

BENEFICIOS DE COBERTURA VIP NACIONAL

SERVICIOS CUBIERTOS EN EL SISTEMA PRE-PAGO

1- Consultas en las siguientes especialidades:

- 1.1- Clínica y Cirugía General
- 1.2- Clínica y Cirugía Pediátrica
- 1.3- Clínica y Cirugía Obstétrica – Ginecológica
- 1.4- Clínica y Cirugía Traumatológica
- 1.5- Clínica y Cirugía Urológica
- 1.6- Clínica y Cirugía Gastroenterológica
- 1.7- Clínica y Cirugía Otorrinolaringológica
- 1.8- Clínica Cardiológica
- 1.9- Clínica Médica
- 1.10- Clínica Alergiológica
- 1.11- Clínica Oftalmológica
- 1.12- Clínica Dermatológica
- 1.13- Clínica Endocrinológica
- 1.14- Clínica Neurológica
- 1.15- Clínica Proctológica
- 1.16- Clínica Odontológica
- 1.17- Clínica Flebología
- 1.18- Clínica Geriátrica
- 1.19- Clínica Diabetología
- 1.20- Clínica Infectológica
- 1.21- Clínica Neumología
- 1.22- Clínica Psiquiátrica (2 consultas/benef/mes)
- 1.23- Cirujano Plástico (1 consulta/benef/mes)
- 1.24- Clínica Psicológica (1 consulta/benef/mes)
- 1.25- Clínica Nutrición (2 consultas/benef/mes)

OBSERVACION: Consultas sin límites. A excepción de los ítems 22, 23, 24 y 25.

2- Análisis Clínicos Laboratoriales Simples:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 2.1- Colesterol Total | 2.10- Hemograma |
| 2.2- Glicemia | 2.11- Leucograma |
| 2.3- Urea | 2.12- Rto. de Plaqueta |
| 2.4- Leucositos fecales | 2.13- Rto. DeReticulocitos |
| 2.5- Heces parasitológico | 2.14- Orina Rutina |
| 2.6- Eritrosedimentación | 2.15- Creatinina |
| 2.7- Tipificación sanguínea | 2.16- Triglicéridos |
| 2.8- Hematocrito | 2.17- Ácido úrico |
| 2.9- Hemoglobina | |

OBSERVACIÓN: Cada beneficiarios tendrá derecho a cobertura sin límites por año de cada uno de los análisis citados en este punto, contados de acuerdo a la fecha de inclusión.

3- Análisis Clínicos Laboratoriales Especializados:

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 3.1- 17 Hidrocorticosteroides | 3.52- Bilirrubina Indirecta |
| 3.2- Ácido Fólico | 3.53- Bilirrubina Total |
| 3.3- Ácido Láctico | 3.54- Bilis, cultivo y ATB |
| 3.4- Acido Valproico | 3.55- C.E.A. |
| 3.5- ACTH | 3.56- C3 |
| 3.6- Aglutininas Anti A | 3.57- C4 |
| 3.7- Aglutininas Anti B | 3.58- CA 125 |
| 3.8- Albúmina | 3.59- CA 15.3 |
| 3.9- Aldolasa | 3.60- CA 19.9 |
| 3.10- Aldosterona | 3.61- Calcio |
| 3.11- Alfa 1 antitripsina | 3.62- Calcio (o) |
| 3.12- Alfafetoproteína | 3.63- Calcio Iónico |
| 3.13- Amilasa | 3.64- Calcitonina |
| 3.14- Amilasa (o) | 3.65- Cálculo Urinario |
| 3.15- Amonio | 3.66- Campylobacter, cultivo y ATB |
| 3.16- ANA (Antic. Antinucleares) | 3.67- Carbamazepina |
| 3.17- Androstenediona | 3.68- Células L.E. |
| 3.18- Anfetaminas | 3.69- Cetonemia |
| 3.19- Ant. AnticitomegalovirusIgG | 3.70- Cetonuria |
| 3.20- Ant. AnticitomegalovirusIgM | 3.71- CH 50 |
| 3.21- Anti Core IgG HBC – ac | 3.72- Chagas Ac IgM |
| 3.22- Anti Core IgM HBC – ac | 3.73- Chagas-Ac IgG |
| 3.23- Anti LA | 3.74- Chlamydias Ac |
| 3.24- Anti RO | 3.75- Chlamydiasorina |
| 3.25- Anti SM | 3.76- Chlamydiassec conjuntival |
| 3.26- Anti Trypanosoma IgG | 3.77- Chlamydiassec genital |
| 3.27- Anti Trypanosoma IgM | 3.78- Cim p/ Cefoperazona |
| 3.28- Antic. Anti DNA | 3.79- Cim p/Aminoglicidol |
| 3.29- Antic. Anti HIV | 3.80- Cim p/Carbenicilina |
| 3.30- Antic. Anti Rubeola IgG | 3.81- Cim p/Ciporfloxacin |
| 3.31- Antic. AntiRubeolalGM | 3.82- Cim p/Colestina |
| 3.32- Antic. Antigliadina | 3.83- Cim p/Imipenem |
| 3.33- Antic. Antimicrosomales | 3.84- Cim p/Kanamicina |
| 3.34- Antic. Antimitocondriales | 3.85- Cim p/Mezlocilina |
| 3.35- Antic. Antimúsculo liso | 3.86- Cim p/Piperacilina |
| 3.36- Antic. Antitiroglobulinas | 3.87- Cim p/Ticarlicina |
| 3.37- Antic. Antitiroideos | 3.88- Cim p/Tobramicina |
| 3.38- AnticardiolipinalGM | 3.89- CPK – MB |
| 3.39- AnticardiolipinalG | 3.90- CPK Total |
| 3.40- Antitriponema pallidum (Lúes) | 3.91- Clearance de Creatinina |
| 3.41- Antíg. CarcinoEmbrionario CEA | 3.92- Clearance de Urea |
| 3.42- Antígenos Febriles | 3.93- Cloro |
| 3.43- Artritest (FactorReumatoideo) | 3.94- Cloruros |
| 3.44- Asto | 3.95- Cloruros L.C.R. |
| 3.45- AzúcaresReductores | 3.96- CMV IgG |
| 3.46- Azul de metileno | 3.97- CMV IgM |
| 3.47- Barbitúricos | 3.98- Coagulograma |
| 3.48- B.H.C.G cualitativo | 3.99- Cobre |
| 3.49- B.H.C.G cuantitativo | 3.100- Colinesterasa |
| 3.50- Bicarbonato actual | 3.101- Coloracióncon Tinta China |
| 3.51- Bilirrubina Directa | 3.102- Coloración de Giemsa |
| | 3.103- Coloración de Gram |

