
- 5.2.8. Formarán parte de la cobertura los honorarios profesionales, de médicos en convenio en las siguientes especialidades:
 - 5.2.8.1. **Anatomía Patológica**, estudios habituales de biopsias y/o piezas operatorias, excluye biopsias extemporáneas.
 - 5.2.8.2. **Alergología**, consultas en consultorio (vacunas y test alérgicos de cargo del beneficiario/paciente).
 - 5.2.8.3. **Anestesiología**, Cobertura total con profesionales anestesiólogos en convenio de la Agenda de Profesionales, para aquellas cirugías y procedimientos que cuenten con cobertura en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del plan contratado.
 - 5.2.8.4. **Clínica Médica**.
 - 5.2.8.5. **Cirugía General**: Intervenciones quirúrgicas convencionales mayores y menores (con excepción de las excluidas expresamente).
 - 5.2.8.6. **Cirugías Videolaparoscópicas** para vesícula y apéndice.
 - 5.2.8.7. **Cirugías Artroscópicas** diagnósticas y/o terapéuticas de rodilla.
 - 5.2.8.8. **Cirugías Oncológicas**, cuando el carcinoma se refiere a tumores sólidos y solamente en el primer acto quirúrgico. Los honorarios médicos por complicaciones derivadas de la cirugía, serán de cargo del beneficiario/paciente de acuerdo a los aranceles en convenio.
 - 5.2.8.9. **Cirugías Plástica Reparadora**, en eventos agudos (Accidentes) y con el profesional en convenio con ASISMED para este tipo de eventos.
 - 5.2.8.10. **Cardiología Clínica**.
 - 5.2.8.11. **Hematología**, consultas.
 - 5.2.8.12. **Dermatología**: consultas en consultorio, incluye biopsias de piel y procedimientos menores en consultorio (no incluye procedimientos dermoestéticos, láser, medicamentos y materiales).
 - 5.2.8.13. **Diabetología y Endocrinología**, consultas.
 - 5.2.8.14. **Cirugía Pediátrica**: Enfermedades Congénitas en niños nacidos durante la vigencia del presente Contrato: Pie Bot, Hidrocefalia (no incluye válvula ni materiales), Ano imperforado (1er. Tiempo), Hernias inguinales, Hernia

- umbilical y Labio Leporino (1er. Tiempo).
- 5.2.8.15. **Flebología**, consultas en consultorio. Cirugías de várices (Safenectomía y Flebectomía).
- 5.2.8.16. **Gastroenterología**:
- 5.2.8.16.1. Consultas.
 - 5.2.8.16.2. Estudios Diagnósticos: según anexo III.
 - 5.2.8.16.3. Procedimientos Gastroenterológicos terapéuticos por Videoendoscopia:
 - 5.2.8.16.3.1. Extracción de cuerpos extraños del tubo digestivo.
 - 5.2.8.16.3.2. Polipectomía Endoscópica alta/baja.
 - 5.2.8.16.3.3. Colangiopancreatografía Retrógrada.
- 5.2.8.17. **Ginecología y Obstetricia**, incluye cirugías por videolaparoscopia e histeroscopia, no relacionadas con diagnósticos de infertilidad.
- 5.2.8.18. **Geriatría**, consultas.
- 5.2.8.19. **Infectología**.
- 5.2.8.20. **Hepatología**.
- 5.2.8.21. **Mastología**.
- 5.2.8.22. **Monitoreo del clínico** en intervenciones quirúrgicas a solicitud escrita del médico tratante.
- 5.2.8.23. **Nefrología**, consultas.
- 5.2.8.24. **Neumología**.
- 5.2.8.25. **Neurología clínica**.
- 5.2.8.26. **Nutrición**, consultas (Centro Médico La Costa).
- 5.2.8.27. **Oftalmología**:
- 5.2.8.27.1. Consultas.
 - 5.2.8.27.2. Cataratas (no incluye lente intraocular).
 - 5.2.8.27.3. Glaucoma.
 - 5.2.8.27.4. Chalazión.
 - 5.2.8.27.5. Heridas penetrantes simple del globo ocular.
 - 5.2.8.27.6. Cuerpo extraño corneal.
 - 5.2.8.27.7. Heridas de párpado.
 - 5.2.8.27.8. Enucleación.
 - 5.2.8.27.9. Lavado de vías lagrimales.
 - 5.2.8.27.10. Heridas penetrantes complicadas del globo ocular.
 - 5.2.8.27.11. Sutura conjuntiva.
 - 5.2.8.27.12. Papiloma de párpado.
 - 5.2.8.27.13. Inyección retrobulbar.
 - 5.2.8.27.14. Heridas vías lagrimales.
 - 5.2.8.27.15. Pterigión (no láser).
- 5.2.8.28. **Transfusiones**, hasta 15 transfusiones por evento. (no incluye irradiación del material, perfiles inmunológicos, ni materiales de transfusión).
- 5.2.8.29. **Urología**, incluye R.T.U. de Próstata.
- 5.2.8.30. **Traumatología**, incluye cirugías artroscópicas (ver 5.2.8.7.) y Artroplastía de cadera (no incluye prótesis).
- 5.2.8.31. **Pediatría**.
- 5.2.8.31.1. Vacunatorio: exclusivamente en Sanatorio La Costa (área de Urgencias), las vacunas indicadas y proveídas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (de acuerdo a disponibilidad)
- 5.2.8.32. **Psiquiatría**, sólo consultas en consultorio hasta 3 por beneficiario/año de contrato. Otras consultas, arancel en convenio de cargo del paciente/beneficiario.
- 5.2.8.33. **Otorrinolaringología**, incluye procedimientos menores: lavado de oídos, cauterización nasal, extracción de cuerpo extraño en oído y nariz.
- 5.2.8.34. **Proctología**.
- 5.2.8.35. **Reumatología**, consultas.
- 5.2.9. La presencia del Hemoterapeuta en la sala de operaciones, será sin cargo para el beneficiario/paciente.
- 5.2.10. Los honorarios de Médicos Interconsultores solicitados por el Médico Tratante, se cubrirán sólo cuando se trate de Médicos en Nivel C. Total y hasta un máximo de 2 (dos) visitas por especialista. Los honorarios de profesionales Médicos Interconsultores solicitados por el paciente y/o su representante, aún cuando sean profesionales en convenio con la Empresa, no tendrán cobertura.