- 3.104- Coloración de Ziehl-Neelsen
- 3.105- Coombs indirecto cuantitativo
- 3.106- Coombs Directo
- 3.107- Coombs Indirecto
- 3.108- Coprocultivo
- 3.109- Coprofuncional
- 3.110- Coproporfirinas
- 3.111- Cortisol
- 3.112- Cortisol AM
- 3.113- Cortisol PM
- 3.114- Cortisol Urinario
- 3.115- Crioaglutininas
- 3.116- Crioglobulinas
- 3.117- Criptococcus
- 3.118- Cuerpos Cetónicos
- 3.119- Cultivo y antibiograma gral.
- 3.120- Cultivo de punta de catéter
- 3.121- Cultivo p/ Gérmenes Comunes
- 3.122- Cultivo para Aerobiosis
- 3.123- Cultivo para Anaerobiosis
- 3.124- Cultivo para BAAR
- 3.125- Cultivo para Campylobacter
- 3.126- Cultivo para Hongos
- 3.127- Cultivo para Hongos de biopsia
- 3.128- Curva de Glicemia (embarazo)
- 3.129- Curva de Glicemia 2 horas
- 3.130- Curva de Glicemia 3 horas
- 3.131- Curva de Glicemia 4 horas
- 3.132- Dehidrostestosterona
- 3.133- Detección de cristales
- 3.134- DHEA sulfato (DHEA-SO4)
- 3.135- Digoxina
- 3.136- EBV-VCA IgG
- 3.137- EBV-VCA IgM
- 3.138- Electroforesis de Hemoglobina
- 3.139- Electroforesis de Lipoproteínas
- 3.140- Electroforesis de Proteínas
- 3.141- Electroforesis de Proteínas LCR
- 3.142- Electrolitos (NA, CL, K)
- 3.143- Electrolitos (o)
- 3.144- Enzimas Cardíacas
- 3.145- Esperma, Cultivo y ATB
- 3.146- Espermograma
- 3.147- Espudo, coloración de Ziehl
- 3.148- Espudo, Cultivo p/ Gérmenes Comunes
- 3.149- Espudo, Cultivo p/Eosinófilos-Mastocitos
- 3.150- Espudo, Cultivo para BAAR
- 3.151- Espudo, Cultivo y ATB
- 3.152- Espudo, frotis
- 3.153- Estradiol
- 3.154- Estrógeno
- 3.155- Estudio capilar invest. Hongos
- 3.156- Éteres
- 3.157- Examen en Fresco
- 3.159- Fibrinógenos
- 3.160- Fosfatasa Ácida Total
- 3.161- Fosfatasa Alcalina
- 3.162- Fosfolípidos
- 3.163- Fósforo
- 3.164- Fósforo (o)
- 3.165- Frotis de sangre periférica
- 3.166- Fructosamina
- 3.167- FSH
- 3.168- FT3 (T3 Libre)
- 3.169- FT4 (T4 libre)
- 3.170- FTA-ABS en L.C.R.
- 3.171- FTA-ABS IgG
- 3.172- FTA-ABS IgM
- 3.173- FTI
- 3.174- G.O.T.
- 3.175- G.P.T.
- 3.176- Gamma GT
- 3.177- Gases Arteriales
- 3.178- Gasometría Venosa
- 3.179- Glicemia Pre y Post – Prandial
- 3.180- Gravindex
- 3.181- Gorduras fecales
- 3.182- Globulina
- 3.183- Guayaco
- 3.184- HAV IgG
- 3.185- HAV IgM
- 3.186- HBA 1 C (Hemoglobina Glicosilada)
- 3.187- H.C.G 1500 gravindex
- 3.188- HBE – Ac
- 3.189- HBS – Ac
- 3.190- HBS – Ag (Antígeno de Superficie)
- 3.191- HCV – Hepatitis C
- 3.192- HCG cualitativo
- 3.193- HCG cuantitativo
- 3.194- HDL Colesterol
- 3.195- Heces Benedict
- 3.196- Heces Frotis
- 3.197- Heces, Ex. Parasitología Seriado
- 3.198- Heces, Flora Microbiana
- 3.199- Heces, Hongos
- 3.200- Heces, Microscopía Funcional
- 3.201- Heces Sangre oculta
- 3.202- Heces PH
- 3.203- Helicobacter Pylori
- 3.204- Hemocultivo en Aerobiosis
- 3.205- Hemocultivo en Anaerobiosis
- 3.206- Hemoparásitos (gota gruesa)
- 3.207- Hemoparásitos, observ. Directa
- 3.208- Hepatitis C
- 3.209- Herpes – Ac
- 3.210- Herpes en Sec. Genital