5.3. INTERNACIONES

- 5.3.1. Cada Beneficiario/paciente tiene derecho a Cobertura total por un máximo de 60 días/año/contrato, en los Sanatorios del Grupo San Roque, otros sanatorios en convenio previa autorización/hoja de cobertura.
- 5.3.2. Las internaciones se realizarán, principalmente en los Sanatorios del Grupo San Roque, en habitaciones individuales

que cuentan con: teléfono, aire acondicionado, TV Color con sistema de cable, cama para el acompañante y baño privado. Incluye además, la dieta convencional del paciente, servicio de enfermería y médicos de guardia del sanatorio.

- 5.3.3. Si el Beneficiario/paciente requiere por su condición, internación en la Unidad de Terapia Intensiva adulto o pediátrica, tiene derecho a Cobertura total por un máximo de 20 días por año de Contrato, que incluyen, la unidad cama y sus correspondientes equipos (monitor, desfibrilador, saturómetro, electrocardiógrafo y otros equipos propios de la unidad), honorarios del Médico Terapeuta en convenio, alimentación oral del paciente indicada por su médico tratante o especialista y enfermera de guardia de la Unidad, análisis de laboratorio y radiología simple.
- 5.3.4. Cuando el Beneficiario/paciente sea trasladado a la Unidad de Terapia Intensiva o Intermedia, o ingrese directamente a ella, los gastos que deriven de la utilización de una habitación por parte de los familiares o acompañantes, serán de cargo del beneficiario/paciente en su totalidad.
- 5.3.5. En el supuesto que en los Sanatorios del Grupo San Roque, no dispongan de habitaciones libres, se procederá a la derivación del Beneficiario/paciente previa autorización de la Empresa, a otro Centro en convenio (ver Agenda de Profesionales).
- 5.3.6. Serán parte de la cobertura, los estudios diagnósticos según se detallan en los anexos correspondientes. Sólo se reconocerá cobertura, cuando los estudios sean realizados por prestadores en convenio.
- 5.3.7. Las órdenes de internación emitidas por el médico tratante para cirugías programadas, deberán ser presentadas previamente en las oficinas de la Empresa o remitidas por fax, para la emisión de la cobertura y Presupuesto conforme al Plan contratado.
- 5.3.8. Medicamentos y materiales descartables en internación clínica y/o quirúrgica: hasta Gs. 600.000.- (Guaraníes seiscientos mil), por evento.
- 5.3.9. Derechos operatorios cirugías convencionales, videolaparoscópicas, videoendoscópicas y artroscópicas: Cobertura total en los Sanatorios del Grupo San Roque.
- 5.3.10. Derechos operatorios e internaciones, cobertura total en los Sanatorios San Roque:
 - 5.3.10.1. Neurocirugía.
 - 5.3.10.2. Cardiocirugía.
 - 5.3.10.3. Cirugía Plástica Reparadora.
 - 5.3.10.4. Cirugía Odontológica.
 - 5.3.10.5. Cirugía Torácica.
 - 5.3.10.6. Cirugía Vascular Periférica.
- 5.3.11. Recargos por estudios laboratoriales realizados fuera de horario y traslados de equipos de radiología, serán cubiertos por la Empresa, cuando los mismos sean realizados por prestadores en convenio
- 5.3.12. Uso de equipos durante la internación que sean propios de los Sanatorios del Grupo San Roque, cobertura total, considerándose los siguientes:
 - 5.3.12.1. Rayos X.
 - 5.3.12.2. Ecógrafo.
 - 5.3.12.3. Colchones de aire-agua.
 - 5.3.12.4. Tomógrafo.
 - 5.3.12.5. Electrocardiógrafo.
 - 5.3.12.6. Monitores.
 - 5.3.12.7. Máquina de anestesia.
 - 5.3.12.8. Videolaparoscopio.
 - 5.3.12.9. Microscopio.
 - 5.3.12.10. Facoemulsificador.
 - 5.3.12.11. Arco en C.
 - 5.3.12.12. Saturómetro.
 - 5.3.12.13. Videoendoscopio.
 - 5.3.12.14. Artroscopía.
 - 5.3.12.15. Goteo Electrónico.
- 5.3.13. Oncología clínica, cobertura total de unidad cama en el Servicio de Oncología del Sanatorio La Costa y Santa Julia. Honorarios médicos, drogas oncológicas, medicamentos, descartables y otros gastos derivados de la internación: cargo del beneficiario/paciente.

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

5.4.1. La cobertura contempla:

- 5.4.1.1. Honorarios médicos en convenio, incluyendo analgesia en parto normal. Profesionales Nivel Copago, ASISMED cubre parcialmente los honorarios
- 5.4.1.2. Internación de la madre, según lo determine el médico tratante.
- 5.4.1.3. Internación del recién nacido (Nursery), según lo determine el médico tratante.
- 5.4.1.4. Cuna térmica, luminoterapia convencional, carpa de oxígeno, incubadora simple y de transporte, hasta 20 días.