- 3.211- HEV – Ac
- 3.212- Hidatidosis
- 3.213- Hierro % saturación
- 3.214- Hierro Sérico
- 3.215- HIV
- 3.216- Hongos, Cultivo e Identificación
- 3.217- Hongos, Examen en Fresco
- 3.218- Identificación de Parásitos
- 3.219- IGA (Inmunoglobulina A)
- 3.220- IGA Secretoria
- 3.221- IGD (Inmunoglobulina D)
- 3.222- IGE Total
- 3.223- IGG (Inmunoglobulina G)
- 3.224- IGM (Inmunoglobulina M)
- 3.225- Inmunoglobulina
- 3.226- Inmunoglobulina en LCR
- 3.227- L.C.R., Citoquímico
- 3.228- L.C.R., Cultivo para BAAR
- 3.229- L.C.R., Cultivo para Hongos
- 3.230- L.C.R., Cultivo y ATB
- 3.231- Látex en líquido pleural
- 3.232- Látex en Líquidos biológicos
- 3.233- Látex en orina
- 3.234- Látex p/aspergillus antígeno
- 3.235- Látex p/cándida antígeno
- 3.236- Látex p/cryptococcusantíg.
- 3.237- Látex p/streptococcus Grupo A
- 3.238- Látex p/streptococcus Grupo B
- 3.239- Lavado Broncoalveolar cultivo
- 3.240- Lavado Broncoalveolar p/BAAR
- 3.241- Lavado Broncoalveolar p/Hongos
- 3.242- Lavado Gástrico Parásitos
- 3.243- LDH
- 3.244- LDL Colesterol
- 3.245- LegionellaPneumófila
- 3.246- Lesión de Piel, Cult. p/Hongos
- 3.247- Lesión de Piel, Hongos ex direc.
- 3.248- Lesión de uñas, cultivo p/hongos
- 3.249- Lesión Genital, Campo obscuro
- 3.250- Lesión Genital, Col. de Fontana
- 3.251- Lesión Genital, Colorac de Gram
- 3.252- Levaduras fecales
- 3.253- LH
- 3.254- Linfa Cutánea, color. De Ziehl
- 3.255- Lipasa
- 3.256- Lípidos Totales
- 3.257- Líquido (otros), Citoquímico
- 3.258- Líquido Amniótico, Cult. y ATB
- 3.259- Líquido Articular, Citoquímico
- 3.260- Líquido Articular, Cristales
- 3.261- Líquido Articular, Cultivo y ATB
- 3.262- Líquido Ascítico, Anaerobios.
- 3.263- Líquido Ascítico, Cult.p/hongos
- 3.264- Líquido Ascítico, Cultivo y ATB
- 3.265- Líquido Duodenal
- 3.266- Líquido Gástrico, Cultivo y ATB
- 3.267- Líquido Gastroduodenal, Parásitos
- 3.268- Líquido Peritoneal, cultivo y ATB
- 3.269- Líquido Pleural, Citoquímico Líquido pleural, Cultivo y ATB
- 3.270- Líquido Pleural, Hongos
- 3.271- Litio
- 3.272- Magnesio
- 3.273- Magnesio (o)
- 3.274- MagnesioEritrocitario
- 3.275- Microalbuminuria
- 3.276- Monotest
- 3.277- Mucoproteínas
- 3.278- Mycoplasma, cultivo e identif.
- 3.279- NTX / Pylilinks
- 3.280- Orina Benedict
- 3.281- Orinadensidad
- 3.282- Orina, cultivo
- 3.283- Osmolaridad
- 3.284- Oxiurus
- 3.285- P.C.R. (Proteína C reactiva)
- 3.286- P.C.R. Cuantitativa
- 3.287- P.D.F.
- 3.288- P.P.D.
- 3.289- PAF (Fosfatasa Acida prostática)
- 3.290- PAS- Antíg. Prostático Específico 3.291- Péptido C
- 3.292- Perfil de Coagulación
- 3.293- Perfil Hepático- Hepatograma
- 3.294- Perfil Lipídico – Lipidograma
- 3.295- PH
- 3.296- Plaquetas
- 3.297- Plasma Seminal, Bioquímica
- 3.298- PneumocystisCamini
- 3.299- Potasio
- 3.300- Potasio (o)
- 3.301- Progesterona
- 3.302- Prolactina
- 3.303- Proteínas de Bence Jones
- 3.304 Proteínas Totales
- 3.305- Proteinuria 24 hs
- 3.306- Proteínas Totales A/G
- 3.307- Protoporfirinas
- 3.308- Prueba de Lazo
- 3.309- Prueba cruzada
- 3.310- Prueba de Tolerancia a la lactosa
- 3.311- PTH
- 3.312- Raspado de lengua, Hongos
- 3.313- Rast
- 3.314- Reacción de Hudleson