- 5.4.1.5. Medicamentos y Materiales Descartables, Cobertura Total. No forman parte de la cobertura leche maternizada, biberones, chupetes, pañales desechables, faja y otros artículos no considerados materiales descartables clínico/quirúrgicos.
- 5.4.1.6. Derecho a Sala de Partos o Quirófano.
- 5.4.2. Las complicaciones durante la maternidad (embarazo y/o alumbramiento) serán cubiertas de acuerdo a las condiciones generales de prestación y beneficios en lo que corresponde a Honorarios Médicos, Internaciones, Estudios Diagnóstico y/o cualquier otro servicio contemplado en el Plan con sus coberturas y limitaciones.
- 5.4.3. La incorporación de los recién nacidos deberá ser realizada dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento y las condiciones de ingreso se ajustarán a lo determinado en las condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan.
- 5.4.4. La cobertura de maternidad, sólo es extensiva a la cónyuge del Beneficiario Titular o directamente a la Titular del Contrato.
- 5.4.5. No tendrán cobertura, de conformidad con lo establecido en las limitaciones de cobertura, las prestaciones médicas y sanatoriales relacionadas con tratamientos de esterilidad y/o fertilidad, los estudios diagnósticos realizados para los tratamientos de fertilización asistida, los embarazos consecuentes o producto de tratamiento, el parto normal o por cesárea y el tratamiento de el/los recién nacido/s inclusive en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

5.5. URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS EN SANATORIO

- 5.5.1. Los Sanatorios del Grupo San Roque, disponen las 24 horas de médicos de guardia en las especialidades de:
 - 5.5.1.1. Clínica Médica.
 - 5.5.1.2. Cirugía General.
 - 5.5.1.3. Pediatría y Gineco-obstetricia, exclusivamente en el Sanatorio La Costa y Hospital Universitario San Lorenzo (HUSL).
 - 5.5.1.4. Servicio de enfermería.
 - 5.5.1.5. Laboratorio.
 - 5.5.1.6. Radiología.
 - 5.5.1.7. Estudios diagnósticos.
- 5.5.2. Las consultas y los procedimientos realizados por el médico de guardia o especialista convocado a solicitud del beneficiario por el médico de guardia, que a continuación se detallan, serán de cobertura total, incluyendo derechos sanatoriales de urgencia en los Sanatorios del Grupo San Roque:
 - 5.5.2.1. Suturas.
 - 5.5.2.2. Curaciones.
 - 5.5.2.3. Drenajes de abscesos, hematomas, etc.
 - 5.5.2.4. Extracción de uña encarnada.
 - 5.5.2.5. Extracción de cuerpo extraño.
 - 5.5.2.6. Enyesados simples. No incluye yeso acrílico.
 - 5.5.2.7. Taponamiento nasal.
- 5.5.3. La cobertura de medicamentos y materiales descartables para procedimientos realizados por el médico de guardia o especialista convocado a solicitud del beneficiario por el médico de guardia, será total en los Sanatorios del Grupo San Roque. Otros sanatorios en convenio hasta Gs. 100.000, por evento.
- 5.5.4. Los estudios diagnósticos derivados de la urgencia, realizadas por prestadores en convenio, serán de cobertura total (según anexos) y no se cobrarán recargos por fuera de horario:
 - 5.5.4.1. Estudios laboratoriales.
 - 5.5.4.2. Radiología simple.
 - 5.5.4.3. Electrocardiograma.
 - 5.5.4.4. Ecografías.
 - 5.5.4.5. Tomografías computarizadas.
- 5.5.5. Procedimientos de enfermería, complementarios a la consulta médica:
 - 5.5.5.1. Nebulizaciones, con medicamentos.
 - 5.5.5.2. Aplicación de inyectables. No incluye antibióticos.
 - 5.5.5.3. Toma de Presión Arterial.
 - 5.5.5.4. Enema evacuador, sin medicamento.
- 5.5.6. Los medicamentos de receta ambulatoria, por indicación del médico tratante e inclusive las emitidas por el médico de guardia o especialista convocado, serán de cargo del beneficiario; sólo se cubrirá el procedimiento.
- 5.5.7. Si el médico de guardia considera necesaria la participación de otros profesionales, se deberá solicitar la concurrencia de profesionales en convenio. No se reconocerán honorarios de médicos que no estén en convenio.
- 5.5.8. El servicio de ambulancias para traslados en Asunción y Gran Asunción, será de Cobertura total, cuando las condiciones del paciente le impidan llegar por sus propios medios a los Sanatorios del Grupo San Roque.
 - 5.5.8.1. En aquellos casos de extrema urgencia los Beneficiarios podrán concurrir a los Sanatorios en convenio. Si la urgencia deriva en una internación, se deberá comunicar antes de las 2 horas siguientes al ingreso, con el fin de

disponer su eventual traslado a los Sanatorio del Grupo San Roque, si las condiciones lo permiten.

5.5.8.1.1. Horario hábil: 021-288-7000.

5.5.8.1.2. Fuera de horario: 0971-272 111 o al 0981-461 896.

5.5.8.2. Cuando no sea posible el traslado, la cobertura sanatorial será según lo indicado en el punto 5.3, los análisis laboratoriales se deberán solicitar al Laboratorio San Roque (248-9000).

5.6. URGENCIA, EMERGENCIAS Y CONSULTAS DOMICILIARIAS:

5.6.1. La atención domiciliaria se realizará a través del servicio en convenio, debiendo presentar el Beneficiario su Tarjeta/Credencial de Identificación en el momento de la atención, e incluye:

5.6.1.1. Atención de urgencia y/o emergencias, cobertura total.

5.6.1.2. Traslados al Sanatorio derivados de la urgencia y/o emergencia, cobertura total.

5.6.1.3. Electrocardiograma a domicilio, cobertura total.

5.6.1.4. Medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia, cobertura total.

5.6.1.5. Consulta médica a domicilio, cobertura total.

5.6.2. Zona de cobertura: Asunción y Gran Asunción.

5.7. ESTUDIOS DIAGNOSTICOS AMBULATORIOS: Cobertura 100%.

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

* Nombre del paciente

* Número de beneficiario

* Diagnóstico presuntivo

* Procedimiento a realizar

Información del prestador habilitado: excluyente

* Firma y sello del profesional

* Fecha de atención

5.7.1. Estudios Laboratoriales: Laboratorio San Roque y Laboratorio La Costa las 24 horas, Laboratorio San Roque Villa Morra y Laboratorio Santa Julia (lunes a viernes 06:30 a 19:00, sábados 06:30 a 14:00)

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

5.7.1.2. El servicio incluye atención de urgencias 24 horas y toma de muestras en domicilio, sin recargo a través del Laboratorio San Roque (248-9000). Se adjunta detalle de los estudios cubiertos, ver anexo I.

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

5.7.2. Radiología simple, Centro Diagnóstico La Costa y San Roque atención 24 horas, Centro de Diagnóstico Santa Julia (lunes a viernes 07:00 a 20:00 hs., sábados 07:00 a 14:00 hs.).

5.7.2.1. Las órdenes emitidas por el médico tratante para estos estudios no necesitan visación previa. Se adjunta detalle de los estudios cubiertos, ver anexo II.

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

5.7.2.3. Otros centros en convenio: previa visación y emisión de la cobertura de la orden médica.

5.7.3. Estudios de videoendoscopia: Centro Diagnóstico La Costa, incluye uso de sala de procedimientos, uso de equipo e internación en caso necesario. Ver anexo III.

5.7.3.1. Centro Diagnóstico San Roque, previa visación y emisión de la cobertura de la orden médica.

5.7.4. Estudios Diagnósticos Especializados: Centro Diagnóstico La Costa, se adjunta detalle de Estudios con Cobertura Total, ver anexo III.

5.7.4.1. Centro Diagnóstico San Roque y otros centros en convenio: Las órdenes emitidas por el médico tratante deberán ser visadas previamente en las oficinas de la Empresa o vía fax (288-7000).

5.7.4.2. Se exceptúan del trámite de visación previa los electrocardiogramas realizados por Clínicos y/o Cardiólogos que figuren en la Agenda de Profesionales en convenio con la Empresa.

5.7.4.3. Resonancia Magnética Nuclear cobertura hasta 2 estudios por grupo familiar por año, exclusivamente en el Centro Diagnóstico La costa y Santa Julia.

5.7.5. Ecografías Medicina Interna: Centro Diagnóstico La Costa, Santa Julia, se adjunta detalle de Estudios, ver anexo IV.

5.7.5.1. Centro Diagnóstico San Roque y otros centros en convenio: Las órdenes emitidas por el médico tratante, deberán ser visadas previamente en las oficinas de la Empresa o vía fax (288-7000).

5.7.6. Estudios Obstétricos y Salud Fetal: Centro Diagnóstico La Costa. Se adjunta detalle de los estudios cubiertos. Ver anexo III y IV.

5.7.6.1. Otros centros en convenio, previa visación.

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

5.8. TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA: Cobertura 100%.

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

siguientes datos

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

Información del prestador habilitado: excluyente

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

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

- 5.8.1.1. Ondas cortas, magnetoterapia, láser.
- 5.8.1.2. Ultrasonido, Infrarrojo, Tracción cervical.

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

5.9. ARANCEL DIFERENCIADO

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

- 5.9.1.1. Análisis de Laboratorio Especializados, no incluidos en el anexo I.
- 5.9.1.2. Estudios Diagnósticos Especializados, no considerados en el anexo III y anexo IV.
- 5.9.1.3. Alergia: Test para Inhalantes, Test para Alergenos, Test para Medicamentos, Test de Contacto.
- 5.9.1.4. Procedimientos Terapéuticos por Videoscopia, videolaparoscopia y artroscopia, no contemplados en detalle.
- 5.9.1.5. Neurología: Procedimientos terapéuticos.
- 5.9.1.6. Oftalmología: Cirugías láser y cirugías de retina y vítreo.
- 5.9.1.7. Otorrinolaringología: Cirugías láser, cirugías videoendoscópicas, septoplastia.
- 5.9.1.8. Anatomía Patológica: Biopsias extemporáneas, Inmunohistoquímica, Patologías moleculares, Estudios histoanatomopatológicos.
- 5.9.1.9. Urología: Litotripsia, Uretrorenoscopia, cirugías videoendoscópicas.
- 5.9.1.10. Medicina Nuclear: Centellografías no incluidas en la cobertura total, Spect.
- 5.9.1.11. Estudios y procedimientos intervencionistas: Estudios Vasculares Invasivos, Radiología Intervencionista.
- 5.9.1.12. Hematología: Perfiles hematológicos.
- 5.9.1.13. Hemoterapia: Sangría terapéutica.
- 5.9.1.14. Cobalto Terapia.
- 5.9.1.15. Radioterapia.
- 5.9.1.16. Quimioterapia.
- 5.9.1.17. Braquiterapia.
- 5.9.1.18. Rayos Láser.
- 5.9.1.19. Electrofisiología.
- 5.9.1.20. Neurorradiología.
- 5.9.1.21. Esclerosis de Várices.
- 5.9.1.22. Estudios Diagnósticos y Tratamientos con Cobertura total que excedan los topes estipulados.
- 5.9.1.23. Enfermedades neoplásicas, después del primer acto quirúrgico.
- 5.9.1.24. Tratamientos de Fisioterapia en Sanatorio, consultorio y/o domicilio. Fisioterapia por Ondas de Choque.
- 5.9.1.25. Honorarios médicos en internaciones clínicas y/o quirúrgicas en las especialidades de Neurocirugía, Vascular Periférica, Cardiovascular, Diabetología, Endocrinología, Oncología, Maxilo-Facial, Cirugía Torácica, Cirugía plástica reparadora (no contemplados en el punto 5.2.8.9), Psiquiatría, Toxicología, Fisiatría, Reumatología, Nefrología en terapias de sustitución renal.
- 5.9.1.26. Honorarios médicos en enfermedades pre-existentes, crónicas, genéticas, congénitas y/o malformaciones, a la firma del Contrato.
- 5.9.1.27. Honorarios médicos, Estudios Laboratoriales y Radiológicos, y todo lo relacionado a la internación que exceda los 60 días.
- 5.9.1.28. Honorarios Médicos, Estudios Laboratoriales y Radiológicos, y todo lo relacionado a la internación en la Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia, con el detalle estipulado en la Cobertura, cuando ésta exceda los 20 días por año de Contrato por Beneficiario.
- 5.9.1.29. Foniatría.
- 5.9.1.30. Fonoaudiología.
- 5.9.1.31. Psicología.
- 5.9.1.32. Todos los servicios relacionados y/o derivados de Trasplantes, Implantes, Explantes, Injertos, prótesis.
- 5.9.1.33. Honorarios Médicos por microcirugías, plastias.