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 3.315- Reacción de Paul Bunnel | 3.347- T.T.P.A |
| 3.316- Reacción de Waaler Rose | 3.348- T3 |
| 3.317- Reacción de Widal | 3.349- T4 |
| 3.318- Recuento de Addis | 3.350- Test de O' Sullivan |
| 3.319- Recuento de Hamburguer | 3.351- Test del Picito Básico |
| 3.320- Retracción del Coágulo | 3.352- Testosterona libre |
| 3.321- Rotavirus | 3.353- Testosterona total |
| 3.322- Sangre Oculta o Guayaco | 3.354- Tiempo de Coagulación |
| 3.323- Secreción Bucal, Cultivo | 3.355- Tiempo de Protrombina (TP) |
| 3.324- Secreción Conjuntival, Cult. y ATB | 3.356- Tiempo de Recalcificación |
| 3.325- Secrec. Endocervical, Cult. y ATB | 3.357- Tiempo de Sangría |
| 3.326- Secreción Faringea, Cult. y ATB | 3.358- Time Test |
| 3.327- Secreción Faringea, Frotis | 3.359- Tiroglobulina |
| 3.328- Secreción Nasal, Citología | 3.360- Toxina A p/ClostridiumDiffic. |
| 3.329- Secreción Nasal, Cultivo y ATB | 3.361- Toxoplasmosis IgG |
| 3.330- Secreción Óptica, Cultivo y ATB | 3.362- Toxoplasmosis IgM |
| 3.331- Secreción Prostática, Frotis | 3.363- Transferrina |
| 3.332- Secreción Purulenta, Cul. y ATB | 3.364- Troponina I |
| 3.333- Secreción Traqueal, Cult. Y ATB | 3.365- Troponina T |
| 3.334- Secreción Uretral, Cultivo y ATB | 3.366- TSH |
| 3.335- Secreción Uretral, Frotis | 3.367- Ulcera genital, Cultivo y ATB |
| 3.336- Secreción vaginal, Cult. Y ATB | 3.368- Ureaplasma |
| 3.337- Secreción Vaginal, Fresco y Gram | 3.369- Urobilina |
| 3.338- Secreción Vaginal, Frotis | 3.370- Urobilinógeno |
| 3.339- Secreción Vaginal, PH | 3.371- Vancomicina |
| 3.340- Secrec. Vulvo vaginal, Cult. y ATB | 3.372- VDRL Cualitativo |
| 3.341- Sodio | 3.373- VDRL Cuantitativo |
| 3.342- Sodio (o) | 3.374- VDRL en L.C.R. |
| 3.343- Streptococcus Grupo A | 3.375- Virocitos |
| 3.344- Streptococcus Grupo B | 3.376- Vitamina B12 |
| 3.345- Streptozima | 3.377- VLDL Colesterol |
| 3.346- Sustancias Reductoras | 3.378- Yersenia cultivo |
- OBSERVACIÓN: Cada beneficiario tendrá derecho a cobertura sin límites por año de cada uno de los análisis citados en este punto, contados de acuerdo a la fecha de inclusión.

4- Estudios Radiológicos Simples: Todas las posiciones

- | | |
|----------------------------|-----------------|
| 4.1- Abdomen simple | 4.18- Costilla |
| 4.2- Adenoides | 4.19- Cráneo |
| 4.3- Antebrazo | 4.20- Dedo |
| 4.4- Apéndice | 4.21- Embarazo |
| 4.5- Árbol Urinario simple | 4.22- Esternón |
| 4.6- Articulaciones | 4.23- Fémur |
| 4.7- Brazo | 4.24- Hombro |
| 4.8- Cadera | 4.25- Húmero |
| 4.9- Cara | 4.26- Mano |
| 4.10- Cavum | 4.27- Mastoides |
| 4.11- Calcáneo | 4.28- Maxilar |
| 4.12- Clavícula | 4.29- Muñeca |
| 4.13- Codo | 4.30- Muslo |
| 4.14- Columna Cervical | 4.31- Oído |
| 4.15- Columna Dorsal | 4.32- Omoplato |
| 4.16- Columna Lumbar | 4.33- Orbita |
| 4.17- Columna Panorámica | |

- 4.34- Pelvis
- 4.35- Pie
- 4.36- Pierna
- 4.37- Rodilla
- 4.38- Sacro-coxis
- 4.39- Sacroiliacas
- 4.40- Senos faciales

- 4.41- Tobillo
- 4.42- Tórax
- 4.43- Vesícula simple
- 4.44- Control radiológico maniobras Traumatológicas
- 4.45- Scopía arco en C
- 4.46- Scopía con TV

OBSERVACIÓN: Cada beneficiario tendrá derecho a cobertura sin límites por año de cada uno de los estudios radiográficos citados en este punto, contados de acuerdo a la fecha de inclusión.

5- Estudios Radiológicos Especializadas:

- 5.1- Broncoscopia
- 5.2- Broncografía
- 5.3- Cavum Contrastado
- 5.4- Centellografía de tiroides
- 5.5- Centellografía ósea
- 5.6- Cistografía
- 5.7- Colangiografía Endovenosa
- 5.8- Colangiografía Operatoria
- 5.9- Colangiografía Post-operatoria
- 5.10- Colangiografía Retrógrada simple
- 5.11- Colangiografía retrógrada con papilotomía
- 5.12- Colecistografía Oral
- 5.13- Colon Contrastado
- 5.14- Colon Doble Contraste
- 5.15- Colon por enema opaco
- 5.16- Colon por Ingestión
- 5.17- Densitometría Ósea
- 5.18- Esófago, Estómago y Duodeno
- 5.19- Espinografía
- 5.20- Fistulografía
- 5.21- Flebografía
- 5.22- Galactografía c/lado
- 5.23- Galactografía bilateral con marcado (inc. Mamografía)

- 5.24- Histerosalpingografía
- 5.25- Intestino Delgado
- 5.26- Laringografía contrastada
- 5.27- Linfografía 2 lados
- 5.28- Mamografía bilateral
- 5.29- Mama (pieza operatoria) por placa
- 5.30- Mama (reparage p/biopsia) por placa
- 5.31- Mielografía s/contrastes, ni especialista
- 5.32- Ortopantomografía
- 5.33- Pielografía ascendente
- 5.34- Pielografía Endovenosa o Riñón contrastado
- 5.35- Resonancia Nuclear Magnética (2 servicios por beneficiario/año, cobertura a los 60 días)
- 5.36- Senos faciales contrastados
- 5.37- Sialografía Bilateral
- 5.38- T.A.C. (Tomografía Axial Computarizada): 3 servicios por beneficiario/año
- 5.39- T.A.C. Helicoidal – Multislice (2 servicio por beneficiario/año)
- 5.40- T.A.C. para punción (2 servicio por beneficiario/año)
- 5.41- Tránsito intestinal o intestino delgado
- 5.42- Uretrocistografía
- 5.43- Urograma de Excreción

OBSERVACIÓN: Cada beneficiario tendrá derecho a cobertura sin límites por año de cada uno de los estudios radiográficos citados en este punto, a excepción de los ítems 5.35, 5.38, 5.39 y 5.40, contados de acuerdo a la fecha de inclusión.