- 5.9.1.34. Honorarios Médicos en la especialidad de Psiquiatría, después de la tercera consulta en consultorio.
- 5.9.1.35. Honorarios Médicos, gastos sanatoriales, estudios diagnósticos, servicios relacionados y derivados de tratamientos de Obesidad Mórbida incluyendo cirugía bariátrica, con prestadores en convenio.
- 5.9.1.36. Honorarios médicos, gastos sanatoriales y estudios diagnósticos antes de cumplidos los periodos de carencia.
- 5.9.1.37. Patologías asociadas al recién nacido pre-término.
- 5.9.1.38. Procedimientos y Cirugías maxilo-facial.
- 5.9.1.39. Honorarios y gastos relacionados a tratamientos, procedimientos y/o cirugías con fines paliativos.
- 5.9.1.40. Honorarios profesionales por soporte nutricional especializado (enteral o parenteral).
- 5.9.1.41. Fórmulas y/o preparados nutricionales (nutrientes).
- 5.9.1.42. Gastos derivados de Cirugías, Procedimientos y Estudios no contemplados en las Condiciones Generales de Prestación y los Beneficios.

6. DE LAS LIMITACIONES EN LA COBERTURA

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

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

- 6.1.1.1. Prestaciones médicas y/o sanatoriales de cualquier tipo derivadas de los efectos del consumo de alcohol, somníferos, abuso de drogas ilegales y/o medicamentos sin indicación médica, al igual que otras sustancias tóxicas. El beneficiario deberá además someterse al Test de Alcoholemia y/o dosaje de drogas según criterio médico.
- 6.1.1.2. Intento de suicidio y sus secuelas ya sean físicas o mentales.
- 6.1.1.3. Lesiones en accidentes de tránsito en transgresión de las leyes vigentes.
- 6.1.1.4. Tratamientos originados por lesiones o enfermedades producidas por epidemias oficialmente declaradas (por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) y fenómenos de la naturaleza que sean declarados catástrofe nacional, actos de guerra, desórdenes populares, actos o atentados terroristas de cualquier naturaleza, riñas, aborto provocado ilegalmente y lesiones causadas por el beneficiario deliberadamente a sí mismo. (punto 7.1.1.9)
- 6.1.1.5. Pacientes con Serología positiva para H.I.V., Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades infecto-contagiosas (E.T.S.) incluyendo todo gasto que ocasione el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- 6.1.1.6. Cirugías estéticas o de embellecimiento, dermoestética y cosmiatría.
- 6.1.1.7. Tratamientos de esterilidad, fertilidad y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación de D.I.U. (dispositivo intrauterino). Embarazos y partos consecuentes o producto de los tratamientos de fertilización asistida, incluyendo: los estudios de diagnósticos, como por ejemplo: Ecografías obstétricas y/o transvaginales, Perfil Biofísico, Monitoreo Fetal, Monitoreos ovulatorios, etc., así como el tratamientos de el/los recién nacido/s incluso en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- 6.1.1.8. Enfermedades preexistentes incluyendo las neoplasias y/o estado de gravidez a la firma de este Contrato.
- 6.1.1.9. Quemaduras cuando excedan el 25% de la superficie corporal.
- 6.1.1.10. Materiales/insumos descartables y/o medicamentos no considerados en la cobertura incluyendo los utilizados en procedimientos ambulatorios, y/o que excedan los topes consignados en las Condiciones Generales de Prestación y Beneficios del Plan contratado; contrastes, plasma, sangre, isótopos radioactivos, preparados nutrición enteral y/o parenteral, oxígeno, órtesis, prótesis, gases anestésicos, marcapasos, gafas, lentes intraoculares, biomateriales, prótesis, endoprótesis, implantes, sustancias viscoelásticas, resincronizadores, mallas, materiales radiactivos, materiales de osteosíntesis, Stent, Coils, bizcoat y/o similares, uso de instrumental y materiales específicos de cada especialidad, materiales de transfusión.
- 6.1.1.11. Medicamentos de uso y/o consumo habitual, los de indicación ambulatoria y aquellos no relacionados al diagnóstico que motiva la internación.
- 6.1.1.12. Servicios que debido a su extrema urgencia sean utilizados por los beneficiarios (internación de beneficiarios en centros hospitalarios que no tengan celebrado convenio con la Empresa) y no sean comunicados a la Empresa para su eventual traslado, dentro de las 24 horas siguientes al ingreso.
- 6.1.1.13. Honorarios profesionales por procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, estudios, tratamientos y todo gasto relacionado a complicaciones de cirugías y/o procedimientos no cubiertos o que hayan sido realizados por profesionales o en centros sin convenio con Asismed S.A.

6.1.2. No serán cubiertos por la Empresa todos aquellos tratamientos, prácticas o cirugías enunciadas a continuación:

- 6.1.2.1. Que se encuentren en estado experimental.
- 6.1.2.2. Que no sean avalados científicamente.
- 6.1.2.3. Que se opongan a normas legales vigentes.
- 6.1.2.4. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación en competencias o demostraciones de pericia y/o velocidad de cualquier índole, que debidamente sean probados que fueron ocasionadas en estas circunstancias.
- 6.1.2.5. Etilismo.

- 6.1.2.6. Curas de adelgazamiento, reposo, rejuvenecimiento o similares. Celuloterapia, hidroterapia, acupuntura, digitopuntura o similar. Medicinas alternativas.
- 6.1.2.7. Maternidad para quien no sea titular o cónyuge del titular.
- 6.1.2.8. Internación Psiquiátrica o Psicológica, Psicocirugías o cirugías psiquiátricas. Psicoterapia, Psicoanálisis.
- 6.1.2.9. Procedimientos y cirugías percutáneas.
- 6.1.2.10. Habitación que pudiera ser utilizada por los familiares mientras el paciente se encuentre internado en la Unidad de Terapia Intensiva y gastos de acompañante en general.
- 6.1.2.11. Todo lo que no esté debidamente expresado en el Contrato y sus anexos.

7. FINALIZACION DE LA COBERTURA

7.1. En los casos de muerte cerebral, estado de coma y/o estado vegetativo de pacientes internados en la unidad de terapia intensiva/intermedia o en sala común, la cobertura del plan concluirá cuando se den las siguientes condiciones:

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

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

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

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

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

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

ANEXO I: ESTUDIOS LABORATORIALES

Cobertura Total

RUTINA

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

ESPECIALIZADOS

17 Beta Cestoterooides	Amonio	Antic. Anti Rubeola IgM
17 Beta Estradiol	ANA (Antic. Antinucleares)	Antic. Antigliadina
17 Hidroxicorticosteroides	Androstenediona	Antic. Antilisteria
Acido Acetil Salicílico	Anfetaminas	Antic. Antimicrosomales
Acido Fenilpirúvico	Ant. Anticitomegalovirus IgG	Antic. Antimitocondriales
Acido Fólico	Ant. Anticitomegalovirus IgM	Antic. Antimúsculo liso
Acido Láctico	Ant. Antitoxoplasma IgG	Antic. Antitiroglobulinas
Acido Valproico	Ant. Antitoxoplasma IgM	Antic. Antitiroideos
Acido Vanil Mandélico	Anti Core IgG HBC – ac	Anticardiolipina IgM
ACTH	Anti Core IgM HBC – ac	Anticrdiolipina IgG
Aglutininas Anti A	Anti LA	Antíg. Carcino Embrionario CEA
Aglutininas Anti B	Anti RO	Antígenos Febriles
Albumina	Anti SM	Artritest (Factor Reumatoideo)
Aldolasa	Anti Trypanosoma IgG	Aspecto del Suero
Aldosterona	Anti Trypanosoma IgM	Asto
Alfa 1 antitripsina	Antic. Anti DNA	Azúcares Reductores
Alfafetoproteína (AFP)	Antic. Anti Hidatídico	Barbitúricos
Amilasa	Antic. Anti HIV	Beta HCG Cuantitativo
Amilasa (o)	Antic. Anti Rubeola IgG	Bicarbonato actual

Bilirrubina Directa	Coprocultivo	Fosfatasa Alcalina
Bilirrubina Indirecta	Coproporcional	Fosfatidilglicerol en Líquido Amniótico
Bilirrubina Total	Coproporfirinas	Fosfolípidos
Bilis, cultivo y ATB	Cortisol	Fósforo
C.E.A.	Cortisol AM	Fósforo (o)
C3	Cortisol PM	Fragilidad de los Hematíes
C4	Cortisol Urinario	Frotis de Sangre Periférica
CA 125	Crioaglutininas	Fructosamina
CA 15.3	Crioglobulinas	FSH
CA 19.9	Criptococus	FT3 (T3 Libre)
Calcio	Cuerpos Cetónicos	FT4 (T4 libre)
Calcio (o)	Cultivo	FTA-ABS en L.C.R.
Calcio Iónico	Cultivo de punta de catéter	FTA-ABS IgG
Calcitonina	Cultivo p/ Gérmenes Comunes	FTA-ABS IgM
Cálculo Urinario	Cultivo para Aerobiosis	FTI
Campylobacter, cultivo y ATB	Cultivo para Anaerobiosis	G.O.T.
Carbamazepina	Cultivo para BAAR	G.P.T.
Células L.E.	Cultivo para Campylobacter	Gamma GT
Cetonemia	Cultivo para Hongos	Gases Arteriales
Cetonuria	Cultivo para Hongos de biopsia	Gasometría Venosa
CH 50	Curva de Glicemia (embarazo)	Glicemia Pre y Post – Prandial
Chagas Ac IgM	Curva de Glicemia 3 horas	Gravindex
Chagas-Ac IgG	Curva de Glicemia 4 horas	Guayaco
Chlamydias Ac	Curva de Glicemia 5 horas	HAV IgM
Chlamydias orina	Dehidrostestosterona	HAV IgM
Chlamydias sec conjuntival	Detección de cristales	HBA 1 C (Hemoglobina Glicosilada)
Chlamydias sec genital	DHEA sulfato (DHEA-SO4)	HBE – Ac
Cim p/ Cefoperazona	Digoxina	HBS – Ac
Cim p/Aminoglucidol	EBV-VCA IgG	HBS – Ag (Antígeno de Superficie)
Cim p/Carbenicilina	EBV-VCA IgM	HCG Cualitativo
Cim p/Ciporfloxacina	Electroforesis de Hemoglobina	HCG Cuantitativo
Cim p/Colestina	Electroforesis de Lipoproteínas	HCV – Hepatitis C
Cim p/Imipenem	Electroforesis de Proteínas	HDL Colesterol
Cim p/Kanamicina	Electroforesis de Proteínas LCR	Heces Benedict
Cim p/Mezlocilina	Electrolitos (NA, CL, K)	Heces Frotis
Cim p/Piperacilina	Electrolitos (o)	Heces, Ex. Parasitología Seriado
Cim p/Ticarlicina	Enzimas Cardiacas	Heces, Examen Parasitológico
Cim p/Tobramicina	Eritrosedimentación	Heces, Flora Microbiana
Citomegalovirus col Giemsa	Esperma, Cultivo y ATB	Heces, Hongos
CK – MB	Espermograma	Heces, Microscopía Funcional
CK Total	Espuito, coloración de Ziehl	Hematocrito
Clearance de Creatinina	Espuito, Cultivo p/ Gérmenes Comunes	Hematocrito c/muestra
Clearance de Urea	Espuito, Cultivo p/Eosinófilos-	Hemocultivo en Aerobiosis
Cloruros	Mastocitos	Hemocuñtivo en Anaerobiosis
Cloruros (o)	Espuito, Cultivo para BAAR	Hemoglobina
Cloruros L.C.R.	Espuito, Cultivo y ATB	Hemoparásitos (gota gruesa)
CMV IgG	Espuito, frotis	Hemoparásitos, observ. directa
CMV IgM	Estradiol	Hepatitis C
Coagulograma	Estudio capilar invest. Hongos	Herpes – Ac
Cobre	Examen en Fresco	Herpes en Sec. Genital
Colinesterasa	Factor Reumatoideo (Artritest)	HEV – Ac
Coloración con Tinta China	Feñil Cetonurio	Hidatidosis
Coloración de Giemsa	Feñil Hidantoína	Hierro % saturación
Coloración de Gram	Ferritina	Hierro Sérico
Coloración de Ziehl-Neelsen	Fibrinogeno	HIV – P – 24
Coobs indirecto cuantitativo	Fibrinolisis	Hongos, Cultivo e Identificación
Coombs Directo	Fórmula Leucocitaria	Hongos, Examen en Fresco
Coombs Indirecto	Fosfatasa Acida Total	Identificación de Parásitos