6- Estudio para diagnósticos simples:

- 6.1- Audiometría
- 6.2- Citoscopia
- 6.3- Colposcopia
- 6.4- Electrocardiograma
- 6.5- Fondo de ojos
- 6.6- Impedanciometría

- 6.7- Laringoscopia
- 6.8- Logoaudiometría
- 6.9- Papanicolau
- 6.10- Retinoscopia
- 6.11- Tonometría
- 6.12- Timpanometría

OBSERVACIÓN: Cada beneficiario tendrá derecho a coberturas sin límites por año de cada uno de los estudios citados en este punto.

7- Otros servicios:

- 7.1- Cirugía menor (sutura de urgencia, drenaje de acceso)
- 7.2- Enyesado de urgencia (reducción incruenta y enyesado, no quirúrgico)
- 7.3- Enema evacuador
- 7.4- Curaciones planas
- 7.5- Nebulizaciones
- 7.6- Aplicación de inyectables
- 7.7- Toma de presión arterial
- 7.8- Lavado de oído
- 7.9- Taponamiento nasal.

OBSERVACIÓN: Cobertura de servicios sin límites anuales de cada uno de los servicios citados en este punto.

8- Estudios para diagnósticos y tratamientos especializados:

- | | |
|--|---|
| 8.1- Electro coagulación de cuello uterino | 8.15- Perfil Biofísico fetal |
| 8.2- Crioterapias | 8.16- Punción biopsia y/o evacuadora |
| 8.3- Biopsias | 8.17- Uretrocistoscopia |
| 8.4- Punción raquídea | 8.18- Rinomanometría simple |
| 8.5- Cauterización de varices nasales | 8.19- Doppler vascular periférico |
| 8.6- Campo Visual | 8.20- MAPA |
| 8.7- Curva Tensional | 8.21- Monitoreo ovulatorio |
| 8.8- Ecobiometría | 8.22- Paquimetría |
| 8.9- Ecocardiograma c/Doppler | 8.23- Fisioterapia hasta 30 sesiones por beneficiario/año |
| 8.10- Electroencefalograma complejo | |
| 8.11- Ergometría | |
| 8.12- Espirometría | |
| 8.13- Holter 24 horas | |
| 8.14- Monitoreo Fetal | |

OBSERVACIÓN: Cada beneficiario tendrá derecho a cobertura sin límites por año de cada uno de los estudios citados en este punto, a excepción el ítem 23, contados de acuerdo a la fecha de inclusión.

9- Estudios ecográficos:

- | | |
|--|---|
| 9.1- Ecografía Ginecológica (pélvica) | 9.17- Ecografía Articular |
| 9.2- Ecografía Obstétrica | 9.18- Ecografía de partes blandas |
| 9.3- Ecografía de Mamas | 9.19- Ecografía de pelvis |
| 9.4- Ecografía Prostática Suprapúbica | 9.20- Ecografía cráneo-encefálica |
| 9.5- Ecografía de Tórax | 9.21- Ecografía de píloro |
| 9.6- Ecografía Testicular | 9.22- Ecografía intracavitaria c/ residuo |
| 9.7- Ecografía de Tiroides | 9.23- Ecografía intra-operatoria |
| 9.8 - Ecografía Abdomen Superior (Hígado, Vías Biliares, Vesícula, Páncreas, bazo) | 9.24- Ecografía morfológicas (marcadores microsomales) (2 servicios por beneficiario/año) |
| 9.9- Ecografía Transvaginal | 9.25- Ecodoppler Fetal (2 servicios por beneficiario/año) |
| 9.10- Ecografía de Abdomen Total | 9.26- Ecodoppler aorta abdominal (2 servicios por beneficiario/año) |
| 9.11- Ecografía de Aparato Urinario | 9.27- Ecodoppler arterial de miembro unilateral (2 servicios por beneficiario/año) |
| 9.12- Ecografía de Hipocondrio Derecho | 9.28- Ecodoppler carotideo unilateral (2 servicios por beneficiario/año) |
| 9.13- Ecografía de Órganos y Estructuras Superficiales | 9.29- Ecodoppler venoso unilateral (2 servicios por beneficiario/año) |
| 9.14- Ecografía de Próstata Transrectal | |
| 9.15- Ecografía de Retroperitoneo (Grandes Bazos Suprarrenales) | |
| 9.16- Ecografía Muscular | |

OBSERVACIÓN: Cada beneficiario tendrá derecho a cobertura sin límites por año de cada uno de los estudios ecográficos citados en este punto, excepto los ítems 24, 25, 26, 27, 28 y 29 contados de acuerdo a la fecha de inclusión.

10- Otros estudios:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 10.1- Anatomía Patológica, biopsias simples | 10.14- Gonioscopia |
| 10.2- Anoscopia | 10.15- Laringofibroscofia |
| 10.3- Angiografía (1servicio/beneficiario/año) | 10.16- Prueba supraliminar |
| 10.4- Arteriografía(1servicio/beneficiario/año) | 10.17- Prueba de proetz |
| 10.5- Broncofibroscofia | 10.18- Penoscopia |
| 10.6- Colonoscopia | 10.19- Queratometría |
| 10.7- Cidopejja | 10.20- Refracción computarizada |
| 10.8- Criocauterizaciones | 10.21- Rectosigmoideoscopia rígida |
| 10.9- Endoscopia digestiva | 10.22- Rectosigmoideoscopia flexible |
| 10.10- Endoscopia nasal | 10.23- Rinofibrolaringoscopia |
| 10.11- Estudio de retina periférica | 10.24- Saco lagrimal |
| 10.12- Examen funcional laberíntico | 10.25- Test ortóptico |
| 10.13- Fibronasolaringscopia | |

OBSERVACIÓN: Cada beneficiario tendrá derecho a cobertura sin límites por año de cada uno de los estudios citados en este punto, a excepción de los ítems 3 y 4, contados de acuerdo a la fecha de inclusión.