IGA	Marcadores Tumorales	Secreción Faringea, Frotis
IGA Secretoria	Microalbuminuria	Secreción Nasal, Citología
IGD	Mielocultivo	Secreción Nasal, Cultivo y ATB
IGE Total	Monotest	Secreción Otica, Cultivo y ATB
IGG	Mucoproteínas	Secreción Prostática, Frotis
IGM	Mycoplasma, cultivo e identif.	Secreción Purulenta, Cul. y ATB
Indices de Riesgo	NTX / Pyrilinks	Secreción Traqueal, Cult. Y ATB
Inmunoglobulina	Orina Benedict	Secreción Uretral, Cultivo y ATB
Inmunoglobulina en LCR	Orina densidad	Secreción Uretral, Frotis
L.C.R., Citoquímico	Orina rutina	Secreción vaginal, Cult. Y ATB
L.C.R., Cultivo para BAAR	Orina sedimento	Secreción Vaginal, Fresco y Gram
L.C.R., Cultivo para Hongos	Orina, cultivo	Secreción Vaginal, Ph
L.C.R., Cultivo y ATB	Osmolaridad	Secrec. Vulvo vaginal, Cult. y ATB
Latex en líquido pleural	Oxiurus	Sodio
Látex en Líquidos biológicos	P.C.R. (Proteína Creativa)	Sodio (o)
Latex en orina	P.C.R. Cuantitativa	Streptococcus Grupo A
Latex p/aspergillus antígeno	P.D.F.	Streptococcus Grupo B
Latex p/cándida antígeno	P.P.D.	Streptozima
Latex p/cryptococcus antíg.	PAP (Fosfatasa Acida prostática)	Sustancias Reductoras
Latex p/streptococcus Grupo A	PAS- Antíg. Prostático Espicífico	T.T.P.A
Latex p/streptococcus Grupo B	Peptido C	T3
Lavado Broncoalveolar cultivo	Perfil de Coagulación-Coagulograma	T3 Uptake
Lavado Broncoalveolar p/BAAR	Perfil Hepático- Hepatograma	T4
Lavado Broncoalveolar p/Hongos	Perfil Lipídico – Lipidograma	T4 Neonatal
Lavado Gástrico Parásitos	Ph	Test de Absorción Xilosa
LDH	Plaquetas	Test de O'Sullivan
LDL Colesterol	Plasma Seminal, Bioquímica	Test del Piccito
Legionella Pneumófila	Pneumocystis Caninii	Test del Sudor
Lesión de Piel, Cult. p/Hongos	Porfobilinógeno	Testosterona libre
Lesión de Piel, Hongos ex direc.	Potasio	Testosterona total
Lesión de uñas, cultivo p/hongos	Potasio (o)	Tiempo de Coagulación
Lesión Genital, Campo obscuro	Progesterona	Tiempo de Protrombina (TP)
Lesión Genital, Col. de Fontana	Prolactina	Tiempo de Recalcificación
Lesión Genital, Colorac de Gram	Proteínas de Bence Jones	Tiempo de Sangría
LH	Proteínas Totales	Timol
Linfa Cutánea, color. De Ziehl	Proteínas Totales (o)	Tine Test
Lipasa	Proteínas Totales A/G	Tiroglobulina
Lípidos Totales	Protoporfirinas	Toxina A p/Clostridium Diffic.
Líquido (otros), Citoquímico	Prueba de Lazo	Transferrina
Líquido Amniótico, Cult. y ATB	Prueba de Tolerancia a la lactosa	Troponina I
Líquido Articular, Citoquímico	PTH	Troponina T
Líquido Articular, Cristales	Raspado de lengua, Hongos	TSH
Líquido Articular, Cultivo y ATB	Rast	Úlcera genital, Cultivo y ATB
Líquido Ascítico, Anaerobios.	Reacción de Hudleson	Ureplasma
Líquido Ascítico, Cult.p/hongos	Reacción de Paul Bunnel	Urobilina
Líquido Ascítico, Cultivo y ATB	Reacción de Waaler Rose	Urobilinógeno
Líquido Duodenal	Reacción de Widal	Van de Kramer
Líquido Gástrico, Cultivo y ATB	Recuento de Addis	Vancomicina
Líquido Gastroduodenal, Parásitos	Recuento de Hamburguer	VDRL Cualitativo
Líquido Peritoneal, cultivo y ATB	Reticulocitos	VDRL Cuantitativo
Líquido Pleural, Citoquímico	Retracción del Coágulo	VDRL en L.C.R.
Líquido Pleural, Cultivo y ATB	Rotavirus	Virocitos
Líquido Pleural, Hongos	Sangre Oculta o Guayaco	Vitamina B12
Litio	Secreción Bucal, Cultivo	VLDL Colesterol
Magnesio	Secreción Conjuntival, Cult. y ATB	Yersenia cultivo
Magnesio (o)	Secrec. Endocervical, Cult. y ATB	
Magnesio Eritrocitario	Secreción Faringea, Cult. y ATB	