11- Uso Instrumental en los siguientes servicios:

- 11.1- Artroscopia
- 11.2- Ureterolitotomía endoscópica
- 11.3- Ureterolitotripsia
- 11.4- Rescisión endoscópica de próstata (R.T.U)
- 11.5- Endoscopia en procedimientos gastroenterológicos
- 11.6- Endoscopia para colonoscopia
- 11.7- Rinofibrolaringoscopia
- 11.8- Cirugía vídeo Laparoscópica
- 11.9- Colangiografía endoscópica

OBSERVACIÓN: Los beneficiarios tendrán derecho a un máximo de 01 (una) cobertura sin cargo por año de cada uno de los estudios citados en este punto, contados de acuerdo a la fecha de inclusión.

12- Internaciones Sanatoriales:

En casos clínicos y/o quirúrgicos cubiertos por SERMED. Hasta 45(cuarenta y cinco) días al año, según indicación del médico tratante, habilitado por la CONTRATADA, en sanatorios e instituciones habilitados por la CONTRATADA a libre elección del beneficiario.

12.1- Cobertura Sanatorial como sigue:

- 12.1.1- Sala privada con aire acondicionado, calefacción, baño privado y cama articulada
- 12.1.2- Servicio de enfermería
- 12.1.3- Alimentación vía oral Prescrita por el médico
- 12.1.4- Derecho de sala quirúrgica
- 12.1.5- Asistencia médica (profesionales habilitados por SERMED)
- 12.1.6- Atención a Recién Nacido sano hasta 10(diez) días
- 12.1.7- Incubadora hasta 10(diez) días
- 12.1.8- Luminoterapia hasta 10(diez) días
- 12.1.9- Atención a Recién Nacido patológico hasta 10 (diez) días, excepto la enfermedad y mal formación congénita
- 12.1.10- Carpa de oxígeno para el recién nacido hasta 10(diez) días.
- 12.1.11- Transfusionista (honorarios médicos) hasta 15 (quince) sesiones.

Observación: Si el médico tratante no está habilitado por SERMED, el beneficiario no tendrá cobertura de los honorarios del mismo, teniendo derecho únicamente a la cobertura sanatorial correspondiente.

13- Cobertura de medicamentos y descartables como sigue:

Cirugía menor hasta	Gs. 200.000 (doscientos mil guaraníes)
Enyesado de urgencia hasta	Gs. 200.000 (doscientos mil guaraníes)
Internaciones clínicas hasta	Gs. 1.000.000 (un millón guaraníes)
Internaciones quirúrgicas hasta	Gs. 1.500.000 (un millón quinientos mil)
Parto Normal, sin complicaciones	Gs. 1.500.000 (un millón quinientos mil)
Cesárea, sin complicaciones	Gs. 1.500.000 (un millón quinientos mil)
Urgencias Clínicas hasta	Gs. 500.000 (quinientos mil guaraníes).

OBSERVACIÓN: Los montos de medicamentos están destinados a los materiales utilizados en los centros asistenciales por evento, no así a las recetas prescritas por los médicos en consultorios y los medicamentos recetados al momento del alta.

14- Servicios de ambulancia:

Traslado del beneficiario en casos de urgencias y en la siguiente modalidad:

14.1- Del Centro Asistencial a Instituciones de Diagnósticos y/o viceversa

14.2- Traslado del lugar del accidente a los centros asistenciales habilitados por la CONTRATADA.

OBSERVACIÓN: Cobertura en las siguientes ciudades: Ciudad del Este, Hernandarias, Presidente Franco, Santa Rita y Minga Guazú. Las ciudades no citadas gozarán de un arancel preferencial.

15- Cobertura de Accidente de Tránsito:

15.1- Cirugías de urgencia (neurológicas, oftalmológicas, maxilofacial y otras)

15.2- Honorarios Médicos (profesionales habilitados por la CONTRATADA)

15.3- Derecho a Sala de Operación

15.4- Tomografía Computarizada hasta 3 (tres) servicios durante el tratamiento del accidentado

15.5- Alimentación vía oral prescrita por el médico

15.6- Servicio de Enfermería

15.7- Medicamentos y descartables hasta Gs.1.500.000 (un millón quinientos mil guaraníes)

16- Cobertura de Unidad de Terapia Intensiva. UTI (Adulto – Infantil):

16.1- Internación en UTI hasta 20 (veinte) días por año por beneficiario, contados a partir de la fecha de ingreso de cada beneficiario en lugares y servicios habilitados por la CONTRATADA

16.2- Atención de enfermería

16.3- Médico de guardia de UTI

16.4- Equipos propios de la unidad

16.5- Alimentación vía oral prescrita por el médico tratante

16.6- Honorarios del terapeuta

16.7- Honorarios del médico habilitado por la CONTRATADA.

16.8- Tomografía computarizada 3 (tres) durante la estadía en UTI

16.9- Estudios radiológicos y análisis laboratoriales según cobertura del contrato

16.10- Medicamentos y descartables hasta Gs. 2.000.000 (dos millones de guaraníes)

16.11- Traslado del beneficiario del sanatorio a la unidad y/o viceversa

16.12- Internación en sala normal según contrato.

OBSERVACION: La contratada no se hará responsable por los gastos en que incurriera la contratante, por los servicios realizados por otra UTI no habilitados por la contratada. El servicio de UTI queda excluido a los beneficiarios derivados por procedimientos no cubiertos en este contrato.

17- Servicios odontológicos:

- 17.1-Consultas.
- 17.2-Exámenes periódicos de la cavidad bucal.
- 17.3-Tratamiento y obturación de caries de 1er. 2do. y 3er. grado
- 17.4-Extracción de dientes temporarios y permanentes
- 17.5-Curaciones.
- 17.6-Extracción de restos radiculares en dientes de erupción normal.
- 17.7-Tratamiento de complicaciones de endodoncia (hemorragia, infecciones, dolores).

- 17.8-Aplicación de flúor
- 17.9-Extracción del tercer molar.
- 17.10-Limpieza de la cavidad bucal
- 17.11-Apertura de abscesos y flemones.
- 17.12-Luz Halógena o heliocit/RRF
- 17.13-Tratamiento de conducto en dientes anteriores.
- 17.14-Profilaxis bucal
- 17.15-Radiología dentaria (no panorámico)
- 17.16-Sellado

OBSERVACION: 24 (veinticuatro) servicios al año por beneficiario, no acumulativos, (contados de acuerdo a la fecha de inclusión).

DE LA VIGENCIA DE LOS SERVICIOS

La utilización de los servicios contemplados en este contrato obedecerá a las siguientes vigencias, contados a partir de la fecha de ingreso del beneficiario

18- Vigencia a las 48 horas:

- 18.1-Consultas
- 18.2-Urgencias
- 18.3-Análisis laboratoriales simples
- 18.4-Estudios Radiológicos simples
- 18.5-Estudios para diagnóstico simples
- 18.6- Cirugía menor
- 18.7- Otros servicios
- 18.8-Servicio de ambulancia
- 18.9-Servicios por costo operacional
- 18.10-Internaciones Clínicas
- 18.11-Análisis laboratoriales especializados
- 18.12-Estudios radiológicos especializados
- 18.13-Estudios ecográficos
- 18.14-Estudios para diagnósticos y tratamientos especializados
- 18.15-Otros estudios
- 18.16- Cirugía media
- 18.17- Anatomía patológica
- 18.18- Honorarios del transfusionista
- 18.19- Cirugía mayor
- 18.20- Uso instrumental
- 18.21- Servicios odontológicos.

19- Vigencia a los 60 días:

- 19.1- Cobertura de accidente de tránsito
- 19.2- UTI
- 19.3- Resonancia Magnética
- 19.4- Servicios odontológicos.

20- Vigencia a los 180 días:

- 20.1-Parto normal o cesárea (beneficiaria categoría 00 - 01 - 03)
- 20.2-Atención al recién nacido
- 20.3- Servicio de sepelio.

21- COSTO DE LOS BENEFICIOS POR GRUPO FAMILIAR.

21.1- Titular y su cónyuge o en su defecto 1 (un) hijo menor de 20 (veinte) años en Gs. 632.500 (seiscientos treinta y dos mil quinientos guaraníes) IVA incluido.

21.2- Titular, su cónyuge y sus hijos menores de 20 (veinte) años en Gs 748.000 (Setecientos cuarenta y ocho mil guaraníes) IVA incluido.

21.3- Titular soltero sin hijos con sus padres menores de 65 años o en su defecto con dos hermanos solteros y menores de 18 (dieciocho) años Gs 748.000 (Setecientos cuarenta y ocho mil guaraníes) IVA incluido.

21.4- Titular soltero sin dependientes Gs. 462.000 (cuatrocientos sesenta y dos mil guaraníes) IVA incluido.

21.5- Por cada ADHERENTE hijo cumplido 20 años, menores de 18 años que estén bajo tutela del titular, sobrinos, nietos, padres o suegros menores de 65 años Gs. 231.000 (doscientos treinta y un mil guaraníes) cada uno IVA incluido.

21.6- Por los padres o suegros cumplido 65 años, Gs. 402.500 (cuatrocientos dos mil quinientos guaraníes) cada uno IVA incluido.

21.7- El costo de cada carnet es de Gs. 11.000 (once mil guaraníes) IVA incluido.

ANEXO I

Acceso a la inclusión de 48 horas

Clausula I: Servicios ampliados de Oftalmología

- 1- Campimetría Computarizada
- 2- Mapeamiento de Retina
- 3- Oftalmodinamometría
- 4- Retinografía
- 5- Papilografía
- 6- Test de Adaptación de Lentes de Contacto (por sesión) Binocular
- 7- Tonometría
- 8- Gonioscopia Binocular
- 9- Agudeza Visual Potencial (P.A.M.) Monocular
- 10- Fondoscopia o Retinoscopia
- 11- Fondo de Ojo Indirecto
- 12- Fondo de Ojo
- 13- Examen de Fondo de Ojo en Prematuros (ROP) 2 con sedación
- 14- Betaterapia (por sesión)
- 15- Curativos
- 16- Inyección Sub-conjuntival
- 17- Sutura de Conjuntiva
- 18- Extracción de cuerpo extraño Corneal
- 19- Absceso de Párpados
- 20- Depilación (retirar pestañas)
- 21- Triquiiasis con Coagulación Diatermia
- 22- Potencial Visual Evocado

Observación: Tendrán un máximo de 1(unos) cobertura al año de cada uno arriba citados, Examen de Fondo de Ojo en prematuros (ROP) se realiza generalmente la 3ra semana, en UTI bajo monitoreo cardíaco.