ANEXO II: RADIOLOGIA SIMPLE, todos las posiciones

Cobertura Total

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

ANEXO III: ESTUDIOS DIAGNOSTICOS ESPECIALIZADOS

Cobertura Total

Honorarios anestesiólogo a solicitud escrita del médico tratante: Cobertura Total

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

Medicamentos, contrastes y descartables, cargo paciente.

Audiometría	Dental Seriado
Biligrafina o Colangiografía endovenosa	Doppler Vascular Periférico
Broncografía 2 lados	Ecobiometría
Broncografía cada lado	Ecocardiograma c/Doppler B-D
Campo Visual	Eco-Stress
Cavum Contrastado	Electrocardiograma
Centellografía de Tiroides	Electroencefalograma
Centellografía Osea	Endoscopia Digestiva Alta
Ciclopejia	Endoscopia Nasal
Cistografía	Ergometría
Colangiografía Retrógrada c/Papilotomía	Esófago, Estómago y Duodeno
Colangiografía Endovenosa	Espirometría
Colangiografía Operatoria	Estudio de retina periférica
Colangiografía Post-operatoria	Examen Funcional Laberíntico
Colangiografía Retrógrada simple	Fistulografía H/2 placas
Colecistografía Oral	Flebografía cada lado
Colon Contrastado	Galactografía c/lado
Colon Doble Contraste	Galactografía bilateral con marcado (inc. mamografía)
Colon por Ingestión	Gonioscopia
Colonoscopia	Histerosalpingografía
Colposcopia	Holter 24 horas
Curva Tensional	Impedanciometría
Densitometría Osea	Laringofibroscofia
Dental Semiseriada	Laringografía contrastada
	Laringoscopia

Linfografía 2 lados
 Linfografía cada lado
 Logaudiometría
 Mama (pieza operatoria) por placa
 Mama (reparage p/Biopsia) por placa
 Mamografía unilateral
 Mamografía bilateral
 MAPA
 Mielografía s/contraste, ni especialista
 Orbitas cada posición
 Ortopantomografía
 Papanicolau
 Paquimetría
 Perfil Biofisico fetal
 Pielografía Ascendente
 Pielografía Endovenosa o Riñón contrastado
 Prueba Supraliminar
 Queratometría
 Rectosigmoidoscopia
 Refracción computarizada
 Resonancia Nuclear Magnética-RMN (2 G.F/año):
 exclusivamente en La Costa y Santa Julia
 RMN de Cráneo
 RMN de Rodilla
 RMN de Columna Cervical
 RMN de Columna Dorsal
 RMN de Columna Lumbar
 RMN de Abdomen Superior
 RMN de Abdomen Inferior
 RMN de Hombro
 RMN de Cadera
 RMN de Pelvis
 RMN de Tobillo
 RMN de ATM
 RMN de Codo
 RMN de Brazo
 RMN de Encéfalo
 RMN de Cara

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

Procedimientos terapéuticos de Gastroenterología: Cobertura total

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

**ANEXO IV: ECOGRAFIAS SIMPLES Y CON DOPPLER
 Cobertura Total**

Ecografía Abdominal
 Ecografía de Bazo
 Ecografía de Caderas
 Ecografía de Cráneo-Encéfalo
 Ecografía de Hígado, Vías Biliares y Vesícula
 Ecografía de Mamas
 Ecografía de Miembros

Ecografía de Partes Blandas
 Ecografía de Pelvis
 Ecografía de Píloro
 Ecografía de Tiroides
 Ecografía de Tórax
 Ecografía Ginecológica
 Ecografía Intracavitaria c/ residuo

Ecografía Intra-operatoria
Ecografía Morfológica
Ecografía Morfológica (marcadores cromosómicos)
Ecografía músculo-tendinosa
Ecografía Obstétrica
Ecografía Ocular
Ecografía Osteoarticular
Ecografía Pancreática

Ecografía Pediátrica
Ecografía Prostática
Ecografía Prostática Intracavitaria
Ecografía Renal
Ecografía Testicular
Ecografía Transvaginal
Ecografía Vesical
Monitoreo Ovulatorio

ANEXO V: FISIOTERAPIA AMBULATORIA TRAUMÁTICA
Cobertura Total

Fomentaciones
Infrarrojo
Ondas cortas

Tracción cervical
Ultrasonido