Clausula II – El servicio previsto en este Anexo se ofrecerá a los beneficiarios a través de las prestadoras habilitadas según guía médica en Ciudad del Este. Previa autorización de la CONTRATADA

Acceso a la inclusión de 180 días

- 1- Biopsia de iris y cuerpo ciliar
- 2- Biopsia Conjuntival
- 3- Curva Tensional Diaria (con internación)
- 4- Cirugía de Pterigion c/ trasplante conjuntival
- 5- Faquectomía con lente intra-ocular sin facoemulsificación
- 6- Faquectomía sin implante intraocular
- 7- Orbscan
- 8- Examen de la Motilidad Ocular (Examen Ortoptico) Binocular
- 9- Electroretinograma
- 10- Electro oculografía
- 11- Ecografía Ultrasónica Diagnóstica Monocular
- 12- Topografía Corneal Computarizada Binocular
- 13- Chequeo de Glaucoma
- 14- Queratometría
- 15- Ejercicios Ortopticos (10 sesión)
- 16- Sutura (Con o sin Hernia de Iris)
- 17- Extracción de Cuerpo Extraño Cámara Anterior
- 18- Exeresis de Tumor de Esclerótica
- 19- Dacriostorriostomía con o sin intubación – unilateral
- 20- Dacriocistografía – unilateral
- 21- Capsulotomía Posterior Quirúrgica o con YAG – Monocular

- 22- OCT Tomografía de Coherencia Óptica
 - 23- Taquimetría Corneal Ultrasónica Monocular
 - 24- Sutura de Parpado
 - 25- Chalazión
 - 26- Ecobiometría Ultrasónica Monocular
 - 27- Biopsia de Musculo
 - 28- Inyección de Toxina – Monocular
 - 29- Blefarorrafia Definitiva
 - 30- Coloboma con Plástica
 - 31- Tumor Palpebral Exeresis
 - 32- Tarsorrafia
 - 33- Cierre de los puntos lagrimales
 - 34- Sutura de Esclerótica
 - 35- Biopsia de Eclera
 - 36- Sondajes de las vías lagrimales con o sin lavado
 - 37- Dacriocistectomia-unilateral
 - 38- Biopsia de retina
 - 39- Fijación en iris intra-ocular
 - 40- Cirugía de Catarata por facoemulsificación con implante intraocular
 - 41- Biopsia de Retina
 - 42- Infiltración Subconjuntival
 - 43- Plastia de Conjuntiva
 - 44- Corrección de bolsas palpebrales – unilateral
 - 45- Catoplastia lateral
 - 46- Cantoplastia medial
 - 47- Cejas – Reconstrucción total
 - 48- Recubrimiento Conjuntiva
- Observación: Tendrán un máximo de 1(una) coberturas al año de cada uno arriba citados, excepto ítems 15, 10(diez) sesiones al año.

Clausula III – El servicio previsto en este Anexo se ofrecerá a los beneficiarios a través de las prestadoras habilitadas según guía médica en Ciudad del Este. Previa autorización de la CONTRATADA

Acceso a la inclusión de 300 días

- 1- Sutura o reconstrucción de los canalículos
- 2- Fotocoagulación por sesión laser – monocular
- 3- Ciclidiaternia
- 4- Cirugía Antiglaucomatosa – Cirugía Filtrante (Trabeculectomia)
- 5- Fototrabeculoplastia con Laser
- 6- Iridectomia (Laser o Cirugía)
- 7- Cirugía Filtrantes o fistulizantes con implantes valvulares
- 8- Cirugía de Estrabismo
- 9- Cirugía de Estrabismo con puntos ajustables
- 10- Descompresión de orbita o de Nervio Óptico
- 11- Exenteracion de orbita
- 12- Foliculoplastia laser (depilación)
- 13- Reconstrucción de globo ocular con lesión de estructura intraocular
- 14- Inyeccion Retro Bulbar
- 15- Inyeccion Intravitrea (ATB –CTC – AVASTIN –Antiangiogenicos genéricos)
- 16- Vitrectomia Via Pars Plana (VPP)
- 17- Vitrectomia Via Pars Plana (VPP) + Endofotocoagulacion Retinal
- 18- Cuerpo Extraño Imantable
- 19- Implante secundario de lente intraocular (Honorario Medico)

- 20- Remoción de Hipema
- 21- Visión Sub- Normal Monocular
- 22- Microscopia Especular Corneal Monocular
- 23- Reconstrucción de Fondo de saco y/o cavidades
- 24- Trasplante Conjuntival
- 25- Tumor de Conjuntiva Exeresis
- 26- OCT Tomografía de Coherencia Optica
- 27- Paquimetría Corneal Ultrasonica Monocular
- 28- Pupiloplastia Laser
- 29- Pupiloplastia Quirurgica – Sutura
- 30- Pupiloplastia c/ colocación de iris Print (LIO c/ pupila impresa)
- 31- Gonioplastia con laser

Observación: Tendrán un máximo de 1(una) coberturas al año de cada uno arriba citados.-

ANEXO II

SERVICIO DE SEPELIO

- 1- Salón Velatorio Climatizado.
- 2- Féretro modelo BOVEDA Blindado, confeccionado con madera de primera calidad finamente lustrada con herrajes de metal, forrada por dentro con seda y encajes, visor para el rostro, caja metálica con depósito para formol para panteón tipo columbario.
- 3- Soldadura de caja metálica.
- 4- Capilla Ardiente si optare por velatorio domiciliar.
- 5- Formolización.
- 6- Limpieza y reconstrucción de cadáver.
- 7- Cámara fría en caso necesario por 48 hs. Sin costo.
- 8- Servicio de transporte para el traslado del cadáver al laboratorio de la funeraria para su preparación.
- 9- Servicio de carroza fúnebre.
- 10- Un álbum de firmas.
- 11- Vestimenta Mortaja.
- 12- Servicio de cafetería provisión de 20 litros de gaseosa, 10 litros de café, vasos descartables, 2 kilos de caramelos y 2 kilos de galletitas.
- 13 - Asesoramiento de trámites legales.

OBSERVACION: El servicio previsto en este Anexo se ofrecerá a los beneficiarios a través de las Empresas funerarias habilitadas según guía médica en Ciudad del Este. Previa autorización de la CONTRATADA.